

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Nazan OTLACA BESLENDİ

FİBROMİYALJİ TANISI KONULAN HASTALARDA
BORDERLINE VE OBSESİF KOMPÜLSİF KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI
ARASINDAKİ İLİŞKİLER

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet SAPANCI

İSTANBUL, Eylül 2024

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Nazan OTLACA BESLENDİ
212005014

FİBROMİYALJİ TANISI KONULAN HASTALARDA
BORDERLINE VE OBSESİF KOMPÜLSİF KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI
ARASINDAKİ İLİŞKİLER

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet SAPANCI

İSTANBUL, Eylül 2024

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Nazan OTLACA BESLENDİ

FİBROMİYALJİ TANISI KONULAN HASTALARDA BORDERLİNE
VE OBSESİF KOMPÜLSİF KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih : 02.09.2024

Tezin Savunulduğu Tarih : 16.09.2024

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Ahmet SAPANCI

Diğer Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Arif Haldun SOYGÜR

: Dr. Öğr. Üyesi Kader BAHAYI

İSTANBUL, Eylül 2024

ÖNSÖZ

Bu tez çalışması sürecinde hem mesleki bilgi birikimimi hem de tecrübelerimi yenileme imkanı yakalamış oldum. Bu açıdan çalışmanın şahsi katkısının tartışılmaz olduğunu söyleyebilmekteyim. Öte yandan fibromiyalji hastaları açısından da pek çok kriterin değerlendirilmesine imkan yakalamış oldum ki bu da literatür açısından naçizane bir katkı olarak öncelikle şahsıma önem arz etmektedir.

Bu sürecin, başlayıp olgunlaşıp neticeye ermesinde hiç şüphe yok ki en büyük katkı ve rol tez danışmanım hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ahmet SAPANCI'ya aittir. Bu vesile ile kendisine sonsuz teşekkürlerimi arz ederim.

Nazan Otlaca Beslendi

Eylül, 2024

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
BÖLÜM 1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Önemi	3
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
1.6. Araştırmanın Sayıltıları.....	5
BÖLÜM 2. ARAŞTIRMANIN KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....	5
2.1. FİBROMİYALJİ SENDROMU’NUN (FMS) KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ	5
2.1.1. Fibromiyalji Sendromu , İlişkin Tanımsal Yaklaşımlar	6
2.1.2. Fibromiyaljinin Epidemiyolojisi.....	7
2.1.3. Etiyopatogenez.....	8
2.1.4. Eşlik Eden Psikolojik Faktörler	8
2.1.5. Fibromiyalji Uyku İlişkisi.....	9
2.1.6. Klinik Belirtileri, Tanı, Ayırıcı Tanı ve Tedavisi	10
2.1.7. Prognoz	13
2.2. OBSESİF KOMPULSİF KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ.....	13
2.2.1. Psikoanalitik Kurama Göre Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri	15

2.2.2. Nesne İlişkileri Kuramına Göre Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri.....	16
2.2.3. Bilişsel-Davranışçı Kurama Göre Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri....	16
2.2.4. Bağlanma Kuramına Göre Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri	17
2.2.5. Evrimsel Psikoloji Perspektifinden Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri...18	
2.3. BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ	18
2.3.1. Borderline Kişilik Özellikleri İle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar	18
2.3.1.1. Psikoanalitik Kurama Göre Borderline Kişilik Özellikleri.....	21
2.3.1.2. Bilişsel-Davranışçı Kurama Göre Borderline Kişilik Özellikleri.....	21
2.3.1.3. Bağlanma Kuramına Göre Borderline Kişilik Özellikleri	22
2.3.1.4. Evrimsel Psikoloji Kuramına Göre Borderline Kişilik Özellikleri.....	23
2.3.1.5. Nörobiyolojik Kuramına Göre Borderline Kişilik Özellikleri.....	23
2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	24
2.4.1. Çocukluk Çağı Travma Türleri.....	24
2.4.1.1. Fiziksel İstismar	24
2.4.1.1.1. Fiziksel İstismarın Kısa Vadeli Etkileri.....	25
2.4.1.1.2. Fiziksel İstismarın Uzun Vadeli Etkileri.....	26
2.4.1.1.3. Fiziksel İstismarın Nörolojik Etkileri.....	26
2.4.1.2. Duygusal İstismar	27
2.4.1.2.1. Duygusal İstismarın Türleri.....	27
2.4.1.2.2. Duygusal İstismarın Psikolojik Sonuçları.....	28
2.4.1.2.3. Duygusal İstismarın Uzun Vadeli Etkisi.....	29
2.4.1.2.4. Duygusal İstismarın Önlenmesi Ve Müdahale.....	29
2.4.1.3. Cinsel İstismar	30
2.4.1.3.1. Cinsel İstismarın Türleri.....	30
2.4.1.3.2. Cinsel İstismarın Psikolojik Sonuçları.....	31
2.4.1.4. Fiziksel İhmal	32
2.4.1.4.1. Fiziksel İhmalin Türleri.....	32
2.4.1.4.2. Fiziksel İhmalin Psikolojik ve Sosyal Sonuçları.....	33
2.4.1.4.3. Fiziksel İhmalin Uzun Vadeli Etkileri.....	34
2.4.1.5. Duygusal İhmal.....	34
2.4.1.5.1. Duygusal İhmalin Belirtileri.....	35
2.4.1.5.2. Duygusal İhmalin Psikolojik Etkileri.....	36

2.4.1.5.3. Duygusal İhmalin Sosyal Etkileri.....	36
BÖLÜM 3. YÖNTEM	37
3.1. Araştırma Modeli	37
3.1.1.Katılımcıların Genel Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar.....	38
3.1.2.Katılımcıların Ruhsal ve Fiziksel Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	40
3.2. Veri Toplama Araçları	42
3.2.1. Demografik Bilgi Formu	43
3.2.2. Kişilik Organizasyonları Envanteri (KOREN)	43
3.2.3. Coolidge Eksen II Tanı Envanteri	43
3.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	44
BÖLÜM 4. BULGULAR	45
4.1. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Bulgular	45
4.2. Birinci Hipoteze İlişkin Bulgular	45
4.3. İkinci Hipoteze İlişkin Bulgular	47
4.4. Üçüncü Hipoteze İlişkin Bulgular	50
4.5. Dördüncü Hipoteze İlişkin Bulgular	53
4.6. Beşinci Hipoteze İlişkin Bulgular	55
4.7. Altıncı Hipoteze İlişkin Bulgular	56
4.8. Yedinci Hipoteze İlişkin Bulgular	56
BÖLÜM 5. SONUÇ ve TARTIŞMA.....	58
5.1. Birinci Hipoteze İlişkin Sonuçlar	45
5.2. İkinci Hipoteze İlişkin Sonuçlar	58
5.3. Üçüncü Hipoteze İlişkin Sonuçlar	59
5.4. Dördüncü Hipoteze İlişkin Sonuçlar.....	59
5.5. Beşinci Hipoteze İlişkin Sonuçlar.....	60
5.6. Altıncı Hipoteze İlişkin Sonuçlar	61
5.7. Yedinci Hipoteze İlişkin Sonuçlar	62
5.8. Öneriler	63
5.8.1. Gelecekteki Araştırmalara Yönelik Öneriler	43
5.8.2. Klinisyenlere Yönelik Öneriler	43
KAYNAKÇA.....	66
EKLER	78

ÖZET

FİBROMİYALJİ TANISI KONULAN HASTALARDA BORDERLINE VE OBSESİF KOMPÜLSİF KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Bu araştırmanın amacı, fibromiyalji tanısı konulan bireylerde borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkileri incelemektir. Çocukluk dönemi travmalarının, bu kişilik özelliklerinin gelişiminde nasıl bir rol oynadığını ve çeşitli demografik faktörlere göre bu ilişkilerin nasıl farklılaştığını ortaya koymayı hedeflemektedir. Araştırmada nicel araştırma desenlerinden ilişkisel tarama kullanılmıştır. Araştırmanın katılımcıları 509 kadın ve 31 erkek olmak üzere toplam 540 kişiden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları arasında Demografik Bilgi Formu, Kişilik Organizasyonları Envanteri (KOREN), Coolidge Eksen II Tanı Envanteri (CATI+TR) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği yer almaktadır. Verilerin analizinde bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, kadınların borderline kişilik özellikleri erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Cinsel istismar düzeylerinin kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre genç bireylerde borderline ve obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin daha yüksek olduğu, yaşla birlikte bu özelliklerin azaldığı gözlemlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının, özellikle duygusal ve cinsel istismarın, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri üzerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Fibromiyalji, borderline kişilik, obsesif kompulsif kişilik, çocukluk çağı travmaları, cinsel istismar, kişilik bozuklukları.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIPS BETWEEN BORDERLINE AND OBSESSIVE-COMPULSIVE PERSONALITY TRAITS AND CHILDHOOD TRAUMAS IN PATIENTS DIAGNOSED WITH FIBROMYALGIA

The aim of this study is to examine the relationships between borderline and obsessive-compulsive personality traits and childhood traumas in individuals diagnosed with fibromyalgia. It seeks to uncover the role that childhood traumas play in the development of these personality traits and how these relationships vary according to different demographic factors. A correlational survey design, a quantitative research method, was employed. The study's participants consisted of a total of 540 individuals, including 509 women and 31 men. The data collection tools used in the research included the Demographic Information Form, the Personality Organizations Inventory (KOREN), the Coolidge Axis II Diagnostic Inventory (CATI+TR), and the Childhood Trauma Questionnaire. Independent samples t-tests, one-way ANOVA, correlation, and regression analyses were used for data analysis. According to the results, women scored higher on borderline personality traits compared to men. It was also found that the levels of sexual abuse were higher among women. In terms of age groups, younger individuals displayed higher levels of borderline and obsessive-compulsive personality traits, with these traits diminishing with age. Childhood traumas, particularly emotional and sexual abuse, were found to have significant effects on borderline and obsessive-compulsive personality traits.

Keywords: Fibromyalgia, borderline personality, obsessive-compulsive personality, childhood trauma, sexual abuse, personality disorders.

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların Genel Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar.....	38
Tablo 3.2. Katılımcıların Ruhsal ve Fiziksel Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	39
Tablo 4.1. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Bulgular	43
Tablo 4.2 Cinsiyete Göre Borderline ve Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri İle Çocukluk Çağı Travmalarındaki Farklılaşma Düzeyine İlişkin Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları.....	44
Tablo 4.3 Yaş Gruplarına Göre Borderline ve Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri İle Çocukluk Çağı Travmalarındaki Farklılaşma Düzeyine İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	46
Tablo 4.4 Eğitim Durumuna Göre Borderline ve Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri İle Çocukluk Çağı Travmalarındaki Farklılaşma Düzeyine İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	48
Tablo 4.5 Medeni Duruma Göre Borderline, Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri İle Çocukluk Çağı Travmalarındaki Farklılaşma Düzeyine İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	51
Tablo 4.6. Borderline ve Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkilere Yönelik Pearson Korelasyon Analizi.....	53
Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Travmalarının Borderline Kişilik Özelliklerini Yordama Gücüne Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	54
Tablo 4.8 Çocukluk Çağı Travmalarının Obsesif Kompulsif Kişilik Özelliklerini Yordama Gücüne Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	55

KISALTMALAR

APA : American Psychiatric Association

ÇÇT : Çocukluk Çağı Travmaları

OKB : Obsesf Kompülsif Bozukluklar

Ort. : Ortalama

Sd. : Serbestlik Derecesi

Ss. : Standart Sapma

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Problemi

Fibromiyalji, yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ve yorgunluk ile karakterize edilen kronik bir hastalıktır. Son yıllarda, fibromiyalji tanısı konulan hastalarda psikolojik faktörlerin ve kişilik özelliklerinin hastalık semptomlarına etkisi araştırılmaya başlanmıştır. Özellikle borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri, bu hasta grubunda dikkat çeken kişilik özelliklerindendir. Bununla birlikte, bu kişilik özelliklerinin çocukluk çağı travmalarıyla olan ilişkisi, fibromiyalji hastalarında önemli bir araştırma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan travmaların, bireylerin ilerleyen yaşamlarında kişilik gelişimini ve psikolojik sağlığını etkilediği bilinmektedir.

Fibromiyalji, kronik yaygın kas-iskelet ağrısı, yorgunluk, uyku bozuklukları ve diğer somatik semptomlarla karakterize edilen bir hastalıktır. Hastalar, yaygın ağrı ve hassasiyet noktaları ile tanımlanan bu rahatsızlık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde ciddi kısıtlamalar yaşayabilirler (Clauw, 2014).

Fibromiyalji belirtileri geniş bir yelpazede görülebilir ve kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. En yaygın belirtiler arasında yaygın kas-iskelet ağrısı, kronik yorgunluk ve bitkinlik, uyku bozuklukları (non-restoratif uyku), bilişsel işlev bozuklukları (fibro-sis), baş ağrıları, irritabl bağırsak sendromu (IBS) ve depresyon ile anksiyete yer almaktadır (Wolfe ve ark., 2010).

Fibromiyalji tanısı, genellikle Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) tarafından belirlenen kriterlere dayanarak konur. 1990 ACR kriterlerine göre, tanı, belirli noktalarda hassasiyet ve yaygın ağrı varlığına dayanıyordu. 2010 yılında güncellenen kriterler, yaygın ağrı indeksi (WPI) ve semptom şiddet ölçeği (SSS) kullanılarak tanı koymayı önerir (Wolfe ve ark., 2010).

Fibromiyalji, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Kronik ağrı, yorgunluk ve uyku bozuklukları, günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırabilir ve iş gücü

kaybına yol açabilir. Ayrıca, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar, yaşam kalitesini daha da düşürebilir (Häuser ve ark., 2015).

Fibromiyaljinin etiyopatogenezi tam olarak anlaşılmamış olmakla birlikte, genetik yatkınlık, merkezi sinir sistemi duyarlılığı, nörotransmitter düzensizlikleri ve psikososyal faktörlerin bir kombinasyonu ile açıklanmaktadır. Merkezi duyarlılık teorisi, fibromiyalji hastalarının merkezi sinir sisteminin ağrı sinyallerine karşı aşırı duyarlı olduğunu öne sürer (Yunus, 2007; Clauw, 2014).

Fibromiyalji tedavisi semptomların yönetimine yöneliktir ve farmakolojik ile farmakolojik olmayan yaklaşımları içermektedir (Macfarlane ve ark., 2017). Farmakolojik tedavilerde Antidepresanlar (duloksetin, milnasipran), antikonvülzanlar (pregabalin, gabapentin) ve analjezikler yaygın olarak kullanılır (Arnold ve ark., 2004). Farmakolojik olmayan tedavilerde ise egzersiz, bilişsel davranışçı terapi (BDT), eğitim ve hasta destek grupları önemli tedavi yaklaşımlarıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, fibromiyalji tanısı konulan hastalarda borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkileri incelemektir. Fibromiyalji, kronik ağrı ve yorgunluk gibi semptomlarla karakterize edilen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir rahatsızlık olup, psikolojik faktörlerin bu hastalığın ortaya çıkışında ve şiddetinde önemli bir rol oynayabileceği öne sürülmektedir. Özellikle çocukluk çağı travmalarının, ilerleyen yaşlarda hem psikolojik hem de fiziksel sağlık sorunlarına yol açabileceği ve kişilik yapılanmalarında belirleyici olabileceği bilinmektedir.

Bu bağlamda, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin fibromiyalji hastalarında daha sık görülüp görülmediği ve bu kişilik özelliklerinin çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerle nasıl bir ilişki içinde olduğu araştırılacaktır. Fibromiyalji hastalarının psikolojik profilini anlamak, bu hastalığın biyopsikososyal boyutuna dair

yeni perspektifler sunabilir ve hastaların psikolojik destek ihtiyaçlarını daha iyi belirlemeye katkıda bulunabilir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Literatürdeki bulgular, fibromiyalji ile kişilik özellikleri ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin, bu hastalığın psikolojik ve sosyal boyutlarını anlamada kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bağlamlarda yapılan değerlendirmeler, örneklem gruplarına ve kullanılan ölçme araçlarına göre farklılık gösterebilmektedir.

Borderline kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik özelliklerinin gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Örneğin, Zanarini ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada, cinsel istismar gibi çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik özelliklerinin oluşumunda önemli bir rol oynadığı bulunmuştur. Benzer şekilde, Bornovalova ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında, fiziksel ve duygusal istismar ile ihmalin de borderline kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik özelliklerinin gelişimindeki etkisini araştıran bazı çalışmalar, bu travmaların risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Crowell, Beauchaine ve Linehan'ın (2009) çalışmasında, çocukluk çağı travmalarının kendine zarar verme ve duygu düzenleme sorunları gibi semptomlara yol açabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca, Levitan ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında, düşük benlik saygısı, yüksek kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunların da borderline kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye dair bazı çalışmalar mevcuttur. Tolin ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, çocukluk çağı cinsel istismarı yaşamış bireylerin obsesif-kompulsif kişilik özelliklerine yatkın olduğu saptanmıştır. Coles ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise çocukluk çağı istismarı olan bireylerin obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin daha şiddetli olduğu bildirilmiştir.

Fibromiyalji hastalarında psikolojik bozukluklar üzerine yapılan araştırmalar, bu hastalarda depresyon, anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), uykusuzluk ve obsesif-kompulsif bozukluğun yaygın olduğunu göstermektedir. Arnold ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, fibromiyalji hastalarının %69'unun en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu belirlenmiştir. Van Houdenhove ve arkadaşlarının (2009) araştırmasında ise fibromiyalji hastalarının %46'sının TSSB semptomları sergilediği saptanmıştır. Uykusuzluk semptomları ise fibromiyalji hastalarının %92'sinde görölmüştür (Hussain ve ark., 2019).

Sonuç olarak, literatürde fibromiyalji tanısı almış bireylerde borderline ve obsesif-kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda araştırma bulunmasına rağmen, bu yöndeki bulgular ilişkiyi destekler niteliktedir. Çocukluk çağı travmalarının hem borderline hem de obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışma, fibromiyalji tanısı konulan bireylerde borderline ve obsesif-kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travmalarının rollerini inceleyerek, klinik uygulamalara ve tedavi süreçlerine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, cinsiyete göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H2: Fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, yaş gruplarına göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H3: Fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, eğitim durumuna göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H4: Fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, medeni duruma göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H5: Fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

H6: Fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik özelliklerini yordama gücü istatistiksel olarak anlamlıdır.

H7: Fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif kişilik özelliklerini yordama gücü istatistiksel olarak anlamlıdır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, 2024 yılı 01 Ocak - 01 Mayıs 2024 tarihleri aralığında tedavisi için kliniklere başvuran veya tedavisi devam eden fibromiyalji tanılı hastalarla sınırlandırılmıştır. Ayrıca, İstanbul, Ankara ve Bursa illerinde tedavi hizmeti verilen ve çalışmaya bu anlamda hastaları ile iletişim konusunda destek veren 5 merkezle sınırlandırılmıştır. Ayrıca, çalışma fiziki ve online olarak erişilebilen çalışmalarla sınırlandırılmıştır.

1.6. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının ölçülmek istenen olguyu tam olarak karşıladığı varsayılmaktadır.

Katılımcıların ölçek sorularına yansız ve doğru yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.

BÖLÜM 2. ARAŞTIRMANIN KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

2.1. FİBROMİYALJİ SENDROMU'NUN (FMS) KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

2.1.1. Fibromiyalji Sendromu, İlişkin Tanımsal Yaklaşımlar

Fibromiyalji, yaygın kas-iskelet ağrısı, yorgunluk, uyku bozuklukları ve hafıza sorunları gibi belirtilerle karakterize kronik bir rahatsızlıktır. Tanı, genellikle belirli tetik noktalarındaki ağrıya dayanarak konulur. Bu yaklaşım, 1990 yılında Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) tarafından tanımlanmıştır ve uzun süre standart olarak kabul edilmiştir (Wolfe ve ark., 1990).

Fibromiyalji, son yıllarda biyopsikososyal bir modelle açıklanmaya başlamıştır. Bu model, hastalığın sadece fiziksel değil, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimiyle de ilgili olduğunu öne sürer. Örneğin, stres ve travma fibromiyalji gelişiminde rol oynayabilir (Clauw, 2014).

Fibromiyaljinin nörobiyolojisi üzerine yapılan araştırmalar, ağrı algısında merkezi hassasiyetin önemini vurgular. Bu teori, ağrı eşliğinin düşük olduğu ve normalde zararsız uyaranların bile ağrıya neden olabileceği anlamına gelir (Yunus, 2007).

Fibromiyaljinin gelişiminde genetik yatkınlık ve çevresel tetikleyicilerin birleşimi de önemli bir rol oynamaktadır. Bazı çalışmalar, fibromiyalji hastalarının aile üyelerinde de benzer rahatsızlıkların daha sık görüldüğünü belirtmektedir (Arnold ve ark., 2004).

Fibromiyalji tanı kriterleri zaman içinde evrimleşmiştir. 2010 yılında ACR, tetik nokta odaklı yaklaşımın yerine yaygın ağrı indeksi ve semptom şiddet ölçeğini içeren yeni kriterler önermiştir (Wolfe ve ark., 2010).

FMS hakkında yapılan çalışmalara bakıldığında zaman 1990'lı yıllarda merkezi duyarlılaşma mekanizmaları geliştirilmeye başlanmış, 2000'li yıllarda ise fibromiyalji

sendromunun daha çok çevresel patolojilere dayanarak ortaya konulmaktan vazgeçilmiş ve temel patolojinin merkezi sinir sistemindeki duyarlılaşmaya bağlı olduğu konusunda ortak bir fikirde birleşildiği görülmüştür (Mease, 2005).

Günümüzde ise bu sendromun duyarlılaşma ve ağrıyı işlemede olan kusurlar sebebiyle meydana gelen klinik durumlar ve sendrom çeşitlerini ifade eden 'Santral Sensitivite Sendromları'nın bir çeşidi olabileceği yönündeki hipotezler yönünde çalışmalar yapılmaktadır (Gonzalez ve ark., 2010; Yunus, 2007; Yunus, 2008).

2.1.2. Fibromiyaljinin Epidemiyolojisi

Fibromiyaljinin genel nüfusta yaygınlığı, çeşitli çalışmalarda %2 ile %8 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık 7 kat daha sık görülür. Yaşla birlikte görülme sıklığı artar ve genellikle 30-50 yaş arasında tanı konulur (Wolfe ve ark., 1995).

Fibromiyaljinin demografik faktörlere göre dağılımına yönelik çalışmalar, kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğunda hemfikirlerdir. Çalışmalar, kadınların erkeklere kıyasla fibromiyalji geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Yunus, 2002).

Yaşa bağı olarak ise fibromiyalji en sık orta yaş grubunda teşhis edilir. Ancak, çocuklarda ve yaşlılarda da görülebilir (Häuser ve ark., 2015).

Coğrafi dağılım yönünden ise fibromiyalji tüm etnik gruplarda ve coğrafi bölgelerde görülür. Ancak, bazı çalışmalar fibromiyaljinin belirli kültürel veya coğrafi bölgelerde daha yüksek prevalansa sahip olabileceğini öne sürmektedir (Marques ve ark., 2017).

Risk faktörleri genel itibarıyla genetik yatkınlık, psikososyal faktörler ve travmatik olaylar ana başlıklarında değerlendirilmektedir. Fibromiyalji, ailelerde daha sık görülür, bu da genetik bir bileşenin varlığını düşündürmektedir (Arnold ve ark., 2004). Öte yandan Stres, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal faktörler fibromiyalji gelişiminde önemli bir rol oynayabilmektedir (Bennett ve ark., 2007). Ayrıca fiziksel veya duygusal travmalar, fibromiyalji semptomlarının başlamasında tetikleyici olabilir (Clauw, 2014).

Fibromiyalji, yaygın kas-iskelet ağrısı, belirli noktalarda hassasiyet, yorgunluk, uyku bozuklukları, bilişsel işlev bozuklukları (fibro-sis) ve diğer somatik semptomlarla karakterizedir. Tanı, genellikle Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) kriterlerine göre konulmaktadır (Wolfe ve ark., 2010). Fibromiyalji tedavisi semptomların yönetimine

yöneliktir ve farmakolojik (ağrı kesiciler, antidepresanlar) ve farmakolojik olmayan (egzersiz, bilişsel davranışçı terapi) yaklaşımları içermektedir (Macfarlane ve ark., 2017).

2.1.3. Etiyopatogenez

Fibromiyaljinin etiyolojisi konusunda net bir görüş olmamakla birlikte bu zamana kadar yapılan araştırmalar ve ulaşılan sonuçlar ile genetik, çevresel, immünojik, psikolojik ve nöroendokrin faktörlerin (Özkan, 2017), otonom ve santral sinir sisteminin, uyku ile ilgili problemlerin ve fiziksel ve ruhsal travmaların fibromiyalji sendromunun etiyolojisinde rol aldığı düşünülmektedir (Sivas ve ark., 2009).

Fibromiyalji 'ağrı amplifikasyon sendromları' içerisinde bulunmaktadır. Bu sendromlar ağrı ve/veya sıcak, soğuk, ışık, ses, dokunma ve kimyasallar gibi ağrılı olmayan uyaranlarla oluşan artmış hassasiyetle kendini gösteren sendromlardır. Artan bu duyarlılığın sebebi net bir şekilde bilinmemekle beraber FMS patogenezinde merkezi sinir sisteminde ve çevre dokularda ağrının işlenmesinde oluşan anormal durumların rol aldığı düşünülmektedir (Staud, 2006).

Cinsiyetin fibromiyalji sendromundaki rolü ile ilgili çalışmada kadın hastalarda ağrı şikayetinin erkek hastalara göre 10 kat daha fazla olduğu, kadınların ağrısı daha fazla bölgede hissettiği, kullandıkları ilaç miktarının daha çok olduğu ve ağrı ile uyarılmaya karşı daha hassas oldukları ortaya konulmuştur (Winfield, 2000).

2.1.4. Eşlik Eden Psikolojik Faktörler

Fibromiyalji hastalarında depresyon ve anksiyete gibi belirtiler sıkça görülmektedir. Depresyon, fibromiyalji hastalarının %20 ile %80'inde bulunur ve bu oran genel popülasyondan oldukça yüksektir (Arnold ve ark., 2008). Anksiyete bozuklukları da benzer şekilde yaygındır ve hastaların %13 ile %60'ında gözlemlenmektedir. Bu psikolojik bozukluklar, fibromiyaljinin belirtilerini şiddetlendirebilmekte ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Thieme, Turk ve Flor, 2004).

Fibromiyalji hastalarında sıklıkla geçmişte yaşanan travmatik olaylar ve kronik stres öyküleri bulunmaktadır. Bu tür olaylar, fibromiyalji belirtilerinin ortaya çıkışında ve şiddetinde rol oynayabilir (McLean ve ark., 2005). Özellikle çocukluk döneminde yaşanan fiziksel veya cinsel istismar gibi travmatik deneyimler, ağrısı ve ağrı şiddetini etkilemektedir (Walker ve Diforio, 1997).

Fibromiyalji hastalarında uykusuzluk oldukça yaygındır ve bu durum hastalığın en önemli semptomlarından biri olarak kabul edilir. Uykusuzluk, genellikle non-restoratif uyku (uyandığında dinlenmiş hissetmeme) şeklinde kendini gösterir ve hastaların yaklaşık %90'ında görülmektedir (Moldofsky, 2001). Uykusuzluk, fibromiyalji hastalarında yorgunluk, bilişsel işlev bozuklukları ve duygusal rahatsızlıklarla da ilişkilidir (Roth ve ark., 2016). Uyku bozuklukları, ağrı algısını artırarak ağrının şiddetlenmesine de neden olabilir (Theadom ve ark., 2007). Ayrıca kalitesiz uyku, fibromiyalji hastalarının psikolojik durumunu da olumsuz etkileyerek depresyon ve anksiyete semptomlarını şiddetlendirebilmektedir.

Fibromiyalji hastalarında bilişsel işlevlerde bozulmalar da yaygındır. Konsantrasyon güçlüğü, hafıza problemleri ve zihinsel bulanıklık gibi belirtiler, hastaların günlük yaşamlarını zorlaştırabilir ve psikolojik rahatsızlıkları tetikleyebilir. Bu bilişsel bozukluklar genellikle "fibro-fog" olarak adlandırılır ve hastaların iş performansını ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. (Glass, 2009).

Fibromiyalji, biyolojik olduğu kadar psikolojik yönleri de olan karmaşık bir hastalıktır. Depresyon, anksiyete, stres, uyku bozuklukları ve bilişsel bozukluklar gibi psikolojik faktörler, fibromiyalji hastalarının yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilir. Bu nedenle, fibromiyalji tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi ve psikolojik destek sağlanması büyük önem taşımaktadır. Aynı zamanda Haviland ve arkadaşları (2011), fibromiyalji hastalarının kişilik özelliklerinin ağrı algısını ve tedaviye uyumunu olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir.

2.1.5. Fibromiyalji Uyku İlişkisi

Fibromiyalji hastalarında sıkça rastlanan uyku bozuklukları, hastalığın semptomlarının şiddetlenmesine katkıda bulunabilmektedir. Uyku sırasında derin uyku evrelerine geçişin engellenmesi, ağrı algısını artırabilmekte ve yorgunluğu derinleştirebilmektedir. Bu durum uyku bozukluklarının fibromiyalji üzerindeki etkilerini açıklar niteliktedir. (Moldofsky ve ark., 1975).

Öte yandan fibromiyalji hastaları, uyku sırasında alfa dalgaları ile delta dalgalarının karışımı olan "alfa-delta uyku anormallikleri"ni yaşayabilmekte ve bu anormallikler, rahatlatıcı uyku evrelerinin kesintiye uğramasına ve ertesi gün artan yorgunluk ve ağrıya yol açabilmektedir (Rizzi ve ark., 1997).

Uykusuzluk-fibromiyalji ilişkisinde ise fibromiyalji hastaları arasında uykusuzluğun yaygınlığı söz konusu olmakla birlikte uykusuzluk, ağrı, yorgunluk, ruh hali bozuklukları ve kognitif işlevler üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Düzenli ve kaliteli uyku, fibromiyalji semptomlarının yönetilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Theadom ve ark., 2007).

Uyku kalitesinin iyileştirilmesi, fibromiyalji tedavisinin önemli bir parçasıdır. Uyku hijyeni, düzenli egzersiz, ve gerekirse farmakolojik tedaviler, uyku kalitesini artırarak fibromiyalji semptomlarını hafifletebilmektedir (Roizenblatt ve ark., 2001).

Fibromiyalji hastaları arasında obstrüktif uyku apnesi (OUA) riski artmıştır. OUA'nın tedavisi, fibromiyalji semptomlarının hafiflemesine yardımcı olabilir (Menefee ve ark., 2000).

2.1.6. Klinik Belirtileri, Tanı, Ayırıcı Tanı ve Tedavisi

Fibromiyalji, yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, yorgunluk ve bir dizi başka semptomla karakterize edilen kronik bir hastalıktır. Bu belirtiler, hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir ve genellikle çeşitli tanı ve tedavi süreçlerini gerektirmektedir. Fibromiyalji hastalarının en belirgin şikayeti yaygın ağrıdır. Ağrı genellikle vücudun her iki tarafında, hem üst hem de alt bölgelerde hissedilir ve en az üç ay süreyle devam eder (Wolfe ve ark., 2010). Bu ağrı, yanıcı, keskin veya zonklayıcı bir karakterde olabilir ve şiddeti gün boyunca değişkenlik gösterebilir. Hastalar genellikle ağrının, kaslar, tendonlar ve bağlar gibi yumuşak dokularda yoğunlaştığını ifade ederler (Clauw, 2014).

Yorgunluk, fibromiyalji hastalarının yaşam kalitesini en çok etkileyen semptomlardan biridir. Bu yorgunluk, basit günlük aktiviteleri bile zorlaştırabilmekte ve genellikle dinlenmeyle geçmemektedir (Katz ve ark., 2006). Hastalar, sabahları bile dinlenmiş hissetmediklerini ve enerji seviyelerinin sürekli düşük olduğunu belirtirler (Arnold ve ark., 2004).

Fibromiyalji hastaları sıklıkla uyku bozuklukları yaşarlar. Bu bozukluklar, uykuya dalmada zorluk, gece boyunca sık uyanma ve sabah dinlenmemiş olarak uyanma şeklinde kendini gösterebilir (Moldofsky, 2001). Non-restoratif uyku, hastaların yorgunluk ve ağrı şikayetlerini artırabilir.

"Fibro-fog" olarak adlandırılan bilişsel bozukluklar, fibromiyalji hastalarının sıkça yaşadığı bir diğer belirtidir. Bu durum, hafıza problemleri, konsantrasyon güçlüğü ve

zihinsel bulanıklık gibi belirtilerle karakterizedir (Glass, 2009). Bu bilişsel bozukluklar, hastaların iş performansını ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyebilir.

Bunların yanı sıra fibromiyalji ayrıca bir dizi başka belirti ile de ilişkilendirilmiştir:

- Bağırsak Sorunları: Irritabl bağırsak sendromu (IBS) gibi gastrointestinal sorunlar yaygındır (Whitehead ve ark., 2002).
- Baş Ağrıları: Migren ve gerilim tipi baş ağrıları sıkça görülür (Marcus ve ark., 2005).
- Depresyon ve Anksiyete: Bu psikolojik bozukluklar, fibromiyalji hastalarında yaygındır ve hastalığın şiddetini artırabilir (Arnold ve ark., 2004).

Fibromiyaljinin tanısı, genellikle hastaların öyküsü ve belirtileri temel alınarak konur. 1990 yılında Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) tarafından belirlenen tanı kriterleri, fibromiyalji tanısında uzun süre standart olarak kullanılmıştır. Bu kriterler, yaygın ağrı ve belirli hassas noktaların varlığına dayanır (Wolfe ve ark., 1990). Ancak, 2010 yılında ACR bu kriterleri güncelleyerek yaygın ağrı indeksi (WPI) ve semptom şiddeti ölçeğini (SSS) içeren yeni kriterler oluşturmuştur. Bu yeni kriterler, hastaların yaygın ağrısı belirli bölgelerde en az üç ay süreyle hissetmesini ve ek semptomların (yorgunluk, uyku bozuklukları vb.) varlığını gerektirir (Wolfe ve ark., 2010).

Fibromiyalji tanısında klinik değerlendirme büyük önem taşır. Doktorlar, hastaların tıbbi öyküsünü alır ve belirtilerini değerlendirir. Fiziksel muayene sırasında, belirli hassas noktaların ağrılı olup olmadığı kontrol edilir. Ancak, tanıda sadece hassas noktalar yeterli değildir; hastaların genel sağlık durumu ve diğer olası rahatsızlıklar da dikkate alınmalıdır (Clauw, 2014).

Fibromiyalji tanısında spesifik bir laboratuvar testi veya görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır. Bununla birlikte, diğer hastalıkları ekarte etmek amacıyla çeşitli testler yapılabilir. Örneğin, tiroid fonksiyon testleri, tam kan sayımı ve C-reaktif protein (CRP) gibi inflamasyon belirteçleri, romatizmal hastalıkları dışlamak için kullanılabilir (Be, 2009). Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve ultrason gibi görüntüleme yöntemleri de başka patolojilerin olup olmadığını değerlendirmek için kullanılabilir.

Fibromiyalji tanısında hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumları da değerlendirilir. Bu amaçla, Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ) gibi spesifik anketler ve ölçekler kullanılır. Bu ölçekler, hastaların semptomlarının şiddetini ve günlük yaşam aktivitelerine olan etkisini ölçmektedir (Bennett, 2005).

Fibromiyalji tanısında kullanılan kriterler zamanla güncellenmiştir. 1990 yılında Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) tarafından belirlenen kriterler, yaygın ağrı ve belirli hassas noktaların (18 noktadan en az 11'inin) varlığına dayanıyordu (Wolfe ve ark., 1990). Ancak bu kriterler zamanla yetersiz kalmış ve 2010 yılında ACR yeni tanı kriterleri yayınlamıştır. Bu yeni kriterler, yaygın ağrı indeksi (WPI) ve semptom şiddeti ölçeğini (SSS) içermektedir (Wolfe ve ark., 2010).

Yaygın Ağrı İndeksi (WPI): Hastanın vücudunun 19 farklı bölgesinde son bir hafta içinde hissettiği ağrı bölgeleri sayılır.

Semptom Şiddeti Ölçeği (SSS): Yorgunluk, uyku bozuklukları ve bilişsel semptomlar gibi belirtilerin şiddeti 0 ile 3 arasında değerlendirilir.

Bu kriterlere göre, fibromiyalji tanısı koymak için belirli bir WPI ve SSS toplam puanı gereklidir.

Bunlarla birlikte fibromiyalji tanısı koyarken, benzer belirtiler gösteren diğer hastalıkların dışlanması gerekmektedir. Bu hastalıkların bazılarını aşağıdaki şekliyle saymak mümkündür:

Romatoid Artrit: Eklem ağrıları ve sertlikleri fibromiyalji ile karıştırılabilir. Ancak, romatoid artrit inflamatuvar bir hastalıktır ve genellikle eklemlerde şişlik ve kızarıklık gibi inflamasyon belirtileri gösterir (Goldenberg, 2009).

Lupus: Lupus, otoimmün bir hastalıktır ve yaygın ağrı, yorgunluk ve cilt döküntüleri gibi belirtilerle kendini gösterir. Lupus tanısında kan testlerinde antinükleer antikor (ANA) pozitifliği önemli bir belirteçtir (Clauw, 2014).

Multipl Skleroz (MS): MS, merkezi sinir sistemini etkileyen bir hastalıktır ve nörolojik belirtilerle karakterizedir. MS tanısında beyin ve omurilikte lezyonların varlığı manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile tespit edilir (White ve ark., 2008).

Kronik Yorgunluk Sendromu (CFS): CFS, aşırı yorgunluk ve benzer fibromiyalji semptomları ile karakterizedir. Ancak, CFS tanısı daha fazla nörolojik ve immünolojik değerlendirmeler gerektirir (Fukuda ve ark., 1994).

Hipotiroidi: Tiroid hormon eksikliği yorgunluk ve kas ağrısına neden olabilir. Tiroid fonksiyon testleri ile hipotiroidi tanısı konabilir (Biondi ve Cooper, 2008).

2.1.7. Prognoz

Fibromiyalji, genellikle kronik bir durum olup hali hazırda bilinen bir tedavisi bulunmamaktadır. Hastaların yaşam kalitesini etkileyen semptomların yoğunluğu ve sıklığı kişiden kişiye değişkenlik göstermekte, uzun vadeli takiplerde, bazı hastalar stabil kalırken, bazılarında semptomlar zamanla artmakta veya azalabilmektedir (Wolfe ve ark., 2011).

Fibromiyalji tedavisinde kapsamlı bir yaklaşım (ilaç tedavisi, egzersiz, bilişsel davranışçı terapi vb.) genellikle semptomların hafiflemesine yardımcı olabilmektedir. Ancak, hastaların tedaviye yanıtları büyük ölçüde değişkenlik gösterir ve bazı hastalar tedaviden önemli ölçüde fayda görebilirken, diğerleri için etkiler sınırlı kalması da mümkündür (Goldenberg ve ark., 2004).

Fibromiyalji, özellikle ağrı, yorgunluk ve uyku bozuklukları nedeniyle hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Duygusal ve sosyal işlevsellik üzerinde de olumsuz etkileri söz konusudur. Ancak, etkili bir yönetim ve destek ile birçok hasta semptomlarını kontrol altına alarak yaşam kalitelerini geliştirebilmektedirler (Mease, 2005).

Hastalığın fiziksel etkilerinin yanı sıra sosyo-ekonomik etkilerinden de bahsetmek mümkündür. Fibromiyalji, iş gücü katılımı ve iş verimliliği üzerinde de etkiler yaratabilmektedir. Kronik ağrı ve yorgunluk, işteki performansı etkileyebilir ve hastaların çalışma saatlerini veya iş türünü değiştirmesine neden olabilir (Bennett, 2005).

Fibromiyalji, diğer kronik hastalıklarla birlikte ortaya çıkabilir ve bu komorbid durumlar, genel sağlık durumunu ve tedaviye yanıtı etkileyebilir. Örneğin, depresyon ve anksiyete bozuklukları fibromiyalji hastalarında yaygındır ve bu durumlar, tedavi yaklaşımlarının bütünleşik bir şekilde ele alınmasını gerektirir (Wolfe ve ark., 2011).

2.2. OBSESİF KOMPULSİF KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri, bireyin yaşamında düzen, kontrol ve mükemmeliyetçilik gibi özelliklerin aşırı bir şekilde öne çıktığı bir yapı olarak tanımlanabilir. Bu kişilik yapılanmasında, bireyler genellikle katı kurallar ve yüksek standartlar çerçevesinde hareket ederler ve bu özellikler çoğu zaman esneklikten uzak, işlevselliği bozan bir biçimde ortaya çıkar. Obsesif-kompulsif kişilik özelliklerine sahip

bireyler, hem kendi iç dünyalarında hem de dış dünyayla ilişkilerinde kontrolü kaybetme korkusuyla hareket ederler. Bu kontrol ihtiyacı, kişisel ilişkilerde ve iş yaşamında sorunlara neden olabilir (American Psychiatric Association, 2013).

Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri, "mükemmeliyetçilik" ve "aşırı düzenlilik" gibi temel özelliklerle tanımlanır. Bu bireyler, mükemmeliyetçilik nedeniyle görev ve sorumluluklarını genellikle son derece yavaş ve detaycı bir şekilde yerine getirirler, bu da işlerin yetişememesine ya da bitirilememesine yol açabilir (McWilliams, 1994). Ayrıca, obsesif-kompulsif kişilik örgütlenmesi olan bireyler, kurallara, listelere, detaylara ve formalitelere aşırı derecede takıntılı olabilir ve bu durum onların büyük resmi kaçırmalarına neden olabilir (Baer ve Minichiello, 1999).

Freud'un psikoanalitik teorisi, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin kökenlerinin anal dönemde olduğunu savunur. Freud'a göre, bu dönemde ebeveynlerin aşırı katı ya da cezalandırıcı tutumları, bireyde inatçılık, aşırı kontrol ihtiyacı ve mükemmeliyetçilik gibi özelliklerin gelişmesine neden olabilir (Freud, 1926). Birey, bu özellikleri bir savunma mekanizması olarak geliştirir ve içsel çatışmaları bu şekilde düzenlemeye çalışır. Anal dönemden kaynaklanan bu kişilik yapılanması, ileri yaşlarda obsesif-kompulsif kişilik örgütlenmesi olarak kendini gösterebilir.

Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri ile ilgili olarak yapılan araştırmalar, bu kişilerin genellikle katı ahlaki değerler taşıdıklarını ve diğer insanlardan da aynı yüksek standartlara uymalarını beklediklerini göstermektedir (Westen & Shedler, 1999). Bu katı değer sistemi, bireylerin sosyal ilişkilerinde zorluklar yaşamasına ve çevrelerindeki insanlara karşı eleştirel ve yargılayıcı bir tutum sergilemelerine neden olabilir. Aynı zamanda bu kişiler, başkalarının kontrolü dışında gerçekleşen olaylar karşısında yüksek düzeyde kaygı yaşarlar ve bu kaygıyı azaltmak için sürekli düzenlemeye ve planlamaya ihtiyaç duyarlar (Pollak, 2001).

Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri yalnızca bireyin içsel dünyasını değil, aynı zamanda sosyal ve mesleki işlevselliğini de ciddi şekilde etkileyebilir. Bu kişilik örgütlenmesinde yer alan aşırı düzen ve kontrol ihtiyacı, bireylerin hem özel hem de iş hayatlarında belirgin bir şekilde karşımıza çıkar. OKKÖ'ye sahip bireyler genellikle iş yerinde başarılı olma eğilimindedirler çünkü yüksek düzeyde disiplinli ve detaylara dikkat eden bir yapıya

sahiptirler. Ancak bu mükemmeliyetçi yaklaşım, aynı zamanda üretkenliği düşüren bir unsur haline gelebilir. Bireyler işlerini sürekli mükemmelleştirmek için aşırı zaman ve enerji harcarlar ve bu nedenle işleri zamanında tamamlayamama ya da iş yükü altında ezilme sorunları yaşayabilirler (Millon & Davis, 1996).

Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri olan bireylerin ilişkileri de bu aşırı kontrol ihtiyacından etkilenir. Yakın ilişkilerde duygusal esneklikten yoksun olan bu bireyler, duygularını düzenlemede ve ifade etmede zorluk yaşayabilirler. Bu durum, hem kendileri hem de karşılarındaki kişiler için ilişkilerde gerginlik yaratır. OKKÖ'ye sahip bireyler, partnerlerinden ve çevrelerindeki insanlardan da kendi yüksek standartlarına uymalarını beklerler, bu da eleştirel ve yargılayıcı bir tutum sergilemelerine neden olabilir. Bu tür ilişkilerde karşı taraf, sürekli eleştirildiği ya da yetersiz bulunduğu hissine kapılabilir, bu da ilişkilerin zarar görmesine yol açar (Cain, Pincus, & Ansell, 2008).

Bireyler arası ilişkilerdeki bu sorunlar, kişilik özellikleri temelinde yatan duygusal bastırma ve kendini kontrol etme ihtiyacıyla bağlantılıdır. OKKÖ'ye sahip bireyler, içsel olarak güçlü bir süper ego baskısı altında yaşarlar. Süper ego, bireyin ahlaki standartlarını ve vicdanını temsil eder ve obsesif-kompulsif kişilik yapılarında bu mekanizma oldukça katıdır. Bireyler, kendilerine ve başkalarına karşı çok yüksek ahlaki ve davranışsal beklentilere sahiptirler. Bunun sonucunda, sürekli olarak kendilerini kontrol etme ve başkalarının davranışlarını yönlendirme ihtiyacı duyarlar (Perry, 1994).

Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri (OKKÖ) farklı psikolojik kuramlar çeşitli açılardan yaklaşmaktadır. Bu yaklaşımlar, bireylerin kişilik özelliklerinin nasıl şekillendiğini ve bu özelliklerin yaşamın farklı alanlarında nasıl etkiler yarattığını anlamada önemli içgörüler sunar. Her kuram, OKKÖ'nün dinamiklerini, gelişimsel kökenlerini ve bu kişilik yapısına yönelik tedavi yaklaşımlarını farklı perspektiflerden ele alır.

2.2.1. Psikoanalitik Kurama Göre Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri

Psikoanalitik kuram, OKKÖ'nün kökenlerini Freud'un "anal dönem" olarak adlandırdığı gelişimsel döneme dayandırır. Freud'a göre, anal dönemde (18 ay - 3 yaş), çocuğun

tuvalet eğitimi gibi kontrol gerektiren süreçlerde yaşadığı deneyimler, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin temelini oluşturur. Aşırı kontrolcü, katı ya da cezalandırıcı ebeveyn tutumları, bireyin kendi dürtü ve isteklerini bastırarak kontrol etmeye çalışmasına neden olabilir. Bu bireyler ilerleyen yaşlarda, dış dünyaya karşı aynı katı ve kontrolcü tutumu sergilerler (Freud, 1926). OKKÖ’de görülen aşırı düzenlilik ve mükemmeliyetçilik, bu dönemde gelişen savunma mekanizmalarının bir sonucu olarak değerlendirilir.

Psikoanalitik yaklaşımda, OKKÖ’nün savunma mekanizmaları arasında "izolasyon", "iptal" ve "reaksiyon formasyonu" ön plana çıkar. İzolasyon, bireyin duygularını mantık ve düzenle ayrıştırarak ifade etmesini, iptal ise bir düşünce veya davranışı tersine çevirmek için simgesel bir şekilde yeniden yapmasını içerir. Reaksiyon formasyonu ise, bireyin kabul edemediği bir duygu ya da düşüncenin tam tersi bir tutum sergilemesidir. Örneğin, bir birey öfkesini kabul edemediği için aşırı derecede sakın ve nazık bir tutum takınabilir (Gabbard, 2000).

2.2.2. Nesne İlişkileri Kuramına Göre Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri

Nesne ilişkileri kuramı, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin bireyin erken dönemde yaşadığı ilişkilerin (nesnelerin) kalitesine bağlar. Otto Kernberg’in çalışmalarına dayanan bu kuram, OKKÖ’nün, bireyin içsel dünyasındaki idealize edilmiş ve değersizleştirilmiş nesneler arasındaki çatışmalardan kaynaklandığını savunur. Bu kişiler, başkalarını idealize etme ve hayal kırıklığına uğradıklarında onları değersizleştirme eğilimindedirler. Bu süreç, bireyin duygusal dünyasında kaosa neden olur ve kontrol ihtiyacı daha da artar (Kernberg, 1975). Nesne ilişkileri kuramı, bu çatışmanın bireyin iç dünyasında duygusal yakınlık kurmayı zorlaştırdığını ve katı, kontrolcü kişilik özelliklerine yol açtığını öne sürer.

Nesne ilişkileri kuramına göre, obsesif-kompulsif bireylerin duygusal yaşantıları sıklıkla sınırlıdır, çünkü onlar, kontrolü kaybetme korkusuyla duygusal bağlar kurmaktan kaçınırlar. Bu bağlamda, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin, bireyin hem kendilik

imgesinde hem de başkalarıyla ilişkilerinde tekrarlayan, çözülmemiş bir çatışmanın ürünüdür (Gabbard, 2000).

2.2.3. Bilişsel-Davranışçı Kurama Göre Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri

Bilişsel-davranışçı kuram, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin, bireyin zihinsel yapısındaki hatalı bilişsel şemalarla açıklamaya çalışır. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin sahip bireyler, çevrelerini aşırı derecede kontrol etme gereği duyan katı ve işlevsel olmayan düşünce kalıplarına sahiptirler. Örneğin, "Her şey mükemmel olmalı, yoksa başarısız olurum" gibi irrasyonel inançlar, bu kişilik örgütlenmesinin tipik bilişsel çarpıtmalarındandır (Beck, 2011).

Bu düşünce kalıpları, bireyin işlevsel olmayan davranışlarına yol açar. OKKÖ bireyleri, hata yapmaktan ya da kontrolü kaybetmekten kaçınmak için aşırı düzenli ve titiz bir yaşam sürdürürler. Bilişsel-davranışçı kuram, bu kişilik özelliklerinin, çocukluk döneminde öğrenilmiş yanlış bilişsel şemalarla şekillendiğini savunur ve bu nedenle tedavi sürecinde bireyin bu şemalarını yeniden yapılandırmayı hedefler. Bilişsel-davranışçı terapi (BDT), bireyin işlevsel olmayan inançlarını sorgulamasına ve daha esnek düşünce kalıpları geliştirmesine yardımcı olur (Beck, 2011).

2.2.4. Bağlanma Kuramına Göre Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri

Bağlanma kuramı, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin bireyin erken bağlanma deneyimlerinden etkilendiğini ileri sürer. Güvensiz bağlanma biçimleri, özellikle kaygılı ya da kaçınmacı bağlanma stilleri, bireyin ilerleyen yaşamında OKKÖ belirtilerinin gelişmesine zemin hazırlayabilir. Bu tür bağlanma tarzları, bireyin duygusal ilişkilerde kendini güvende hissetmemesi ve kontrol ihtiyacının artmasına yol açar (Shaver ve Mikulincer, 2002). Kontrol etme ve düzenli olma arzusu, bu kişilerin güvensizlik

duygusunu ve başkalarına olan bağımlılığını maskeleye yönelik bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkar.

Bağlanma kuramı, bireyin çocuklukta ebeveynleriyle kurduğu bağın, yetişkinlikteki kişilik yapısına nasıl yansıdığını inceler. OKKÖ'de görülen aşırı kontrol, mükemmeliyetçilik ve duygusal sınırlılık, genellikle erken dönemde sağlıklı bir güven duygusu geliştirememenin bir sonucu olarak değerlendirilir (Shaver ve Mikulincer, 2002). Tedavi sürecinde, bu güvensizlik duygularının ve kontrol ihtiyacının fark edilmesi ve sağlıklı bağlanma becerilerinin geliştirilmesi hedeflenir.

2.2.5. Evrimsel Psikoloji Perspektifinden Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri

Evrimsel psikoloji, OKKÖ'nün evrimsel olarak bireylerin hayatta kalma stratejileri ile bağlantılı olabileceğini öne sürer. Evrimsel perspektiften bakıldığında, düzenlilik, planlama ve mükemmeliyetçilik gibi özellikler, eski dönemlerde bireyin tehlikelerden korunmasını ve kaynaklarını daha iyi yönetmesini sağlamış olabilir. Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri, modern dünyada işlevsel olmayan aşırı kontrollü davranışlar olarak karşımıza çıksa da, bu özelliklerin geçmişte avantaj sağlayan stratejiler olduğu düşünülebilir (Buss, 1995). Ancak, bu stratejiler bireyin modern sosyal yaşamda esneklikten yoksun ve işlevsiz hale gelmesine neden olur.

2.3. BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Borderline kişilik özellikleri, duygusal düzensizlik, yoğun ve dalgalı kişiler arası ilişkiler, benlik algısında tutarsızlık ve dürtüsel davranışlarla karakterize edilen bir kişilik yapısını ifade eder. Bu özelliklere sahip bireyler, genellikle hızlı ve yoğun duygu değişimleri yaşar, terk edilme korkusuyla baş edemez ve bu korkularına karşı tepkisel davranışlar sergilerler. Borderline kişilik özellikleri, bir dizi psikolojik ve davranışsal semptomu kapsar ve bireyin işlevselliğini olumsuz etkileyebilir.

Borderline kişilik özelliklerinin önemli bir boyutu, duygusal düzensizliktir. Bu bireyler, sık sık ani duygu değişimleri yaşar ve bu değişimler öfke, üzüntü, kaygı veya yoğun

mutluluk gibi zıt duygular arasında hızla gidip gelebilir (Linehan, 1993). Duygu düzenleme becerilerindeki zayıflık, bireylerin genellikle küçük olaylara aşırı tepkiler vermesine yol açar ve bu da kişiler arası ilişkilerde zorluklar yaratır.

Bir diğer karakteristik özellik, kişiler arası ilişkilerde istikrarsızlıktır. Borderline kişilik özelliklerine sahip bireyler, genellikle başkalarına karşı aşırı derecede idealize etme ya da küçümseme eğilimindedirler; bu, “siyah-beyaz düşünme” ya da “ayırışma” (splitting) olarak bilinen bir davranış paternidir (Gunderson, 2011). İlişkilerde bu dalgalanmalar, terk edilme korkusuyla birleştğinde, bireylerin partnerlerine veya sevdiklerine karşı ani öfke patlamaları, kıskançlık, manipülatif davranışlar gibi tepkilere yol açabilir (American Psychiatric Association, 2013).

Benlik algısında tutarsızlık ise bu kişilik özelliklerinin diğer bir ayırt edici yönüdür. Borderline kişilik özellikleri olan bireyler, kendilik algısında belirgin bir dalgalanma yaşarlar. Bu bireyler, kim oldukları konusunda belirgin bir kararsızlık içinde olabilirler ve sıklıkla kendilerini boşlukta hissettiklerini ifade ederler (Zanarini, 2000). Benlik algısındaki bu tutarsızlık, bireylerin yaşamlarında sürekli bir yönelim eksikliği hissetmelerine ve sık sık kimlik krizleri yaşamalarına neden olabilir. Ayrıca, borderline kişilik özellikleri dürtüsel davranışlar ile de yakından ilişkilidir. Bu dürtüsel davranışlar, aşırı harcama, madde kullanımı, pervasızca araç kullanma ya da kendine zarar verme (örn. kesici aletlerle kendine zarar verme) gibi kendini tehlikeye atıcı eylemleri içerebilir (Crowell, Beauchaine ve Linehan, 2009). Bu tür davranışlar, genellikle bireyin içinde bulunduğu yoğun duygusal acıyı hafifletmek amacıyla gerçekleştirilir.

Borderline kişilik özellikleri, bireyin hem kendisiyle hem de çevresindeki insanlarla olan ilişkilerini ciddi şekilde etkileyen karmaşık bir kişilik yapısını ifade eder. Bu kişilik özelliklerinin kökeninde genellikle çocukluk çağı travmaları, genetik faktörler ve biyolojik duyarlılıklar yer alır (Zanarini ve ark., 2011). Bu özellikler, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilir ve yoğun psikolojik destek gerektirebilir.

Borderline kişilik özellikleri, aynı zamanda bireyin yoğun terk edilme korkusu ile karakterizedir. Bu korku, genellikle gerçekçi olmayan ya da aşırı tepkilere yol açabilir. Borderline kişilik özelliklerine sahip bireyler, en küçük bir ayrılma ya da reddedilme sinyalini bile büyük bir tehdit olarak algılayabilir ve terk edilme korkusu, ani ve dramatik

ilişki krizlerine neden olabilir (Levy, 2005). Bu korkularla başa çıkmak için bireyler, kimi zaman aşırı bağıllık gösterirken kimi zaman da karşılarındaki kişiyi tamamen uzaklaştırmaya yönelik davranışlarda bulunabilirler.

Duygusal boşluk hissi de borderline kişilik özelliklerinin sıkça görülen bir bileşenidir. Bireyler, genellikle kendilerini duygusal olarak boşlukta, kimliksiz ve amaçsız hissederler. Bu his, bireyin kendi kimliğiyle ilgili kararsızlığı ve çevresiyle olan bağlarının zayıf olmasıyla ilgilidir. Bu boşluk hissi, bireyin kendini daha fazla yalnız ve güvensiz hissetmesine neden olabilir, bu da aşırı duygusal ve davranışsal tepkilere yol açabilir (Fonagy ve Luyten, 2009).

Borderline kişilik özellikleri olan bireyler, öfke kontrolü konusunda ciddi zorluklar yaşayabilirler. Dış uyaranlara karşı verilen öfke tepkileri aşırı ve anlık olabilir. Bu öfke patlamaları, genellikle bireyin terk edilme korkusuyla ya da hayal kırıklığıyla başa çıkamadığı durumlarda ortaya çıkar (Koenigsberg, 2010). Bu tür patlamalar, çoğunlukla yakın ilişkilerdeki sorunları derinleştirir ve ilişkilerin dengesiz hale gelmesine yol açar.

Kendine zarar verme davranışları, borderline kişilik özellikleri ile ilişkili önemli bir diğer unsurdur. Bu davranışlar, genellikle bireyin yaşadığı yoğun duygusal acıyı hafifletme, boşluk hissini doldurma ya da çevresindeki kişilere yönelik bir yardım çağrısı olarak ortaya çıkar (Chapman, Gratz ve Brown, 2006). Kendine zarar verme davranışları, kesici alet kullanma, aşırı madde kullanımı veya intihar girişimleri gibi farklı formlarda görülebilir. Bu tür davranışlar, bireyin kendisi ve çevresi için ciddi riskler oluşturabilir ve çoğunlukla acil psikolojik müdahale gerektirir.

Bireylerin ilişkilerde sınır koyma konusunda da güçlükler yaşaması, borderline kişilik özelliklerinin bir diğer yaygın göstergesidir. Sınır koyma zorlukları, bireyin kendini diğer insanlarla aşırı derecede iç içe geçmiş hissetmesine ve kendi ihtiyaçlarını göz ardı etmesine yol açabilir. Bu durum, bireylerin ilişkilerde sağlıklı bir denge kurmalarını engeller ve onların bağımlı, manipülatif ya da tepkisel davranışlar sergilemesine neden olabilir (Bateman ve Fonagy, 2004).

Bilişsel çarpıtmalar, borderline kişilik özelliklerinin önemli bir yönüdür. Bu bireyler, genellikle olayları aşırı olumsuz veya çarpıtılmış bir şekilde yorumlar. Örneğin, küçük

bir eleştiriyi yoğun bir reddedilme ya da kişisel bir saldırı olarak algılayabilirler (Sharp ve Fonagy, 2015). Bu tür düşünce biçimleri, bireyin kendisi ve diğerleri hakkında tutarsız ya da aşırı uçlarda değerlendirmeler yapmasına neden olabilir ve bu da ilişkilerde ciddi zorluklar yaratır.

Borderline kişilik özellikleri, çeşitli psikososyal etkenlerle ilişkili olup, çocukluk çağı travmaları, terk edilme ya da istismar gibi yaşantıların bu özelliklerin gelişiminde rol oynadığına dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Zanarini ve ark., 2011). Bu bireylerde, çocukluk dönemi boyunca yaşanan istikrarsız ilişkiler, duygusal istismar ya da ihmal gibi olumsuz deneyimlerin, yetişkinlik dönemindeki ilişki sorunlarına ve duygusal düzensizliklere katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

2.3.1. Borderline Kişilik Özellikleri ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

2.3.1.1. Psikoanalitik Kurama Göre Borderline Kişilik Özellikleri

Psikoanalitik kuram, borderline kişilik özelliklerini bireyin erken çocukluk döneminde yaşadığı gelişimsel çatışmalara ve nesne ilişkilerine dayandırır. Sigmund Freud'un temelini attığı psikoanalitik teori, bireyin bilinçdışı çatışmalarının kişilik yapılanmasında kritik bir rol oynadığını savunur. Bu yaklaşıma göre, borderline bireylerde görülen duygusal dengesizlik ve ilişkilerdeki kaos, bireyin içsel dünyasında çözülmemiş çatışmaların bir yansımasıdır (Freud, 1923). Freud'a göre, borderline kişilik özelliklerinin kökeni, oral dönem olarak adlandırılan erken gelişim döneminde anne-çocuk ilişkisi sırasında ortaya çıkan güvensizlik ve bağımlılıkla ilişkilidir.

Otto Kernberg'in nesne ilişkileri kuramı ise, borderline kişilik özelliklerinin daha ileri bir psikoanalitik açıklamasını sunar. Kernberg, borderline kişilik özelliklerini bireyin idealize edilmiş ve değersizleştirilmiş nesneler arasında gidip gelmesi olarak açıklar. Bu kişiler, kendilik algıları ve başkaları hakkındaki algıları arasında keskin geçişler yaşarlar; birini bir an idealize ederken, bir anda değersizleştirebilirler. Bu çatışma, özellikle erken çocukluk döneminde bakım veren kişilerle yaşanan zayıf nesne ilişkilerinden kaynaklanır

(Kernberg, 1975). Bu durumda, birey hem kendisini hem de başkalarını istikrarlı bir şekilde değerlendirmekte zorlanır, bu da ilişkilerde sürekli dalgalanmalar yaratır.

2.3.1.2. Bilişsel-Davranışçı Kurama Göre Borderline Kişilik Özellikleri

Bilişsel-davranışçı kuram (BDT), borderline kişilik özelliklerini, bireyin düşünce kalıplarındaki bozukluklarla ve işlevsiz inançlarla açıklar. Bu yaklaşıma göre, borderline bireyler kendileri ve diğer insanlar hakkında olumsuz ve çarpık düşüncelere sahiptir. Örneğin, terk edilme korkusu yaşayan bir birey, “Eğer sevilmezsem, değerim yok” gibi işlevsiz bir inanca sahip olabilir. Bu tür irrasyonel inançlar, bireyin duygusal dalgalanmalar yaşamasına ve ani öfke patlamalarına yol açabilir (Linehan, 1993).

BDT, borderline kişilik özelliklerini anlamada “duygusal zayıflık” ve “duygusal yoğunluk” kavramlarını kullanır. Bu kuram, borderline bireylerin duygularını düzenlemekte zorlandıklarını, duygularının çok yoğun ve aşırı olabildiğini savunur. Marsha Linehan’ın geliştirdiği Diyalektik Davranış Terapisi (DBT), bu duygusal yoğunluk ve kontrolsüzlüğü hedef alarak bireylerin daha dengeli duygusal tepkiler geliştirmesine yardımcı olmayı amaçlar (Linehan, 1993). DBT, bilişsel-davranışçı prensipler üzerine kurulmuş bir tedavi yöntemi olup, bireylere duygu düzenleme, kişilerarası etkili iletişim ve kriz anlarında kendini kontrol etme becerileri kazandırmayı hedefler.

2.3.1.3. Bağlanma Kuramına Göre Borderline Kişilik Özellikleri

Bağlanma kuramı, borderline kişilik özelliklerini bireyin erken çocukluk dönemindeki bakım verenleriyle kurduğu bağlanma ilişkileri çerçevesinde açıklar. John Bowlby ve Mary Ainsworth tarafından geliştirilen bu kurama göre, bireyin çocuklukta geliştirdiği güvensiz bağlanma stilleri, ilerleyen yaşlarda borderline kişilik özelliklerinin gelişimine zemin hazırlayabilir. Özellikle "kaygılı-bağlanma" ya da "kaçıngan-bağlanma" gibi

güvensiz bağlanma biçimleri, bireyin yakın ilişkilerde terk edilme korkusu yaşamasına ve duygusal dengesizliklere yol açabilir (Shaver ve Mikulincer, 2002).

Borderline kişilik özelliklerine sahip bireyler, çocukluk döneminde tutarsız ve güvenilmez bakım verenlerle deneyimler yaşamış olabilirler. Bu durum, onların yetişkinlikte ilişkilerinde de tutarsız ve dengesiz davranışlar sergilemelerine neden olabilir. Bağlanma kuramına göre, bu bireyler bir yandan yakınlık ve bağlılık ararken, diğer yandan bu yakınlıktan korkar ve kaçınırlar. Bu paradoksal davranışlar, borderline kişilik özelliklerinin temel belirtilerinden biri olan tutarsız ilişki örüntülerini açıklar (Fonagy ve ark., 2000).

2.3.1.4. Evrimsel Psikoloji Kuramına Göre Borderline Kişilik Özellikleri

Evrimsel psikoloji, borderline kişilik özelliklerini bireylerin hayatta kalma stratejileriyle ilişkilendirir. Bu yaklaşıma göre, borderline kişilik özellikleri, bireyin evrimsel geçmişinde güvenlik ve hayatta kalma ihtiyacına yönelik aşırı hassasiyetin bir sonucu olabilir. Özellikle terk edilme korkusu, bireyin sosyal bağlarını kaybetme durumunda hayatta kalma şansının azalacağına dair evrimsel bir mekanizma olarak açıklanabilir (Buss, 1995). Borderline bireylerin ilişkilerde yoğun kaygı ve kontrol ihtiyacı, geçmişteki sosyal ve hayatta kalma tehditlerine karşı geliştirilmiş stratejilerin bir yansıması olabilir.

Evrimsel perspektife göre, borderline kişilik özelliklerinin bazı yönleri, bireyin sosyal gruplar içinde kabul görme ve dışlanmayı önleme ihtiyacıyla bağlantılıdır. Ancak, modern dünyada bu stratejiler işlevsiz hale gelebilir ve bireyin sosyal ilişkilerinde yıkıcı sonuçlar doğurabilir (Brüne, 2016).

2.3.1.5. Nörobiyolojik Kuramına Göre Borderline Kişilik Özellikleri

Nörobiyolojik kuramlar, borderline kişilik özelliklerinin beyindeki nörotransmitterlerin işleyişiyle bağlantılı olabileceğini öne sürer. Araştırmalar, borderline bireylerde serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi kimyasalların dengesizliğinin duygusal

düzensizliklere yol açabileceğini göstermektedir (Siever ve Davis, 1991). Özellikle serotonin seviyelerinin düşük olması, borderline bireylerde ani öfke patlamaları ve dürtüsel davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Nörobiyolojik yaklaşım, borderline kişilik özelliklerinin biyolojik temellerini anlamaya çalışarak, bu kişilik yapılanmasının tedavisinde ilaç tedavisinin rolüne vurgu yapar.

2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocukluk çağı travmaları, bireyin çocukluk döneminde maruz kaldığı fiziksel, duygusal veya cinsel istismar, ihmal ya da şiddet gibi olumsuz deneyimlerden oluşur. Bu tür travmalar, bireyin psikolojik, duygusal ve sosyal gelişiminde derin ve kalıcı izler bırakabilir. Çocukluk dönemi, bireyin kişilik gelişiminin ve duygusal yapısının şekillendiği kritik bir süreçtir. Bu dönemde yaşanan olumsuz olaylar, bireyin hem çocuklukta hem de yetişkinlikte sağlıklı bir yaşam sürme kapasitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Araştırmalar, çocukluk çağı travmalarının çeşitli psikolojik bozukluklarla ve kişilik sorunlarıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Felitti ve ark., 1998).

2.4.1.Çocukluk Çağı Travma Türleri

Çocukluk çağı travmaları, bireyin gelişimsel süreçlerini ve ruh sağlığını derinden etkileyen travmatik deneyimlerdir. Bu travmalar fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar gibi çeşitli türlerde ortaya çıkabilir ve çocuğun hem o anki ruhsal durumunu hem de ilerleyen yaşlardaki psikolojik yapısını şekillendirebilir. Çocukluk çağında yaşanan travmalar, çocukların güven duygusunu, özsaygısını ve sosyal ilişkiler geliştirme kapasitelerini bozabilir. Travmanın türüne göre etkileri farklı olmakla birlikte, çocukluk çağı travmalarının hepsi uzun vadede ciddi sonuçlar doğurabilir.

2.4.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun kasten zarar görmesine yol açan bedensel cezalandırma ve şiddet içeren davranışlar olarak tanımlanır. Bu tür istismar, çocuğa vurmak, tokat atmak, yakmak ya da boğmak gibi eylemleri içerir. Fiziksel istismar, çocuğun bedeninde fiziksel yaralar bırakabileceği gibi, uzun vadede psikolojik hasar da yaratabilir. Fiziksel istismara

maruz kalan çocuklar, gelecekte güven ilişkileri kurmada zorlanabilir, sürekli korku içinde yaşayabilir ve anksiyete bozuklukları geliştirebilirler (Widom, 1999). Ayrıca, bu tür travmalar bireyin ileride şiddete yatkınlık göstermesine ve başkalarına karşı saldırganlık sergilemesine de neden olabilir.

Fiziksel istismar, çocukluk döneminde sıkça karşılaşılan ve bireyin ruhsal, duygusal ve fiziksel sağlığını derinden etkileyen bir travma türüdür. Fiziksel istismar, çocuğun kasıtlı olarak zarar görmesine yol açan her türlü fiziksel saldırıyı kapsar. Bu saldırılar, vurma, tokat atma, tekmeleme, itme, yakma, boğma veya herhangi bir fiziksel güç kullanarak çocuğa zarar verme şeklinde olabilir. Fiziksel istismar, kısa vadede çocuğun bedensel yaralanmalara maruz kalmasına neden olurken, uzun vadede ciddi psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilir.

Fiziksel istismar, çoğu zaman çocuğa uygulanan disiplin yöntemlerinin aşırıya kaçtığı durumlarda meydana gelir. Ebeveyn ya da bakım veren kişiler, disiplin amacıyla fiziksel şiddet kullanabilir ve bu şiddet, çocuğun bedensel zarar görmesine yol açar. Bu tür cezalandırmalar, çocukta korku ve güvensizlik yaratır. Araştırmalar, fiziksel istismarın hem kısa vadede hem de uzun vadede çocuğun ruh sağlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir (Widom, 1999). Bu çocuklar, ileriki yaşlarda depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi ruhsal bozukluklar geliştirme riski taşırlar.

2.4.1.1.1. Fiziksel İstismarın Kısa Vadeli Etkileri

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar, hemen görülen bazı fiziksel belirtiler gösterirler. Bu belirtiler arasında morluklar, yanık izleri, kırıklar, kesikler ve diğer bedensel yaralanmalar yer alır. Bunun yanı sıra, bu çocuklar davranışsal ve duygusal olarak da bazı kısa vadeli tepkiler gösterebilirler:

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar, şiddet uygulayan ebeveyn ya da bakım veren kişilerle birlikte yoğun korku ve kaygı hissedebilirler. Bu çocuklar, sürekli tetikte olabilir ve kendilerini tehdit altında hissedebilirler (Finkelhor, 1994).

İstismara uğrayan çocuklar, yaşadıkları şiddeti başkalarına yansıtabilir ve saldırgan davranışlar sergileyebilirler. Bu çocuklar, özellikle akranlarıyla ilişkilerinde agresif tavırlar gösterebilirler.

Bazı çocuklar, fiziksel istismarın bir sonucu olarak sosyal ortamlardan çekilebilir ve içine kapanık bir hale gelebilirler. Güvensizlik hissi, onların başkalarına karşı duygusal olarak kapanmalarına neden olabilir.

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar, okulda odaklanma ve başarı konusunda güçlükler yaşayabilirler. Sürekli bir tehdit altında olma hissi, onların derslerine yeterince odaklanamamalarına ve akademik başarılarının düşmesine yol açabilir (Eckenrode et al., 1993).

2.4.1.1.2. Fiziksel İstismarın Uzun Vadeli Etkileri

Fiziksel istismar, çocuğun yetişkinlik döneminde de sürebilecek kalıcı psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabilir. Bu travmanın uzun vadeli etkileri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Fiziksel istismara maruz kalan çocuklar, yetişkinlik dönemlerinde depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yeme bozuklukları ve sınırda kişilik bozukluğu gibi ruhsal rahatsızlıklar geliştirebilirler (Widom, 1999). Bu bireylerde, sürekli bir değersizlik ve çaresizlik hissi baskın olabilir.

Fiziksel istismar, çocuğun kendilik algısına büyük bir darbe vurur. İstismara uğrayan çocuklar, kendilerini değersiz, yetersiz ve sevilmeyen bireyler olarak görebilirler. Bu düşük benlik saygısı, yetişkinlikte de devam edebilir ve bireyin sağlıklı ilişkiler kurmasını engelleyebilir (Kim ve Cicchetti, 2006).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar, ileriki yaşamlarında saldırgan davranışlar sergileyebilirler. Bu çocuklar, şiddeti bir çözüm yöntemi olarak öğrenebilir ve yetişkinlik döneminde kendi çocuklarına veya eşlerine karşı fiziksel şiddet uygulayabilirler (Widom ve Maxfield, 2001). Şiddet eğilimi, fiziksel istismarın kuşaklar arası bir sorun haline gelmesine neden olabilir.

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar, yetişkinlikte sağlıklı ve güvene dayalı ilişkiler kurmakta zorlanabilirler. Bu bireyler, yakın ilişkilerde güvensizlik, bağlılık sorunları ve duygusal mesafe gibi problemler yaşayabilirler (Riggs ve ark., 2010). İlişkilerde sürekli olarak karşı tarafın kendisine zarar vereceği korkusuyla hareket edebilirler.

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar, ilerleyen yaşlarda çeşitli fiziksel sağlık sorunları geliştirme riski taşırlar. Yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, kronik ağrılar gibi sağlık problemleri, stres ve travmanın fizyolojik etkileri olarak ortaya çıkabilir (Felitti ve ark., 1998).

2.4.1.1.3. Fiziksel İstismarın Nörolojik Etkileri

Fiziksel istismar, çocuğun beyninin gelişimi üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilir. Beyin, özellikle çocukluk döneminde hızla gelişen bir organ olduğundan, travmatik deneyimler nörolojik düzeyde iz bırakabilir. Araştırmalar, fiziksel istismara maruz kalan çocukların beyinlerinde hipokampus ve amigdala gibi duygusal düzenleme ile ilgili bölgelerde işlev bozuklukları olduğunu göstermiştir (Teicher ve ark., 2003). Bu bölgelerdeki bozulmalar, çocuğun gelecekte stresle başa çıkma yeteneğini zayıflatabilir ve duygusal dengesizliklere yol açabilir.

Ayrıca, hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) ekseninin travmatik deneyimler sonrasında aşırı uyarılma gösterdiği ve stres hormonlarının (kortizol gibi) düzeylerinin dengesiz hale geldiği tespit edilmiştir (Heim ve ark., 2000). Bu hormonal değişiklikler, bireyde sürekli bir stres ve kaygı hali yaratabilir.

2.4.1.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun sürekli olarak aşağılanması, küçümsenmesi, tehdit edilmesi ya da reddedilmesi yoluyla kendine olan saygısının zedelenmesidir. Fiziksel izler bırakmasa da duygusal istismar, en az fiziksel istismar kadar yıkıcı olabilir. Bu tür istismara maruz kalan çocuklar, kendilerini değersiz, seilmeyen ve yetersiz hissederler. Duygusal istismar, çocuğun özsaygısını ciddi şekilde zedeleyerek, depresyon, anksiyete ve sınırda kişilik bozukluğu gibi sorunların gelişmesine neden olabilir (Glaser, 2002). Bu tür travma, ayrıca bireyin ileriki yaşamında kendilik algısını ve başkalarıyla kurduğu ilişkileri olumsuz yönde etkileyebilir.

2.4.1.2.1. Duygusal İstismarın Türleri

Duygusal istismar, çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Bu tür istismarın temel çeşitleri aşağıda açıklanmıştır:

Çocuğun sürekli olarak değersiz hissettirilmesi, başarılarının küçümsenmesi ya da alay edilmesi, çocuğun özsaygısını zedeler. Ebeveyn ya da bakım veren kişi, çocuğun duygusal gelişimini desteklemek yerine onu aşağılayarak kendine olan güvenini zayıflatır. Bu tür istismara maruz kalan çocuklar, kendilerini yetersiz ve başarısız görme eğiliminde olurlar (Garbarino ve Vondra, 1987).

Duygusal istismarın bir diğer biçimi, çocuğu sürekli olarak tehdit etmek ve korkutma yoluyla disiplin sağlamak için duygusal şiddet uygulamaktır. Örneğin, ebeveynin "Eğer bunu yapmazsan, seni terk ederim" ya da "Senin yüzünden her şey kötü gidiyor" gibi tehditler savurması, çocuğun kendini güvende hissetmesini engeller. Çocuk, bu tür tehditler sonucunda sürekli bir korku ve kaygı içinde yaşayabilir.

Duygusal istismarın bir diğer önemli boyutu, çocuğun sevgi, ilgi ve şefkatten mahrum bırakılmasıdır. Bu tür ihmal, çocuğun sağlıklı bir duygusal gelişim göstermesine engel olur. Sevgi ve ilgi eksikliği yaşayan çocuklar, kendilerini değersiz ve seilmeyen bireyler olarak hissedebilir ve ilerleyen yaşlarda sağlıklı ilişkiler kurmakta zorlanabilirler (Erickson ve Egeland, 2002).

Çocuğun sürekli olarak suçlanması, eleştirilmesi ve hiçbir şeyin yeterli görülmemesi de duygusal istismar kapsamına girer. Bu tür davranışlar, çocuğun kendine güvenini ve değerini ciddi şekilde zedeler. Sürekli eleştirilen çocuklar, kendilerini sürekli başarısız ve yetersiz hissedebilirler.

Duygusal istismarcılar, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını manipüle ederek kontrol sağlamaya çalışabilirler. Çocuk, ebeveynin onayını ya da sevgisini kazanmak için sürekli olarak onların beklentilerini karşılamaya çalışır ve bu da çocuğun kendilik algısını zayıflatır.

2.4.1.2.2. Duygusal İstismarın Psikolojik Sonuçları

Duygusal istismar, çocuğun ruh sağlığı üzerinde derin ve kalıcı izler bırakabilir. Bu tür istismara maruz kalan çocuklar, ilerleyen yaşamlarında çeşitli psikolojik ve duygusal bozukluklar geliştirme riski taşırlar:

Duygusal istismarın en yaygın sonucu, çocuğun özsaygısının zedelenmesidir. Çocuk, sürekli olarak değersiz hissettirildiğinde, kendisini yetersiz ve seilmeye layık olmayan

biri olarak algılayabilir. Bu da ilerleyen yaşamda özgüven sorunlarına ve sosyal ilişkilerde çekingenliğe yol açabilir (Thompson ve Kaplan, 1996).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklar, sürekli olarak kaygı ve korku içinde yaşarlar. Bu da onların ilerleyen yaşlarda anksiyete bozukluğu, depresyon ve stresle başa çıkma zorlukları yaşamalarına neden olabilir. Araştırmalar, duygusal istismarın uzun vadeli ruhsal bozukluklarla ilişkilendirildiğini göstermektedir (Spinazzola ve ark., 2014).

Duygusal istismar, çocuğun duygusal düzenleme becerilerini olumsuz etkiler. İstismara maruz kalan çocuklar, duygularını uygun bir şekilde ifade etmekte zorlanabilir ve ani öfke patlamaları, aşırı üzüntü ya da içe kapanma gibi tepkiler verebilirler (Cicchetti ve ark., 1995).

Duygusal istismar, çocuğun kimlik gelişimini de olumsuz etkileyebilir. Çocuk, kendisi hakkında tutarlı bir olumlu algı geliştiremez ve sürekli olarak başkalarının onayına ihtiyaç duyan bir birey haline gelebilir. Bu da ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde kimlik krizlerine ve kendini ifade etme zorluklarına yol açabilir (Garbarino ve Vondra, 1987).

Duygusal istismara maruz kalan bireyler, yetişkinlikte sağlıklı ilişkiler kurmada zorluk yaşayabilirler. Bu kişiler, başkalarına güvenmekte zorlanabilir, duygusal yakınlık kurma konusunda sorunlar yaşayabilir ve ilişkilerinde sürekli olarak terk edilme korkusu hissedebilirler (Riggs ve Kaminski, 2010). Aynı zamanda, bağımlı ya da aşırı kontrolcü davranışlar sergileyerek ilişkilerini yıpratabilirler.

2.4.1.2.3. Duygusal İstismarın Uzun Vadeli Etkileri

Duygusal istismar, bireyin yaşamı boyunca sürebilecek ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu travma türü, bireyin hem sosyal hem de psikolojik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir:

Duygusal istismara uğrayan bireyler, ilerleyen yaşlarda sosyal ortamlardan çekilebilir ve kendilerini başkalarına karşı kapatabilirler. Bu durum, bireyin sosyal becerilerinin gelişimini engelleyebilir ve yalnızlık duygusunu pekiştirebilir.

Duygusal istismar, bireyde sürekli bir stres ve kaygı hali yaratabilir. Bu da vücudun stres hormonlarının dengesini bozarak, kronik sağlık sorunlarına (örneğin yüksek tansiyon, kalp hastalıkları) yol açabilir (Felitti ve ark., 1998).

Duygusal istismar, nesiller arası bir problem haline gelebilir. İstismara uğrayan bireyler, ebeveyn olduklarında kendi çocuklarına da benzer davranışlar sergileyebilirler. Bu da istismarın döngüsel bir şekilde devam etmesine neden olabilir (Yehuda ve ark., 2016).

2.4.1.2.4. Duygusal İstismarın Önlenmesi ve Müdahale

Duygusal istismarın uzun vadeli etkileri göz önüne alındığında, erken müdahale ve önleme çalışmaları büyük önem taşır. Duygusal istismarın fark edilmesi zor olabilir, çünkü çoğu zaman dışarıdan gözle görülemez. Ancak, öğretmenler, sağlık çalışanları ve sosyal hizmet uzmanları gibi çocuklarla sürekli etkileşim içinde olan kişiler, çocuğun davranışlarındaki ve duygusal durumundaki değişikliklere dikkat ederek istismarı fark edebilirler.

Ebeveynlere ve bakım verenlere, çocukların duygusal ihtiyaçlarını anlamaları ve çocuklara duygusal destek sağlamaları konusunda eğitimler verilmesi, duygusal istismarın önlenmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca, duygusal istismara maruz kalan çocuklar için psikolojik destek ve terapi hizmetleri sunulmalı, bu çocukların travma sonrası ruhsal sağlığını yeniden inşa etmeleri sağlanmalıdır (Spinazzola ve ark., 2014).

2.4.1.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuğun rızası dışında fiziksel ya da sözlü olarak cinsel davranışlara maruz kalması anlamına gelir. Bu, cinsel içerikli konuşmalar ya da dokunmalar, tecavüz gibi cinsel saldırıları içerebilir. Cinsel istismar, çocuk üzerinde ciddi psikolojik yaralar bırakabilir ve uzun vadede travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete, cinsel kimlik sorunları gibi ruhsal bozukluklara yol açabilir (Zanarini ve ark.,2002). Cinsel istismara uğramış bireyler, ilerleyen yaşlarda sağlıklı ve güvene dayalı ilişkiler kurmakta zorlanabilir, cinsellik ve ilişkiler konusunda ciddi zorluklar yaşayabilir.

2.4.1.3.1. Cinsel İstismarın Türleri

Cinsel istismar, farklı şekillerde gerçekleşebilir ve bu türler, istismarın fiziksel ya da sözlü olup olmamasına göre sınıflandırılabilir:

Çocuğa fiziksel cinsel temas içeren istismar türüdür. Bu, çocuğun cinsel organlarına dokunma, cinsel ilişkiye zorlama, çocuğun bedenine cinsel amaçlarla dokunma gibi eylemleri içerir. Fiziksel temas, çocuğun gelişiminde derin duygusal ve psikolojik yaralar açar ve çocuğun cinsel kimlik gelişimini olumsuz etkileyebilir (Berliner ve Elliott, 1996).

Fiziksel temas olmaksızın gerçekleşen, ancak çocuğa zarar veren cinsel istismar türüdür. Bu tür istismar, çocuğa cinsel içerikli konuşmalar yapmak, pornografik materyaller izletmek, çocuğu cinsel içerikli eylemlerde bulunmaya zorlamak gibi davranışları kapsar. Temassız istismar da en az temassız istismar kadar zarar verici olabilir ve çocuğun cinsel gelişimini ciddi şekilde bozabilir.

Çocuğa cinsel organların gösterilmesi ya da çocuğun bu tür eylemlere zorlanması da cinsel istismar kapsamına girer. Bu tür istismar, çocuğun cinselliği hakkında sFriağlıklı bir anlayış geliştirmesini engelleyebilir ve uzun vadede cinsel kimlik sorunlarına yol açabilir (Friedrich ve ark., 2003).

Çocuğun fuhuş amaçlı kullanılması, cinsel istismarın en uç ve en yıkıcı türlerinden biridir. Bu tür istismar, çocuğun duygusal, psikolojik ve fiziksel olarak aşırı derecede zarar görmesine neden olabilir ve ilerleyen yaşamında ciddi travmalara yol açabilir.

2.4.1.3.2. Cinsel İstismarın Psikolojik Sonuçları

Cinsel istismar, çocuğun ruh sağlığını derinden etkiler ve uzun vadede birçok psikolojik sorun ortaya çıkarabilir. Cinsel istismara maruz kalan çocuklar, yetişkinlik dönemlerinde çeşitli ruhsal bozukluklar geliştirme riski taşırlar:

Cinsel istismara uğrayan çocuklar, yaşadıkları travmatik olayları tekrar tekrar zihinde yaşama, kaçınma davranışları sergileme ve aşırı uyarılma belirtileri gösterme eğilimindedirler. Bu durum, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak bilinir ve cinsel istismarın en yaygın sonuçlarından biridir (Foa ve ark., 1999).

Cinsel istismar, çocuklarda yoğun kaygı ve depresyon yaratabilir. Çocuklar, yaşadıkları travmayı anlamlandıramazlar ve kendilerini güvende hissetmezler. Bu durum, onların ilerleyen yaşlarda anksiyete bozuklukları ve majör depresyon geliştirme olasılığını artırır (Putnam, 2003).

Cinsel istismara maruz kalan çocuklar, cinselliğe ve cinsel kimliğe dair karışık ve sağlıklı düşünceler geliştirebilirler. Bu çocuklar, cinselliği bir tehdit ya da zarar verici bir unsur olarak algılayabilirler, bu da yetişkinlik döneminde sağlıklı cinsel ilişkiler kurmalarını zorlaştırabilir (Briere ve Elliott, 1994).

Cinsel istismar, çocukların kendilik algısını derinden sarsar. İstismara uğrayan çocuklar, kendilerini kirli, değersiz ve suçlu hissedebilirler. Bu duygular, düşük benlik saygısına ve zaman zaman kendine zarar verme davranışlarına yol açabilir (Zanarini ve ark., 2002).

Cinsel istismarın bir diğer yaygın sonucu, çocuklarda öfke patlamaları ve başkalarına karşı güvensizlik hissidir. Cinsel istismar, çocuğun çevresindeki insanlara karşı genel bir güven sorunu geliştirmesine neden olabilir. İlerleyen yaşlarda bu bireyler, yakın ilişkilerde ya aşırı derecede kontrollü ya da aşırı derecede bağımlı olabilirler (Cole ve Putnam, 1992).

2.4.1.4. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmaması anlamına gelir. Beslenme, barınma, temizlik, tıbbi bakım gibi temel yaşam gereksinimlerinin ihmal edilmesi, çocuğun sağlığını ve gelişimini olumsuz etkiler. Fiziksel ihmal, çocuğun büyüme ve gelişme süreçlerini duraklatabilir, bağışıklık sistemini zayıflatabilir ve sağlık sorunlarına neden olabilir (Erickson ve Egeland, 2002). Fiziksel olarak ihmal edilen çocuklar, yetişkinlikte sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirme eğiliminde olabilir ve sürekli yetersizlik duygusu yaşayabilirler.

2.4.1.4.1. Fiziksel İhmalin Türleri

Fiziksel ihmal, çocuğun yaşamını etkileyen farklı temel ihtiyaçların karşılanmaması şeklinde ortaya çıkabilir. Fiziksel ihmali oluşturan başlıca unsurlar şunlardır:

Çocuğa yeterli ve dengeli beslenme sağlanmaması, çocuğun gelişimini doğrudan etkileyen en yaygın ihmalkar davranışlardan biridir. Yetersiz beslenme, çocuklarda büyüme geriliğine, zayıf bağışıklık sistemine ve kronik sağlık sorunlarına neden olabilir (Black ve ark., 2008). Ayrıca, açlık çeken çocuklar, okulda odaklanma sorunları yaşayabilir ve akademik başarıları olumsuz etkilenebilir.

Çocuğa güvenli bir barınma ortamının sağlanmaması, çocuğun fiziksel ve psikolojik güvenliğini tehlikeye atar. Çocuğun yaşadığı evin hijyenik ve sağlıklı koşullara sahip olmaması, çocuğun sağlık sorunları geliştirmesine neden olabilir. Ayrıca, evde yeterli ısıtma, güvenlik önlemleri veya temiz içme suyu olmaması gibi sorunlar da çocuğun sağlığını tehlikeye atabilir.

Çocuğun sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılması da fiziksel ihmal kapsamına girer. Çocuğun düzenli sağlık kontrollerinin yapılmaması, aşılarının ihmal edilmesi, hastalık veya yaralanma durumlarında tıbbi yardım alınmaması çocuğun sağlık durumunu ciddi şekilde tehlikeye sokar. Özellikle aşıların ve temel sağlık kontrollerinin ihmal edilmesi, çocukta önlenabilir hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilir (Kotch ve ark., 1995).

Fiziksel ihmal, çocuğun uygun kıyafetler giymesinin sağlanmaması ve temel hijyen ihtiyaçlarının karşılanmaması şeklinde de ortaya çıkabilir. Mevsimine uygun giysi giydirilmeyen çocuklar, soğuk havalarda hastalanabilirler. Ayrıca, kişisel hijyenin ihmal edilmesi, çocuğun fiziksel sağlık sorunları yaşamasına yol açabilir ve sosyal ilişkilerinde dışlanma riskini artırabilir.

2.4.1.4.2. Fiziksel İhmalin Psikolojik ve Sosyal Sonuçları

Fiziksel ihmal sadece çocuğun fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal gelişimini de olumsuz etkiler. Fiziksel ihmalin çocuklar üzerindeki psikolojik ve sosyal etkileri şunlardır:

Fiziksel ihmal, çocuğun kendine olan güvenliğini zedeler. İhmal edilen çocuklar, ebeveynlerinin kendilerine yeterince ilgi ve bakım göstermediğini fark ederler ve bu durum, çocuklarda değersizlik duygusuna yol açabilir. Ebeveynlerinden yeterli bakım ve ilgi görmeyen çocuklar, kendilerini değersiz hisseder ve başkalarına karşı da güvensizlik geliştirebilirler (Twardosz ve Lutzker, 2010).

Fiziksel ihmale maruz kalan çocuklar, duygusal olarak güvende hissetmedikleri için davranışsal sorunlar gösterebilirler. İhmal edilen çocuklar, okulda disiplin problemleri yaşayabilir, aşırı saldırgan ya da içe kapanık olabilirler. Ayrıca, akademik performansları da fiziksel ihmalin bir sonucu olarak düşebilir (Kotch ve ark., 1995).

Fiziksel ihmal, çocuğun sosyal becerilerinin gelişimini olumsuz etkiler. İhmal edilen çocuklar, diğer insanlarla sağlıklı sosyal ilişkiler kurmada zorlanabilirler. Kendilerine yeterli ilgi gösterilmediği için başkalarıyla duygusal bağ kurmakta güçlük çekebilirler. Ayrıca, yetersiz beslenme ve hijyen eksikliği nedeniyle dışlanma ve zorbalığa maruz kalabilirler.

Ebeveynleri tarafından fiziksel olarak ihmal edilen çocuklar, güvenli bir bağlanma ilişkisi geliştiremezler. Çocuğun bakım verenle kurduğu bağ, güvenli bir temel oluşturmadığında, çocuk ilerleyen yaşlarda sağlıklı ilişkiler kurmakta zorlanabilir. Bu çocuklar, aşırı bağımlı ya da duygusal olarak mesafeli olabilirler (Erickson ve Egeland, 2002).

2.4.1.4.3. Fiziksel İhmalin Uzun Vadeli Etkileri

Fiziksel ihmalin uzun vadeli etkileri, çocukların yetişkinlik dönemlerine kadar sürebilir. Bu tür ihmal, çocukların hem fiziksel hem de duygusal gelişimlerini kalıcı olarak etkileyebilir:

Fiziksel ihmal, çocukların büyüme ve gelişim süreçlerini olumsuz etkileyebilir. Özellikle yeterli beslenme ve sağlık hizmetlerine erişimin olmaması, çocukların büyüme geriliği ve gelişimsel gecikmeler yaşamalarına neden olabilir. Bu çocuklar, yaşitlarına kıyasla daha zayıf fiziksel ve zihinsel gelişim gösterebilirler (Black ve ark., 2008).

Fiziksel ihmal, çocuklarda uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açabilir. Yetersiz beslenme, hijyen eksikliği ve tıbbi bakımın ihmal edilmesi, çocukların kronik sağlık problemleri geliştirme riskini artırır. Bağışıklık sistemi zayıf olan çocuklar, sık sık hastalanabilir ve bu durum yetişkinlikte de devam edebilir.

Fiziksel ihmalin psikolojik etkileri, çocukların yetişkinlik dönemine kadar sürebilir. Düşük özsaygı, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikolojik sorunlar, ihmal edilen çocuklarda daha yaygın olarak görülür. İhmalin yarattığı duygusal boşluk, bireylerin yaşam boyu sürececek bir güven eksikliği ve depresif eğilimler geliştirmelerine neden olabilir (Twardosz ve Lutzker, 2010).

Fiziksel ihmal, çocukların yetişkinlikte riskli davranışlar sergileme olasılığını artırır. İhmal edilen çocuklar, madde bağımlılığı, suç işleme ve anti-sosyal davranışlar gibi riskli

eylemlerde bulunabilirler. Bu davranışlar, çoğunlukla çocukluk döneminde yaşanan ihmalkar tutumların bir sonucu olarak ortaya çıkar (Widom, 1999).

2.4.1.5. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğun sevgi, şefkat, ilgi ve duygusal destek gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır. Duygusal olarak ihmal edilen çocuklar, duygusal güvenlikten yoksun büyürler ve bu durum, ilerleyen yaşlarda duygusal düzenleme becerilerinde ciddi sorunlara yol açabilir. Duygusal ihmal, çocuğun sağlıklı bir benlik algısı geliştirmesini engelleyerek, özgüven sorunlarına ve bağımlı kişilik bozukluğu gibi rahatsızlıklara neden olabilir (Spinazzola ve ark., 2014). Bu çocuklar, ileriki yaşlarda başkalarıyla duygusal bağlar kurmada güçlük çekebilir ve yalnızlık hissiyle baş edemeyebilirler.

2.4.1.5.1. Duygusal İhmalin Belirtileri

Duygusal ihmal, fiziksel belirtiler göstermese de, çocuğun davranışları ve duygusal durumu üzerinden tespit edilebilir. Duygusal ihmale maruz kalan çocuklar, genellikle aşağıdaki belirtileri gösterirler:

Duygusal ihmal yaşayan çocuklar, çevrelerinden geri çekilir ve sosyal ortamlarda içe kapanık davranabilirler. Bu çocuklar, duygusal olarak kendilerini ifade etmekte zorlanabilirler ve başkalarıyla yakın ilişkiler kurmada güçlük çekebilirler.

Duygusal olarak ihmal edilen çocuklar, sevgi ve ilgi görme ihtiyacıyla başkalarına aşırı bağımlı hale gelebilirler. Bu çocuklar, sürekli olarak onay arayışı içinde olabilir ve başkalarının onayına dayanarak kendilerini değerli hissedebilirler (Mennen ve Trickett, 2011).

Duygusal ihmale maruz kalan çocuklar, genellikle depresyon, hüznün ve kaygı belirtileri gösterirler. Bu çocuklar, sürekli olarak sevilmediklerini ve değer görmediklerini hissedebilirler. Bu durum, onların sürekli bir kaygı ve hüznün içinde yaşamalarına yol açabilir.

Duygusal olarak ihmal edilen bazı çocuklar, düşük özsaygı ve çaresizlik hissi nedeniyle kendine zarar verme davranışlarına başvurabilirler. Ayrıca, bu çocuklar ilerleyen yaşlarda intihar düşünceleri geliştirme riski taşıyabilirler (Kaplan ve ark., 1999).

Duygusal ihmal, çocuklarda davranışsal sorunlara da yol açabilir. Duygusal destek ve rehberlik eksikliği yaşayan çocuklar, okulda disiplin sorunları yaşayabilir, aşırı agresif ya da asi davranışlar sergileyebilirler. Bu çocuklar, öfke ve hayal kırıklıklarını uygun bir şekilde ifade edemedikleri için, agresif ya da yıkıcı davranışlar gösterebilirler.

2.4.1.5.2. Duygusal İhmalin Psikolojik Etkileri

Duygusal ihmal, çocukların ruhsal sağlığı üzerinde ciddi ve kalıcı etkiler yaratabilir. Bu tür ihmal, çocuğun duygusal gelişimini zayıflatır ve yetişkinlik döneminde de sürebilecek psikolojik sorunların gelişmesine zemin hazırlar:

Duygusal ihmale maruz kalan çocuklar, kendilerini değersiz ve sevmeye layık olmayan bireyler olarak görme eğilimindedirler. Ebeveynleri tarafından yeterince ilgi ve sevgi göremeyen çocuklar, düşük özsaygı geliştirirler ve kendilerine yönelik olumsuz inançlar taşırlar. Bu durum, onların özgüven eksikliği yaşamalarına ve sosyal ortamlarda çekingen olmalarına neden olabilir (Erickson ve Egeland, 2002).

Duygusal olarak ihmal edilen çocuklar, güvenli bir bağlanma ilişkisi geliştiremezler. Ebeveynleri tarafından duygusal olarak ihmal edilen çocuklar, başkalarıyla güvenli ve sağlam ilişkiler kurmada zorlanabilirler. Bu durum, çocukların ilerleyen yaşlarda ya aşırı bağımlı ya da duygusal olarak mesafeli olmalarına yol açabilir (Bowlby, 1980).

Duygusal ihmal, çocuğun duygularını düzenleme becerisini zayıflatır. İhmal edilen çocuklar, duygusal tepkilerini uygun bir şekilde kontrol etmekte zorlanabilirler ve bu da duygusal dalgalanmalara, ani öfke patlamalarına ya da aşırı üzüntü tepkilerine yol açabilir (Shipman ve ark., 2007).

Duygusal ihmal, çocuklarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının gelişmesine neden olabilir. Yetersiz sevgi, ilgi ve duygusal destek gören çocuklar, kendilerini yalnız ve umutsuz hissedebilirler. Bu da ilerleyen yaşlarda depresyon ve kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir (Spinazzola ve ark., 2014).

2.4.1.5.3. Duygusal İhmalin Sosyal Etkileri

Duygusal ihmal, çocuğun sosyal gelişimini de olumsuz etkiler. Bu çocuklar, sosyal ilişkilerde zorluk çekebilirler ve sağlıklı bir şekilde başkalarıyla bağ kurmakta güçlük yaşayabilirler:

Duygusal olarak ihmal edilen çocuklar, başkalarına güvenmekte zorlanabilirler. Bu çocuklar, kendilerine yakın olan kişilere bile güven duymayabilir ve sosyal ortamlardan kaçınabilirler. Bu durum, sosyal izolasyona ve yalnızlığa yol açabilir (Mennen ve Trickett, 2011).

Duygusal ihmal, çocukların sağlıklı ilişkiler geliştirme kapasitelerini zayıflatır. Bu çocuklar, ilerleyen yaşlarda romantik ilişkilerde veya arkadaşlık ilişkilerinde sürekli olarak duygusal sorunlar yaşayabilirler. Bağlanma ve güven eksikliği, bu bireylerin ilişki kurarken sürekli endişe hissetmelerine ve ilişkilerini sürdürmekte zorluk çekmelerine neden olabilir (Bowlby, 1980).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada betimsel tarama ve ilişkisel tarama yöntemlerinden yararlanılmıştır. Betimsel tarama modeli, araştırma alanında genellikle bir grup veya popülasyon hakkında betimsel (tanımlayıcı) veriler toplamak için kullanılan bir nicel araştırma yöntemidir. Bu model, mevcut durumun nasıl olduğunu anlamaya, belirli özellikleri, tutumları, davranışları veya demografik bilgileri tanımlamaya odaklanır. Betimsel tarama modelinde, genellikle anketler, anketler ve mevcut veri kaynaklarını kullanarak veri toplanmaktadır. Bu yöntem, büyük bir örneklemi kapsayabilir ve sonuçlar genellikle genel popülasyona genellenebilir. Araştırma, kesitsel veya boylamsal olabilir; kesitsel çalışmalarda tek bir zamanda veya belirlenmiş kısa zaman aralığında veri toplanırken, boylamsal çalışmalar uzun zaman aralıklarında toplanan verilerle gerçekleştirilmektedir. Toplanan veriler, istatistiksel analizler aracılığıyla işlenmektedir. Bu analizler, frekanslar, yüzdelere, ortalama ve standart sapmalar gibi temel istatistiksel yaklaşımlar olmaktadır.

Betimsel tarama modelinin amacı, araştırma sorularına yanıt vermek ve araştırma konusu hakkında ayrıntılı bir tanımlama sağlayabilmektir. Betimsel tarama modelinin bir sınırlaması, neden-sonuç ilişkilerini belirleyememesidir; bu model yalnızca mevcut durumu tanımlar. Ayrıca, veri toplama araçlarının güvenilirliği ve geçerliliği, araştırmanın kalitesini önemli ölçüde etkiler. Örneklemin temsil edilebilirliği de, sonuçların genelleştirilebilirliği için kritik öneme sahiptir (Karasar, 2012).

İlişkisel tarama modeli, nicel araştırma yöntemleri içinde, değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek ve analiz etmek için kullanılmaktadır. Bu model, iki veya daha fazla değişken arasındaki bağlantıları, etkileşimleri ve ilişkileri keşfetmeyi amaçlamaktadır. Amacı, değişkenler arasındaki ilişkilerin yönünü ve şiddetini belirleyerek, aralarındaki potansiyel ilişkisel dinamikleri anlamak olarak ifade edilmektedir. Bu modelde, genellikle anketler, gözlem ve mevcut veri setleri üzerinden veri oluşturulmakta ve bu veriler korelasyon ve regresyon analizleri aracılığı ile analiz edilmektedir. İlişkisel tarama modelinde elde edilen sonuçlar, değişkenler arasındaki ilişkilerin varlığını ve bu ilişkilerin gücünü ortaya koymaktadır (Karasar, 2012).

Katılımcılar

Tablo 3.1. Katılımcıların Genel Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Değişkenler	Gruplar	N	%
Yaş	21-35	98	18,1
	36-42	178	33,0
	43-50	168	31,1
	51+	96	17,8
Cinsiyet	Kadın	509	94,3
	Erkek	31	5,7
Medeni Durum	Evli	404	74,8
	Bekar	63	11,7
	Boşanmış	73	13,5
Çocuk var mı?	Var	430	79,6
	Yok	110	20,4
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	118	21,9

	2 Çocuk	204	37,8
	3 Çocuk	108	20,0
	Çocuğu yok	110	20,4
Eğitim Durumu	İlkokul Mezun	46	8,5
	Ortaokul Mezun	49	9,1
	Lise Mezun	184	34,1
	Üniversite Mezun	220	40,7
	Lisansüstü Mezun	41	7,6
Meslek	Çalışmıyor (işten ayrılmış)	79	14,6
	Ev hanımı	188	34,8
	Memur	73	13,5
	Ücretli özel sektör çalışanı	97	18,0
	Emekli	71	13,1
	İş sahibi	32	5,9
Ekonomik Durum	Düşük	49	9,1
	Düşük-orta	98	18,1
	Orta	275	50,9
	Orta-yüksek ve yüksek	118	21,9
Yaşadığı Yer	Büyükşehir ve Yurtdışı	251	46,5
	Şehir	182	33,7
	İlçe-Köy	107	19,8
Aile Tipi	Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)	354	65,6
	Geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)	143	26,5
	Diğer (parçalanmış aile.)	43	8,0
Üvey Anne Baba	Yok	530	98,1
	Üvey anne	10	1,9

Tablo 3.1. verileri incelendiğinde, Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, %18,1'inin 21-35 yaş aralığında, %33,0'ının 36-42 yaş aralığında, %31,1'inin 43-50 yaş aralığında ve %17,8'inin 51 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür.

Cinsiyet dağılımına bakıldığında, katılımcıların %94,3'ünün kadın ve %5,7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların dağılım medeni durum açısından değerlendirildiğinde, %74,8'inin evli, %11,7'sinin bekar ve %13,5'inin boşanmış olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde, %79,6'sının çocuk sahibi olduğu, %20,4'ünün ise çocuk sahibi olmadığı görülmüştür.

Çocuk sayısı bakımından, %21,9'unun 1 çocuk, %37,8'inin 2 çocuk, %20,0'sinin 3 çocuk sahibi olduğu ve %20,4'ünün çocuğu olmadığı anlaşılmıştır.

Eğitim durumu incelendiğinde, katılımcıların %8,5'inin ilkokul mezunu, %9,1'inin ortaokul mezunu, %34,1'inin lise mezunu, %40,7'sinin üniversite mezunu ve %7,6'sının lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir.

Meslek durumlarına göre dağılım incelendiğinde, %14,6'sının çalışmadığı (işten ayrılmış), %34,8'inin ev hanımı olduğu, %13,5'inin memur, %18,0'inin ücretli özel sektör çalışanı, %13,1'inin emekli ve %5,9'unun iş sahibi olduğu görülmüştür.

Ekonomik durum açısından katılımcılar değerlendirildiğinde, %9,1'inin düşük, %18,1'inin düşük-orta, %50,9'unun orta ve %21,9'unun orta-yüksek ve yüksek ekonomik duruma sahip olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yer açısından katılımcıların %46,5'inin büyükşehir veya yurtdışında, %33,7'sinin şehirde ve %19,8'inin ilçe veya köyde yaşadığı tespit edilmiştir.

Aile tipi incelendiğinde, %65,6'sının çekirdek aile (anne-baba-kardeşler), %26,5'inin geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar) ve %8,0'inin diğer (parçalanmış aile) olduğu belirlenmiştir.

Üvey anne veya baba durumu açısından, katılımcıların %98,1'inin üvey anne veya babası olmadığı, %1,9'unun ise üvey anneye sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların ruhsal ve fiziksel sağlık geçmişlerine ilişkin demografik özellikleri ise ayrı olarak Tablo 3.2 ile verilmiştir.

Tablo 3.2. Katılımcıların Ruhsal ve Fiziksel Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Gruplar	N	%
İntihar Girişimi	Olmadı	429	79,5
	Oldu	111	20,6
Ailede İntihar Girişimi	Yok	460	85,2
	Var	80	14,8
Uyuşturucu alkol Sigara Kullanımı	Hiçbirini kullanmıyor	291	53,9
	Sadece sigara kullanıyor	220	40,7
	Sadece alkol kullanıyor	29	5,4
Kendine Zarar Verme	Hayır	442	81,9
	Evet	98	18,1
Ruhsal Hastalık	Hayır	341	63,1
	Evet	199	36,9
Ailede Ruhsal Hastalık	Hayır	330	61,1
	Evet	210	38,9
Çocuklukta Cinsel Tacize Maruz Kalma	Hayır	321	59,4
	Evet	219	40,6
Çocuklukta Cinsel Davranışa Zorlanma	Hayır	408	75,6
	Evet	132	24,4
Çocuklukta Cinsel İstismar	Hayır	403	74,6
	Evet	137	25,4
Psikiyatrik Tedavi Geçmişi	Görmedim	253	46,9
	Gördüm/Görüyorum	287	53,1
Psikoterapi Geçmişi	Hayır	368	68,1
	Evet	172	31,9
Aile Desteği Var mı?	Hayır	254	47,0
	Evet	286	53,0

Tablo 3.2. verileri incelendiğinde intihar girişimi durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların %79,5'inin intihar girişiminde bulunmadığı, %20,6'sının ise bulunduğu

tespit edilmiştir. Ailede intihar girişimi olup olmadığına bakıldığında, %85,2'sinin ailesinde intihar girişimi bulunmadığı, %14,8'inin ise bulunduğu görülmüştür.

Uyuşturucu, alkol ve sigara kullanımı incelendiğinde, katılımcıların %53,9'unun hiçbirini kullanmadığı, %40,7'sinin sadece sigara kullandığı ve %5,4'ünün sadece alkol kullandığı belirlenmiştir.

Kendine zarar verme durumu açısından, %81,9'unun kendine zarar vermediği, %18,1'inin ise kendine zarar verdiği tespit edilmiştir. Ruhsal hastalık durumu değerlendirildiğinde, %63,1'inin ruhsal hastalığı olmadığı, %36,9'unun ise ruhsal hastalığının olduğu anlaşılmıştır. Ailede ruhsal hastalık olup olmadığına bakıldığında, %61,1'inin ailesinde ruhsal hastalık olmadığı, %38,9'unun ise bulunduğu belirlenmiştir.

Çocuklukta cinsel tacize maruz kalma durumu incelendiğinde, %59,4'ünün cinsel tacize maruz kalmadığı, %40,6'sının ise maruz kaldığı görülmüştür. Çocuklukta cinsel davranışa zorlanma açısından, %75,6'sının böyle bir durumla karşılaşmadığı, %24,4'ünün ise karşılaştığı tespit edilmiştir. Çocuklukta cinsel istismar durumu değerlendirildiğinde, %74,6'sının cinsel istismara maruz kalmadığı, %25,4'ünün ise maruz kaldığı anlaşılmıştır.

Psikiyatrik tedavi geçmişi incelendiğinde, %46,9'unun psikiyatrik tedavi görmediği, %53,1'inin ise gördüğü veya görmekte olduğu belirlenmiştir. Psikoterapi geçmişi açısından, %68,1'inin psikoterapi almadığı, %31,9'unun ise aldığı tespit edilmiştir. Son olarak, aile desteği durumu değerlendirildiğinde, %47,0'ının aile desteği almadığı, %53,0'ının ise aile desteği aldığı görülmüştür.

3.2. Veri Toplama Araçları

Yapılan ilk görüşmede, katılımcıların yaş, eğitim, gelir, kilo, meslek, medeni durum ve ailevi özelliklerini, hastalığa ilişkin klinik geçmişlerini ve olası diğer bedensel ya da ruhsal hastalıklarını tespit edebilmek amacıyla kısa bir demografik bilgi formu sunulacaktır. Ardından Kişilik Organizasyonları envanteri, Coolidge Eksen II Tanı Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği kullanılacaktır.

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan bu formda, araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgilerinin toplanması amaçlanmaktadır.

3.2.2. Kişilik Organizasyonları Envanteri (KOREN)

Lenzenweger, Clarkin, Kernberg ve Foelsch (2001) tarafından geliştirilen, Belçika, Hollanda, Japonya, Almanya, İtalya, Brezilya ve Portekiz örneklemelerinde çalışılmış, bu ülkelerin dillerine çevrilmiş, güvenilirlik ve geçerlik işlemleri yapılan envanter, Ceran Yıldırım ve Yüksel (2021) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Uyarlama çalışmasının örneklem grubunu İstanbul Kültür Üniversitesi mensubu 280'i kadın (%66.9) ve 138'i erkek (%33) olmak üzere toplam 418 öğrenci ve öğretim üyesi oluşturmuştur. Test tekrar test güvenilirliği için ise 42 kişilik üniversite öğrencisi grubu ile çalışılmıştır.

3.2.3. Coolidge Eksen II Tanı Envanteri

Coolidge Eksen II Envanteri Plus Türkçe Formu (CATI+TR), Bilge (2018) tarafından geliştirilen 78 maddelik kısaltılmış CATI+TR-KF formu ile, özgün 250 maddelik uzun formdan daha güçlü psikometrik özellikler sunmaktadır. Bu yeni form, DSM-5 kişilik bozukluklarını daha kısa sürede ölçme kapasitesine sahiptir. Araştırma iki farklı örneklem grubuyla gerçekleştirilmiştir. Bunlardan birisi 648 kişilik genel toplum örnekleme (%49.8 erkek, %50.2 kadın, yaş ortalaması 34.89 ± 11.08) ve ikincisi ise 138 kişilik klinik örneklem (%35.5 erkek, %64.5 kadın, yaş ortalaması 31.01 ± 10.03) olarak bildirilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği, 43 kişilik bir öğrenci grubuyla yapılan uygulamada .77 ile .89 arasında değişen güvenilirlik katsayıları ile doğrulanmıştır. Ölçeğin temel bileşenler analizinde yapılan varimax döndürmesi, toplam varyansın %64.6'sını açıklayan iki faktörlü bir yapı ortaya koymuştur.

Bu araştırmada yapılan faktör analizi neticesinde ölçek orjinaline uygun olarak 10 faktörlü yapı kullanılmış ve A, B ve C tipi kişilik yapısının tamamı değerlendirmeye alınmıştır. Boyutlara ilişkin yapılan güvenilirlik analizi neticesinde “Bağımlı” ve “Histrionik” boyutlarının güvenilirlik katsayıları, 500 altında olduğundan araştırmaya dahil edilmemişlerdir.

3.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen 70 maddelik bu ölçek, aynı araştırmacılar tarafından 28 maddeye indirilmiştir (Bernstein ve ark., 1994; Bernstein ve ark., 2003). Ölçek, 1996 yılında Şar ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeği olan bu ölçek, çocukluk dönemindeki duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve sözlü şiddeti değerlendiren sorular içermektedir. Ölçek, beş faktörden oluşmaktadır: fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal (Walker ve ark., 1999). Ölçeğin her bir faktörde toplam puan vermesi ve kategorik değerlendirmesi Walker ve arkadaşları tarafından incelenmiştir. Çalışmada, sorulara ‘zaman zaman, sık, çok sık’ yanıtlarını verenler kategorik olarak kodlanmış ve istismar/ihmal gruplarına dahil edilmiştir (Tyrka ve ark., 2009).

Bu araştırmada, ölçek boyutlarını belirlemek için yapılan faktör analizi neticesinde 6 boyutlu bir yapı elde edilmiş ve bu boyutların ölçek orijinali ile tam olarak örtüştüğü görülmüştür. Faktör analizinin geçerliliğine ilişkin olarak KMO katsayısının ,945 olduğu ve Bartlett’s küresellik test değerinin ise ,000 olduğu ve bu değerlere bağlı olarak faktör yapısının oldukça güvenilir olduğu söylenebilmektedir. Elde edilen faktörler Duygusal ihmal (5,7,13,19,28), fiziksel ihmal (1,2,4,6,26), cinsel taciz (20,21,23,24,27), fiziksel taciz (9,11,12, 15,17), duygusal taciz (3,8,14,18,25) ve aşırı koruma (29,30,31,32,33) şeklinde oluşmuştur.

Duygusal ihmal ölçek varyansının %15,94’sini karşılarken cinsel taciz ile birlikte %27,96’sını karşılamaktadırlar. Fiziksel taciz ile birlikte üç model %38,79’unu, fiziksel ihmal de dahil edildiğinde dört faktör toplam varyansın %49,36’sını ve aşırı koruma ile duygusal ihmal de dahil olduğunda 6 faktör toplam varyansın %68,77’sini karşılamaktadırlar.

BÖLÜM 4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle araştırma değişkenlerinin betimsel istatistikleri daha sonra ise araştırma hipotezlerinin test edilmesi sonucu elde edilen bulgular sunulmuştur.

4.1. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Bulgular

Araştırmada yer verilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin alt boyutlarına yönelik betimsel istatistiklere Tablo 4.3'te yer verilmiştir.

Tablo 4.1

Araştırma Değişkenleri İçin Ort. Standart Sapma, Çarpıklık, Basıklık ve İç Tutarlılık Değerleri

Değişken Alt Boyutları	Ort.	Ss.	Çarpıklık	Basıklık	A
Kişilik Özellikleri					
Borderline	2,1051	,66655	,345	-,509	,812
Obs. Komp.	2,4658	,57067	-,181	-,224	,737
Çocukluk Çağı Travmaları					
Fiziksel İhmal	3,5681	,63059	-,909	,566	,861
Duygusal İhmal	3,0144	1,08195	,027	-,857	,877
Duygusal Taciz	2,0619	1,02421	1,011	,220	,887
Fiziksel Taciz	1,4985	,73183	1,022	1,043	,841
Cinsel Taciz	1,4541	,76948	,965	1,012	,920
Aşırı Koruma	2,8341	,78153	,279	,679	,676

Tablodaki tüm çarpıklık ve basıklık değerleri +2 ile -2 aralığında yer aldığı için, tüm değişkenler normal dağılım sınırları içinde yer almaktadır. Bu durum, verilerin parametrik istatistiksel analizler için uygun olduğunu ve dağılımlarında aşırı uçlar olmadığını göstermektedir.

4.2. Birinci Hipoteze İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, cinsiyete göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerindeki farklılaşma durumu incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo ..da sunulmuştur.

Tablo 4.2

Cinsiyete Göre Borderline ve Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri İle Çocukluk Çağı Travmalarındaki Farklılaşma Düzeyine İlişkin Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	Ort.	SS	Sd	t	p
Borderline	Kadın	509	2.11	.66	538	2.08	.038
	Erkek	31	1.86	.67			
Obsesif Kompulsif	Kadın	509	2.47	.56	538	1.51	.131
	Erkek	31	2.31	.67			
Fiziksel İhmal	Kadın	508	3.56	.63	537	-.46	.641
	Erkek	31	3.61	.59			
Duygusal İhmal	Kadın	509	2.99	1.07	538	-1.67	.095
	Erkek	31	3.32	1.10			
Duygusal İstismar	Kadın	509	2.07	1.02	538	.81	.415
	Erkek	31	1.91	1.08			
Fiziksel İstismar	Kadın	509	1.49	.73	538	.11	.909
	Erkek	31	1.48	.68			
Cinsel İstismar	Kadın	509	1.47	.78	538	2.53	.012
	Erkek	31	1.11	.30			

Tabloda sunulan bulgular incelendiğinde, cinsiyete göre borderline kişilik özelliklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(538)} = 2.08, p = .038$). Bu fark, kadınların borderline özelliklerinin erkeklere göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Obsesif Kompulsif kişilik özelliklerinde cinsiyete göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($t_{(538)} = 1.51, p = .131$).

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları incelendiğinde cinsel istismar boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t_{(538)} = 2.53, p = .012$). Bu fark, kadınların cinsel istismar düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Fiziksel ihmal ($t_{(537)} = -0.46, p = .641$), duygusal ihmal ($t_{(538)} = -1.67, p = .095$), duygusal istismar ($t_{(538)} = 0.81, p = .415$) ve fiziksel istismar ($t_{(538)} = 0.11, p = .909$) boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

4.3. İkinci Hipoteze İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, yaş gruplarına göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerindeki farklılaşma durumu incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3

Yaş Gruplarına Göre Borderline ve Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri İle Çocukluk Çağı Travmalarındaki Farklılaşma Düzeyine İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	N	Ortalama	Ss.	Sd	F	p	Scheffe
Borderline Kişilik Özellikleri	1) 21-35	98	2.41	.72	3-536	23.44	.000	2>3, 2>4 4<3, 4<2, 4<1,
	2) 36-42	178	2.23	.64				
	3) 43-50	168	1.99	.60				
	4) 51+	96	1.73	.54				
	Toplam	540	2.10	.66				
Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri	1) 21-35	98	2.62	.58	3-536	12.11	.000	4<3, 4<2, 4<1,
	2) 36-42	178	2.56	.50				
	3) 43-50	168	2.41	.57				
	4) 51+	96	2.20	.57				
	Toplam	540	2.46	.57				
Fiziksel İhmal	1) 21-35	98	3.67	.53	3-536	2.07	.102	
	2) 36-42	178	3.50	.67				
	3) 43-50	168	3.53	.65				
	4) 51+	95	3.62	.57				
	Toplam	539	3.56	.63				
Duygusal İhmal	1) 21-35	98	3.15	1.131	3-536	2.70	.045	
	2) 36-42	178	2.89	1.054				
	3) 43-50	168	2.93	1.019				
	4) 51+	96	3.22	1.15				
	Toplam	540	3.01	1.08				
Duygusal Taciz	1) 21-35	98	2.27	1.14	3-536	5.30	.000	4<2, 4<1,
	2) 36-42	178	2.12	1.06				
	3) 43-50	168	2.06	.99				
	4) 51+	96	1.71	.78				
	Toplam	540	2.06	1.02				
Fiziksel Taciz	1) 21-35	98	1.51	.68	3-536	3.75	.11	4<2
	2) 36-42	178	1.62	.82				
	3) 43-50	168	1.43	.70				
	4) 51+	96	1.34	.59				
	Toplam	540	1.49	.73				
Cinsel Taciz	1) 21-35	98	1.47	.78	3-536	3.56	.014	4<2
	2) 36-42	178	1.54	.85				
	3) 43-50	168	1.47	.80				
	4) 51+	96	1.23	.42				
	Toplam	540	1.45	.76				

Yaş gruplarına göre borderline kişilik özelliklerindeki farklılaşmayı incelemeye yönelik tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Yaş gruplarına göre borderline kişilik özelliklerinde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur $F_{(3, 536)} = 23.44, p = .001$. Scheffé testi ile yapılan çoklu karşılaştırmalar, 21-35 yaş grubunun (Ort. = 2.41, SS = 0.72), 43-50 yaş grubuna (Ort. = 1.99, SS = 0.60) göre, ve 36-42 yaş grubunun (Ort. = 2.23, SS = 0.64) 51+ yaş grubuna (Ort. = 1.73, SS = 0.54) göre anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermiştir.

Yaş gruplarının obsesif-kompulsif kişilik özellikleri üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur ($F_{(3, 536)} = 12.11, p = .001$). Scheffé testi, 43-50 yaş grubu (Ort. = 2.46, SS = 0.57) ve 36-42 yaş grubunun (Ort. = 2.56, SS = 0.50) 51+ yaş grubuna (Ort. = 2.20, SS = 0.57) göre anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermiştir.

Fiziksel ihmal puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $F_{(3, 536)} = 2.07, p = .102$. Yaş gruplarının duygusal ihmal üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur, $F_{(3, 536)} = 2.70, p = .045$. Scheffé testi sonuçları, 36-42 yaş grubunun (Ort. = 2.89, SS = 1.054) duygusal ihmal puanlarının, 21-35 yaş grubuna (Ort. = 3.15, SS = 1.131) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Yaş gruplarının duygusal istismar üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur, $F_{(3, 536)} = 5.30, p = .001$. Scheffé testi ile yapılan çoklu karşılaştırmalar, 51+ yaş grubunun (Ort. = 1.71, SS = 0.78), 21-35 yaş grubuna (Ort. = 2.27, SS = 1.14), 36-42 yaş grubuna (Ort. = 2.12, SS = 1.06) ve 43-50 yaş grubuna (Ort. = 2.06, SS = 0.99) göre anlamlı olarak daha düşük duygusal istismar puanlarına sahip olduğunu göstermiştir.

Fiziksel istismar puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur, $F_{(3, 536)} = 3.75, p = .011$. Scheffé testi, 21-35 yaş grubunun (Ort. = 1.51, SS = 0.68) 43-50 yaş grubuna (Ort. = 1.43, SS = 0.70) göre anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermiştir.

Son olarak, cinsel istismar puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur, $F_{(3, 536)} = 3.56, p = .014$. Scheffé testi sonuçları, 21-35 yaş grubunun (Ort. = 1.47, SS = 0.78) 36-42 yaş grubuna (Ort. = 1.28, SS = 0.65) göre anlamlı olarak daha yüksek cinsel istismar puanlarına sahip olduğunu göstermiştir.

Analiz sonuçlarına genel olarak bakıldığında genç bireyler (21-35 yaş) daha yüksek borderline ve obsesif-kompulsif özellikler puanlarına ve duygusal ile cinsel istismar

puanlarına sahipken, daha yaşlı bireyler (özellikle 51+) bu özelliklerde ve istismar türlerinde daha düşük puanlar bildirmektedir.

4.4. Üçüncü Hipoteze İlişkin Bulgular

Araştırmanın üçüncü hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, eğitim durumuna göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerindeki farklılaşma durumu incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4

Eğitim Durumuna Göre Borderline ve Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri İle Çocukluk Çağı Travmalarındaki Farklılaşma Düzeyine İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	N	Ortalama	Ss.	Sd	F	p	Scheffe
Borderline Kişilik Özellikleri	1) İlkokul	46	2.07	.67	4-535	1.18	.316	
	2) Ortaokul	49	2.24	.70				
	3) Lise	184	2.09	.65				
	4) Lisans	220	2.11	.67				
	5) Lisansüstü	41	1.94	.65				
	Toplam	540	2.10	.66				
Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri	1) İlkokul	46	2.46	.61	4-535	.97	.418	
	2) Ortaokul	49	2.58	.56				
	3) Lise	184	2.43	.54				
	4) Lisans	220	2.48	.56				
	5) Lisansüstü	41	2.37	.67				
	Toplam	540	2.46	.57				
Fiziksel İhmal	1) İlkokul	46	3.16	.68	4-535	18.40	.000	5>1, 5>2, 5>3 4>1, 4>2, 4>3

	2)	49	3.19	.69				
	Ortaokul							
	3) Lise	184	3.49	.63				
	4) Lisans	220	3.75	.53				
	5)	40	3.84	.42				
	Lisansüstü							
	Toplam	539	3.56	.63				
Duygusal İhmal	1) İlkokul	46	2.66	1.01	4-535	3.88	.004	5>1, 4>1, 4>2, 4>3
	2)	49	2.76	1.17				
	Ortaokul							
	3) Lise	184	2.92	1.05				
	4) Lisans	220	3.18	1.08				
	5)	41	3.19	.98				
	Lisansüstü							
	Toplam	540	3.01	1.08				
Duygusal Taciz	1) İlkokul	46	2.32	1.05	4-535	1.25	.285	
	2)	49	1.93	.98				
	Ortaokul							
	3) Lise	184	1.99	.96				
	4) Lisans	220	2.10	1.07				
	5)	41	2.01	1.01				
	Lisansüstü							
	Toplam	540	2.06	1.02				
Fiziksel Taciz	1) İlkokul	46	1.68	.90	4-535	3.20	.013	5<1,5<3
	2)	49	1.47	.51				
	Ortaokul							
	3) Lise	184	1.59	.83				
	4) Lisans	220	1.42	.64				
	5)	41	1.27	.56				
	Lisansüstü							
	Toplam	540	1.49	.73				
Cinsel Taciz	1) İlkokul	46	1.35	.51	4-535	1.24	.292	
	2)	49	1.57	.91				
	Ortaokul							

3) Lise	184	1.51	.87
4) Lisans	220	1.41	.69
5) Lisansüstü	41	1.32	.62
Toplam	540	1.45	.76

Eğitim durumuna göre borderline ve obsesif kompulsif kişilik özelliklerindeki farklılaşmaya ilişkin olarak yapılan analizin sonuçlarına göre, gruplar arasında borderline kişilik özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(4,535)} = 1.18, p = .316$). Eğitim düzeyi, borderline kişilik özelliklerini anlamlı şekilde etkilememektedir.

Gruplar arasında obsesif kompulsif kişilik özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(4,535)} = 0.97, p = .418$). Eğitim düzeyinin bu özellik üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

Fiziksel ihmal açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F_{(4,535)} = 18.40, p = .000$). Post-hoc Scheffe testine göre; lisansüstü ($M=3.84$) olan bireylerin fiziksel ihmal düzeyi ilkököl ($M=3.16$), ortaokul ($M=3.19$) ve lise mezunlarına ($M=3.49$) kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin fiziksel ihmal ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Duygusal ihmal açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F_{(4,535)} = 3.88, p = .004$). Post-hoc Scheffe testine göre; lisansüstü mezunlar ($M=3.19$) ilkököl ($M=2.48$), ortaokul ($M=2.76$) ve lise mezunlarına ($M=2.92$) kıyasla daha yüksek duygusal ihmal puanlarına sahiptir.

Duygusal istismar açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($F_{(4,535)} = 1.25, p = .285$). Eğitim düzeyi duygusal istismar üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Fiziksel istismar açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F_{(4,535)} = 3.20, p = .013$). Post-hoc Scheffe testine göre; ilkököl mezunları ($M=1.68$) lisansüstü ($M=1.27$) ve lise mezunlarına ($M=1.42$) göre daha yüksek fiziksel istismar düzeyine sahiptir. Eğitim düzeyi arttıkça fiziksel istismar puanları azalmaktadır.

Cinsel istismar açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($F_{(4,535)} = 1.24, p = .292$). Eğitim düzeyi cinsel istismar puanlarını anlamlı şekilde etkilememektedir.

Tabloda yer alan bulgular, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve fiziksel istismar değişkenlerinin eğitim düzeyine göre farklılaştığını göstermektedir. Ancak borderline kişilik, obsesif kompulsif özellikler, duygusal istismar ve cinsel istismar değişkenlerinde eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

4.5. Dördüncü Hipoteze İlişkin Bulgular

Araştırmanın dördüncü hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, medeni duruma göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerindeki farklılaşma durumu incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5

Medeni Duruma Göre Borderline, Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri İle Çocukluk Çağı Travmalarındaki Farklılaşma Düzeyine İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	N	Ortalama	Ss.	Sd	F	p	Scheffe
Borderline Kişilik Özellikleri	1) Evli	404	2.08	.64	2-537	2.89	.056	
	2) Bekar	63	2.29	.71				
	3) Boşanmış	73	2.04	.70				
	Toplam	540	2.10	.66				
Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri	1) Evli	404	2.46	.55	2-537	2.40	.091	
	2) Bekar	63	2.57	.58				
	3) Boşanmış	73	2.36	.61				
	Toplam	540	2.46	.57				
Fiziksel İhmal	1) Evli	403	3.59	.60	2-537	3.65	.027	2>3, 1>3
	2) Bekar	63	3.60	.67				
	3) Boşanmış	73	3.38	.72				
	Toplam	539	3.56	.63				
Duygusal İhmal	1) Evli	404	3.05	1.07	2-537	2.32	.099	
	2) Bekar	63	3.06	1.16				

	3) Boşanmış	73	2.76	1.03				
	Toplam	540	3.01	1.08				
Duygusal İstismar	1) Evli	404	2.00	1.00	2-537	2.79	.062	
	2) Bekar	63	2.21	1.15				
	3) Boşanmış	73	2.26	.99				
	Toplam	540	2.06	1.02				
Fiziksel İstismar	1) Evli	404	1.46	.68	2-537	3.93	.020	3>1, 3>2
	2) Bekar	63	1.45	.64				
	3) Boşanmış	73	1.72	.97				
	Toplam	540	1.49	.73				
Cinsel İstismar	1) Evli	404	1.40	.70	2-537	3.65	.026	3>1
	2) Bekar	63	1.56	.91				
	3) Boşanmış	73	1.63	.92				
	Toplam	540	1.45	.76				

Medeni duruma göre borderline ve obsesif kompulsif kişilik özelliklerindeki farklılaşmaya ilişkin olarak yapılan analizin sonuçlarına göre, gruplar arasında borderline kişilik özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(2,537)} = 2.89, p = .056$). Obsesif kompulsif kişilik özellikleri açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(2,537)} = 2.40, p = .091$).

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları incelendiğinde fiziksel ihmal boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark vardır $F_{(2,537)} = 3.65, p = .027$. Anlamlı farklılık bulunmuştur. Scheffe testi sonuçlarına göre 2(Bekar)>3(Boşanmış) ve 1(Evli)>3(Boşanmış) sıralaması görülmektedir. Duygusal ihmal ($F_{(2,537)} = 2.32, p = .099$) ve duygusal taciz ($F_{(2,537)} = 2.79, p = .062$) boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır Fiziksel istismar boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ($F_{(2,537)} = 3.93, p = .020$). Cinsel istismar boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ($F_{(2,537)} = 3.65, p = .026$).

4.6. Beşinci Hipoteze İlişkin Bulgular

Araştırmanın beşinci hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastaların borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6.

Borderline ve Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkilere Yönelik Pearson Korelasyon Analizi

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
1.Borderline Kişilik Özellikleri	1						
2. Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri	.699**	1					
3. Fiziksel İhmal	-.236**	-.197**	1				
4. Duygusal İhmal	-.285**	-.259**	.604**	1			
5. Duygusal İstismar	.310**	.244**	-.407**	-.642**	1		
6. Fiziksel İstismar	.276**	.151**	-.425**	-.467**	.679**	1	
7. Cinsel İstismar	.232**	.133**	-.278**	-.264**	.343**	.292**	1

Korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, borderline kişilik özellikleri ile obsesif kompulsif kişilik özellikleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=.699, p<.001$). Fiziksel ihmal ile borderline kişilik özellikleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-.236, p<.001$). Duygusal ihmal ve borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişki de negatif yönde ve anlamlıdır ($r=-.285, p<.001$). Bunun yanı sıra, duygusal istismar ile borderline kişilik özellikleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.310, p<.001$). Benzer şekilde, fiziksel istismar ($r=.276, p<.001$) ve cinsel istismar ($r=.232, p<.001$) ile borderline kişilik özellikleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Obsesif kompulsif kişilik özellikleri de benzer şekilde incelendiğinde, duygusal istismar $r=.244, p<.001$ $r=.244, p<.001$ $r=.244, p<.001$, fiziksel istismar ($r=.151, p<.001$) ve cinsel istismar ($r=.133, p<.002$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler göstermektedir. Bu bulgular, özellikle borderline ve obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin çocukluk çağı ihmal ve istismar türleriyle anlamlı derecede ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

4.7. Altıncı Hipoteze İlişkin Bulgular

Araştırmanın altıncı hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik özelliklerini yordama gücü incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7

Çocukluk Çağı Travmalarının Borderline Kişilik Özelliklerini Yordama Gücüne Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	<i>B</i>	<i>Std. Hata</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
Sabit	2.071	.227		9.127	.000
Fiziksel İhmal	-.056	.055	-.053	-1.011	.312
Duygusal İhmal	-.065	.037	-.106	-1.743	.082
Duygusal İstismar	.077	.042	.118	1.817	.070
Fiziksel İstismar	.080	.052	.088	1.551	.121
Cinsel İstismar	.106	.038	.122	2.802	.005
<i>R</i> = .363 <i>R</i> ² = .132 <i>F</i> (5-533) = 16.51 <i>p</i> = .000					

Tabloda sunulan bilgiler incelendiğinde, çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarının borderline kişilik özelliklerini yordama gücüne yönelik kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(5, 533)} = 16.151, p = .001$). Regresyon modeli, borderline kişilik özelliklerinin %13.2'sini açıklamaktadır ($R^2 = .132$).

Her bir bağımsız değişkenin etkisi incelendiğinde sadece cinsel istismarın borderline kişilik özellikleri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($B = .106, p = .005$), fiziksel ihmal ($B = -.056, p = .312$), duygusal ihmal ($B = -.065, p = .082$), duygusal istismar ($B = .077, p = .070$) ve fiziksel istismar ($B = .080, p = .121$) alt boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu bulgular, borderline kişilik özelliklerinin özellikle cinsel istismar ile ilişkili olduğunu ve bu değişkenin borderline kişilik özelliklerini anlamlı şekilde yordadığını göstermektedir.

4.8. Yedinci Hipoteze İlişkin Bulgular

Araştırmanın yedinci hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif kişilik özelliklerini yordama gücü incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8

Çocukluk Çağı Travmalarının Obsesif Kompulsif Kişilik Özelliklerini Yordama Gücüne Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	<i>B</i>	<i>Std. Hata</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
Sabit	2.728	.200		13.654	.000
Fiziksel İhmal	-.057	.049	-.063	-1.175	.240
Duygusal İhmal	-.072	.033	-.136	-2.184	.029
Duygusal İstismar	.086	.037	.154	2.309	.021
Fiziksel İstismar	-.044	.045	-.056	-.961	.337
Cinsel İstismar	.032	.033	.044	.972	.332
$R = .287$ $R^2 = .083$ $F_{(5-533)} = 9.58$ $p = .000$					

Tabloda sunulan bilgiler incelendiğinde, çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarının obsesif kompulsif kişilik özelliklerini yordama gücüne yönelik kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(5, 533)} = 9.58$, $p = .000$). Regresyon modeli, obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin %8.3'ünü açıklamaktadır ($R^2 = .083$).

Her bir bağımsız değişkenin etkisi incelendiğinde, duygusal istismar ($B = .086$, $p = .021$) ve duygusal ihmalin ($B = -.072$, $p = .029$) obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin anlamlı birer yordayıcıları olduğu, fiziksel ihmal ($B = -.057$, $p = .240$), fiziksel istismar ($B = -.044$, $p = .337$) ve cinsel istismar ($B = .032$, $p = .332$) alt boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

BÖLÜM 5. Sonuç ve Tartışma

Bu araştırmanın sonuçları, fibromiyalji tanısı konulan bireylerde borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travmalarının çeşitli demografik faktörlere göre farklılaştığını ve aralarındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır.

5.1.Birinci Hipoteze İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın birinci hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, cinsiyete göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerindeki farklılaşma durumu incelenmiştir.

Kadın fibromiyalji hastalarının borderline kişilik özellikleri açısından erkeklere göre daha yüksek puan alması, fibromiyalji hastalarının büyük kısmının kadınlardan oluştuğu ve kadınların psikolojik travmalara daha yatkın olduğu bulgularıyla örtüşmektedir. Skodol ve arkadaşlarının (2002) da belirttiği gibi, borderline kişilik bozukluğu kadınlar arasında daha yaygındır, bu da fibromiyalji hastalarında ruhsal sorunların daha yoğun yaşanabileceğini düşündürmektedir.

Ayrıca, çocukluk çağı cinsel istismar düzeylerinin kadınlarda daha yüksek olması (Pereda ve ark., 2009), fibromiyalji ile ilişkilendirilen kronik stres ve travmaların uzun vadeli fiziksel ve psikolojik etkileri ile bağlantılı olabilir. Çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin fibromiyalji hastalarında psikolojik belirtilerin şiddetini artırabileceği ve hastalığın semptomlarını kötüleştirebileceği yönünde önceki araştırmalar bulunmaktadır (Yehuda ve ark., 2001).

5.2.İkinci Hipoteze İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın ikinci hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, yaş gruplarına göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerindeki farklılaşma durumu incelenmiştir.

Fibromiyalji hastalarında genellikle depresyon, anksiyete ve kişilik özellikleriyle ilgili sorunların sık görüldüğü bilinmektedir. Araştırma sonuçlarında, genç yaş gruplarının

daha yüksek borderline ve obsesif kompulsif kişilik özelliklerine sahip olduğu bulgusu, fibromiyalji hastalarında da görülen psikolojik zorluklarla paralellik göstermektedir. Fibromiyalji hastalarında sıkça rastlanan depresyon ve anksiyete gibi semptomlar, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin daha belirgin olduğu genç yaş gruplarında daha yoğun yaşanabilir. Bununla birlikte, yaş ilerledikçe kişilik özelliklerinin durağanlaşması ve belirli kişilik bozukluğu semptomlarının azalması, fibromiyalji semptomlarının da zamanla değişebileceğine işaret edebilir (Stevenson ve Meares, 1999). Ayrıca, genç yaşlarda daha yüksek duygusal ve cinsel istismar puanlarının bulunması, fibromiyalji ile ilişkilendirilen travmatik yaşam deneyimlerinin uzun vadeli etkilerine işaret etmektedir. Fibromiyalji hastalarında erken yaşta yaşanan travmaların, kronik ağrı ve psikolojik semptomlar üzerinde önemli bir etkisi olabilir (Anda ve ark., 2006).

5.3.Üçüncü Hipoteze İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın üçüncü hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, eğitim durumuna göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerindeki farklılaşma durumu incelenmiştir.

Fibromiyalji hastalarında travma öyküsünün ve duygusal deneyimlerin hastalıkla ilişkisi sıklıkla vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, eğitim düzeyine göre fiziksel ve duygusal ihmal düzeylerindeki farklılıkların fibromiyalji hastalarındaki semptomlarla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerde daha yüksek fiziksel ve duygusal ihmal puanlarının görülmesi, fibromiyalji hastalarında geçmiş travmalara ve bu travmalara dair farkındalığın artmasına yol açabilir. Luecken ve Appelhans (2006) tarafından yapılan çalışmalar da, travmatik deneyimlerin farkındalığının eğitim düzeyi arttıkça artabileceğini ortaya koyarak bu bulgularla örtüşmektedir. Dolayısıyla, daha yüksek eğitim düzeyine sahip fibromiyalji hastalarının, geçmiş travmaları daha yoğun bir şekilde deneyimleyip, bu durumun fibromiyalji semptomlarını şiddetlendirebileceği öne sürülebilir. Ancak, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri açısından eğitim düzeyi ile anlamlı bir fark bulunmaması, fibromiyalji üzerindeki etkisinin daha çok duygusal ihmal ve farkındalık düzeyine bağlı olabileceğini göstermektedir.

5.4.Dördüncü Hipoteze İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın dördüncü hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda, medeni duruma göre, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeylerindeki farklılaşma durumu incelenmiştir.

Fibromiyalji, geçmişte yaşanan travmalarla sıkça ilişkilendirilen bir rahatsızlıktır ve bu durum, boşanmış bireylerde daha yüksek travma puanlarının bulunmasıyla da desteklenebilir. Boşanmış bireylerin, evli ve bekar bireylere kıyasla daha yüksek fiziksel ve cinsel istismar puanlarına sahip olması, onların geçmişte daha fazla travmatik deneyime maruz kalmış olabileceğini göstermektedir. Bu travmalar, yalnızca ilişkisel dinamikleri değil, aynı zamanda fibromiyalji gibi kronik ağrı sendromlarının gelişiminde de rol oynayabilir. Araştırmalar, travmanın fibromiyalji gelişiminde önemli bir etken olduğunu ve özellikle erken yaşlarda yaşanan travmaların, ileriki yaşamda kronik ağrı ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Yehuda ve ark., 2001). Ayrıca, boşanmanın da bir stres kaynağı olduğu düşünüldüğünde, bu bireylerde fibromiyalji riskinin artabileceği söylenebilir. Travma ve stres, fibromiyalji gelişiminde merkezi hassasiyet sendromlarıyla ilişkili mekanizmaları tetikleyebilir ve bu da boşanmış bireylerde fibromiyaljinin daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir.

5.5.Beşinci Hipoteze İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın beşinci hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastaların borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, fiziksel ve duygusal ihmalin borderline kişilik özellikleri ile negatif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Bu bulgu, borderline kişilik bozukluğunun temelinde çocuklukta yaşanan istismar ve ihmalin önemli rol oynadığını savunan araştırmalarla tutarlıdır. (Zanarini ve ark., 1997). Fiziksel ve duygusal ihmalin, bireylerin sağlıklı bağlanma ve duygusal düzenleme kapasitelerini olumsuz etkilediği ve bu durumun borderline kişilik bozukluğu gibi patolojilere yol açabileceği öne sürülmektedir (Fossati ve ark., 1999). Ancak, bu çalışmada elde edilen negatif yönde ilişki, fiziksel ve duygusal ihmale maruz kalan bireylerin, başa çıkma

stratejileri geliştirmiş olabileceğini veya bu travmaların borderline semptomatolojisini dolaylı olarak etkilediğini gösterebilir.

Duygusal istismarın borderline kişilik özellikleri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulgusu, bu kişilik bozukluğunun duygusal istismar ile sıkı bir şekilde ilişkili olduğuna dair literatürdeki mevcut kanıtları desteklemektedir (Hengartner ve ark., 2013). Duygusal istismarın, bireylerde aşırı duyarlılık, öfke patlamaları ve kronik boşluk duygusu gibi borderline kişilik bozukluğunun temel semptomlarını tetikleyebileceği öne sürülmüştür (Zanarini ve ark., 2000). Bu sonuçlar, erken dönem duygusal istismarın bireylerde sınır kişilik yapısına yatkınlık oluşturabileceğini destekler niteliktedir.

Fiziksel ve cinsel istismarın borderline kişilik özellikleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler göstermesi, travma literatüründe sıkça rapor edilen bulgulardan biridir. Fiziksel ve cinsel istismarın, özellikle bireylerin kendilik algısı ve ilişkilerindeki işlevselliği olumsuz etkilediği ve borderline kişilik bozukluğunun gelişimine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (Sansone ve Sansone, 2007). Bu tür travmaların etkisi, duygusal düzenleme problemleri ve güvensiz bağlanma biçimlerine yol açarak borderline kişilik özelliklerini pekiştirebilir (Herman ve ark., 1989).

Obsesif kompulsif kişilik özellikleri açısından ise, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçlar, obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerden etkilenebileceğini ileri süren araştırmalarla uyumludur (Lenthall ve ark., 2011). Duygusal ve fiziksel istismarın, bireylerde kontrol ve mükemmeliyetçilik gibi obsesif kompulsif özelliklere neden olabileceği, çünkü travmatik olayların yarattığı güvensizlik duygularının, bireylerin çevrelerini aşırı kontrol etme ihtiyacını artırdığı öne sürülmektedir (Shevlin ve ark., 2008). Ayrıca, cinsel istismarın bu kişilik özellikleri üzerindeki etkisi, bireylerin yaşadıkları travmatik deneyimlerle başa çıkmak için obsesif kompulsif stratejiler geliştirebileceğini göstermektedir.

Bu sonuçlar, çocukluk dönemi travmalarının hem borderline hem de obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin gelişiminde anlamlı rol oynadığını ortaya koymaktadır. Geçmiş literatürle uyumlu olan bu sonuçlar, klinik müdahalelerin, travma odaklı yaklaşımlarla güçlendirilmesi gerektiğini ve bu kişilik özelliklerinin altında yatan travmatik deneyimlerin göz önünde bulundurulmasının önemini vurgulamaktadır.

5.6.Altıncı Hipoteze İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın altıncı hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik özelliklerini yordama gücü incelenmiş ve cinsel istismarın borderline kişilik özellikleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Regresyon modeli, borderline kişilik özelliklerinin %13.2'sini açıklamakta ve özellikle cinsel istismarın bu kişilik özelliklerinin gelişiminde önemli bir rol oynadığı görülmektedir.

Bu sonuçlar, fibromiyalji ile ilişkilendirilerek tartışıldığında, çocukluk çağı travmalarının hem borderline kişilik özelliklerinin gelişiminde hem de fibromiyalji gibi kronik ağrı sendromlarının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynayabileceği öne sürülebilir. Fibromiyalji hastalarında travmatik yaşantıların ve psikolojik stresin yaygın olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır (Yunus, 2007). Çocukluk çağı travmaları, özellikle cinsel istismar gibi şiddetli travmalar, bireylerin hem psikolojik hem de fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir ve bu da fibromiyalji gibi rahatsızlıklara zemin hazırlayabilir.

Araştırmanın bulguları, cinsel istismarın borderline kişilik özelliklerinin gelişiminde önemli bir yordayıcı olduğunu gösterirken, bu durumun fibromiyalji hastalarında gözlemlenen yüksek psikolojik sıkıntı oranlarıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin, özellikle kronik ağrı sendromları geliştirme olasılığının daha yüksek olduğuna dair bazı araştırmalar da mevcuttur (Sansone ve Sansone, 2012). Bu bağlamda, çocukluk çağı travmaları hem kişilik bozuklukları hem de fibromiyalji gibi rahatsızlıklarla ilişkilendirilerek daha geniş bir perspektiften değerlendirilebilir.

Fibromiyalji hastalarının depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıklar yaşama olasılığı daha yüksek olduğu gibi (Arnold ve ark., 2008), çocukluk çağı travmalarının da bu rahatsızlıkların altında yatan nedenlerden biri olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, çocukluk çağı travmalarının hem borderline kişilik bozukluğu hem de fibromiyalji üzerindeki etkisini daha kapsamlı bir şekilde anlamamıza olanak tanır.

5.7.Yedinci Hipoteze İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın yedinci hipotezi kapsamında fibromiyalji tanısı konulan hastalarda çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif kişilik özelliklerini yordama gücü incelenmiş ve çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarından duygusal istismar ve duygusal ihmalin, obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin anlamlı yordayıcıları olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, önceki araştırmalarla büyük ölçüde uyumludur.

Bu araştırma sonuçları fibromiyalji ile ilişkilendirildiğinde, çocukluk çağı travmalarının hem psikolojik hem de fiziksel sağlık üzerinde uzun vadeli etkileri olduğunu desteklemektedir. Fibromiyalji hastalarında sıklıkla görülen kronik ağrı, anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri, erken dönemde yaşanan duygusal travmaların etkisiyle bağlantılı olabilir. Duygusal istismar ve ihmalin obsesif kompulsif kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcı rolü, fibromiyalji hastalarının kişilik gelişiminde travmatik yaşantıların nasıl izler bırakabileceğini göstermektedir.

Fibromiyalji ile yaşayan bireyler, genellikle yüksek düzeyde stres ve kontrol etme ihtiyacı sergilerler (Yunus, 2007). Bu bağlamda, çocukluk döneminde yaşanan duygusal travmalar, fibromiyalji hastalarının kişilik özellikleriyle birleşerek hastalığın semptomlarını daha da kötüleştirebilir. Duygusal ihmalin mükemmeliyetçi ve kontrolcü eğilimleri besleyebileceği fikri, fibromiyalji hastalarının genellikle mükemmeliyetçilik ve aşırı titizlik gibi özellikler sergilemesiyle de uyumludur (Cox ve ark., 2002). Ayrıca, fibromiyalji hastalarında depresyon ve anksiyete oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir (Arnold ve ark., 2008). Bu nedenle, obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin fibromiyalji semptomlarının yönetilmesini daha da zorlaştırabileceği düşünülebilir.

Fiziksel ve cinsel istismarın obsesif kompulsif kişilik özellikleri üzerindeki sınırlı etkisi, fibromiyalji ile ilgili yapılan önceki çalışmalarla da uyumludur. Bu bulgu, fibromiyalji hastalarında daha çok duygusal travmaların etkili olabileceğini ve bu travmaların kişinin kendilik algısı ve stresle başa çıkma stratejilerini etkileyebileceğini göstermektedir (Baer ve Minichiello, 1998).

5.8.Öneriler

5.8.1.Gelecekteki Araştırmacılara Yönelik Öneriler

1. Bu çalışmada travmalar genel olarak ele alınmış olsa da, gelecekteki araştırmalar travmaların şiddet düzeyleri ve süresi gibi faktörlerin kişilik bozuklukları üzerindeki etkilerini daha ayrıntılı inceleyebilir.
2. Çocukluk çağı travmalarının etkilerini daha iyi anlamak için boylamsal çalışmalar yapılmalıdır. Bu sayede travmaların kişilik gelişimi üzerindeki uzun vadeli etkileri daha net ortaya konabilir.
3. Araştırma sadece borderline ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları üzerinde yoğunlaşmıştır. Gelecekteki çalışmalar, diğer kişilik bozuklukları (örneğin narsisistik, antisosyal) ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkileri de inceleyebilir.
4. Fibromiyalji tanısı konulan kişilerin fiziksel ve duygusal ihmalle başa çıkma becerileri ölçülebilir.
5. Araştırma katılımcılarının büyük bir kısmı kadınlardan oluştuğu için, cinsiyet dengesizliği sonuçların genellenebilirliğini kısıtlayabilir. Bu nedenle, gelecekteki çalışmalarda kadın ve erkek katılımcı sayısının yaklaşık olarak eşit olduğu gruplar kullanılarak araştırmanın tekrarlanması önerilebilir.
6. Fibromiyalji tanısı konulan kişilerin fiziksel ve duygusal ihmalle başa çıkma becerileri ölçülebilir.

5.8.2.Klinisyenlere Yönelik Öneriler

1. Bu araştırma, borderline ve obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin özellikle çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Klinik psikologlar, bu tür bozuklukların tedavisinde travma odaklı terapi yöntemlerini kullanarak hastaların geçmiş travmalarıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilir.
2. Çocukluk çağı travmalarının farklı alt boyutlarının (duygusal istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar vb.) kişilik bozuklukları üzerinde farklı etkileri olabilir.

Psikologlar, bu tür travmaların doğasına göre kişiye özel tedavi planları geliştirmelidir.

3. Klinik psikologlar, travmaya maruz kalan bireylerin travmalarını fark etmeleri ve bu travmaların hayatlarına nasıl etki ettiğini anlamaları konusunda danışanlarını desteklemelidir. Travmaların erken tanınması ve müdahale edilmesi, kişilik bozukluklarının ilerlemesini engelleyebilir.



KAYNAKÇA

Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269-1287.

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

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

Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Achenbach, M. B., & Javaras, K. N. (2008). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1219–1225.

Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Achenbach, M. B., & Keck, P. E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50(3), 944-952.

Baer, R. A., & Minichiello, M. D. (1998). Relationships between obsessive-compulsive personality disorder and borderline personality disorder: A review. *Journal of Personality Disorders*, 12(4), 327-339.

Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., & Zanarini, M. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193-211.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.

Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). Guilford Press.

Bennett, R. M. (2005). The fibromyalgia impact questionnaire (FIQ): A review of its development, current version, operating characteristics, and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23(5 Suppl 39), S154–S162.

- Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., & Ross, R. L. (2007). The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): Validation and psychometric properties. *Arthritis Research & Therapy*, 11(4), R120.
- Berliner, L., & Elliott, D. M. (1996). Sexual abuse of children. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 51–71). SAGE Publications.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E. te, Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.
- Bilge, Y. (2018). *Coolidge Axis II Inventory Plus Turkish Form (CATI+TR)*. İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Biondi, B., & Cooper, D. S. (2008). The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. *Endocrine Reviews*, 29(1), 76–131.
- Black, M. M., Walker, S. P., Wachs, T. D., Ulkuer, N., & Gardner, J. M. (2008). Policies to reduce undernutrition include child development. *The Lancet*, 371(9611), 454–455.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Delany-Brumsey, A., Paulson, A., & Lejuez, C. W. (2008). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 218–231.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. Basic Books.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54–69.
- Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2nd ed.). Sage Publications.
- Brüne, M. (2016). Borderline personality disorder—Why ‘fast and furious’? *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2016(1), 52–66.

Buss, D. M. (1995). *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. Allyn & Bacon.

Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 638–656.

Ceran, B., Yıldırım, E., & Yüksel, F. (2021). Kişilik Organizasyonları Envanteri [Turkish adaptation]. İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M., & Holt, K. D. (1995). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 7(4), 629–647.

Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: A clinical review. *JAMA*, 311(15), 1547-1555.

Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 174–184.

Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O., & Steketee, G. (2012). Not just right experiences and obsessive–compulsive features: Exploring the relationship between them in non-clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 317–335.

Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485–496.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510.

Eckenrode, J., Laird, M., & Doris, J. (1993). School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology*, 29(1), 53–62.

Erickson, M. F., & Egeland, B. (2002). Child neglect. In J. B. Myers (Ed.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 3–20). SAGE Publications.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409–417.

Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (1999). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.

Fonagy, P., Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381.

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *The Guilford Press*.

Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, 13(4), 268–280.

Freud, S. (1923). *The ego and the id*. W.W. Norton & Company. (Original work published in 1923).

Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Hogarth Press.

Friedrich, W. N., Davies, W. H., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children: Developmental, ecological, and behavioral correlates. *Annals of the New York academy of sciences*, 989(1), 95-104.

Fukuda, K., Straus, S. E., Hickie, I., Sharpe, M. C., Dobbins, J. G., & Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine*, 121(12), 953–959.

Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.

Garbarino, J., & Vondra, J. (1987). Psychological maltreatment: Issues and perspectives. In *Child maltreatment theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 25–50). SAGE Publications.

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6), 697–714.

Glass, J. M. (2009). Fibromyalgia and cognition. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 25-29.

Goldenberg, D. L. (2009). Fibromyalgia syndrome a decade later: What have we learned? *Arthritis & Rheumatology*, 60(3), 647–650.

Goldenberg, D. L., Burckhardt, C., & Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*, 292(19), 2388–2395.

Gonzalez, J. D., Zavras, A. I., & Economides, P. (2010). Central sensitivity syndromes. *Pain Medicine*, 11(3), 386–393.

Grant, J. E., Mooney, M. E., & Kushner, M. G. (2008). Gender differences in the prevalence of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 727-735.

Gunderson, J. G. (2011). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.

Häuser, W., Perrot, S., Sommer, C., Shir, Y., & Fitzcharles, M. A. (2015). Diagnostic confounders of chronic widespread pain: not always fibromyalgia. *Pain Reports*, 15(1), e153.

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2000). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1), 140–145.

Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Müller, M., & Rössler, W. (2013). Childhood adversity and adult personality disorder: Mediation via mental disorders. *Journal of Personality Disorders*, 27(1), 142-154.

Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.

Hussain, F., Mughal, F., & Memon, F. (2019). Prevalence and determinants of sleep disturbances in fibromyalgia patients: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15(4), 567–572.

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 600-606.

Karasar, N. (2012). Bilimsel araştırma yöntemi [Scientific research method]. *Ankara: Nobel Yayıncılık*.

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.

Katz, R. S., Heard, A. R., Mills, M., & Leavitt, F. (2006). The prevalence and clinical impact of fibromyalgia in systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatology*, 54(9), 2786–2794.

Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 632–641.

Koenigsberg, H. W. (2010). Affective instability: Toward an integration of neuroscience and psychological perspectives. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 60–82.

Kotch, J. B., Browne, D. C., Dufort, V., Winsor, J. R., Catellier, D., & Wegman, M. E. (1995). Predicting child maltreatment in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 373–384.

Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591.

Lenthall, S., Wakerman, J., Opie, T., Dollard, M. F., Dunn, S., Knight, S., & Watson, C. (2011). Nursing workforce in very remote Australia, characteristics and key issues. *The Australian Journal of Rural Health*, 19(1), 32–37.

Levitan, R. D., Rector, N. A., Sheldon, T., & Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: Issues of co-morbidity and specificity. *Depression and Anxiety*, 17(1), 34–42.

Levy, K. N. (2005). Subtypes, dimensions, levels, and categories of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(6), 472-482.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Luecken, L. J., & Appelhans, B. M. (2006). Early parental loss and adult depression: The role of parental care and genetic predisposition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 912-924.

Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., ... & Choy, E. H. S. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328.

Marcus, D. A., & Bernstein, C. (2005). Migraine and tension-type headache: An assessment of challenges in diagnosis. *Journal of Family Practice*, 54(7), 599–604.

Marques, A. P., Santo, A. D. S., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: Literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 356-363.

McLean, S. A., Clauw, D. J., Abelson, J. L., & Liberzon, I. (2005). The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: Integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 783–790.

McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.

Mease, P. (2005). Fibromyalgia syndrome: Review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *Journal of Rheumatology*, 32(Suppl 75), 6–21.

Menefee, L. A., Cohen, M. J., Anderson, W. R., Doghramji, K., Frank, E. D., & Lee, H. (2000). Sleep disturbance and nonmalignant chronic pain: A comprehensive review of the literature. *Pain Medicine*, 1(2), 156–172.

Mennen, F. E., & Trickett, P. K. (2011). Physical and emotional abuse among adolescent mothers: Relations with self-esteem and mother-infant interaction. *Child Abuse & Neglect*, 35(5), 346–355.

Millon, T., & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Moldofsky, H. (2001). Sleep and pain. *Sleep Medicine Reviews*, 5(5), 385-396.

Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R., & Smythe, H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis" syndrome and healthy subjects. *Psychosomatic Medicine*, 37(4), 341–351.

Özkan, S. (2017). Fibromiyalji sendromunda immünolojik ve nöroendokrin faktörler. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 25(1), 11–20.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.

Perry, J. C. (1994). *The psychodynamic formulations manual: A manual for the diagnostic interview of patients with personality disorders*. American Psychiatric Press.

Pollak, J. M. (2001). *Obsessive-compulsive personality: Theoretical and clinical perspectives*. Allyn & Bacon.

Prins, M., Engel, M., & Gooren, L. J. (2006). Childhood trauma, borderline personality disorder, and dissociation: A critical review. *Psychiatry Research*, 152(2), 115-124.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278.

Riggs, S. A., & Kaminski, P. (2010). Childhood emotional abuse, adult attachment, and depression as predictors of relational adjustment among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 487–498.

Rizzi, M., Sarzi-Puttini, P., Atzeni, F., Turiel, M., & Capsoni, F. (1997). Fibromyalgia: Evaluation of seasonal and circadian pain variation. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 15(2), 207-210.

Roizenblatt, S., Moldofsky, H., Benedito-Silva, A. A., & Tufik, S. (2001). Alpha sleep characteristics in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatology*, 44(1), 222–230.

Roth, T., Zammit, G., Kushida, C., Doghramji, P., Mathias, S. D., Wong, J. M., & Buysse, D. J. (2016). A randomized trial of a benzodiazepine receptor agonist and an antidepressant for chronic insomnia in fibromyalgia. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(7), 893–902.

Sar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (1996). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkish Journal of Psychiatry*, 7(3), 139-147.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2007). Borderline personality disorder: Overlooked and underdiagnosed? *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35-41.

Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (2002). *Obsessive-compulsive disorder: Principles and practice*. Guilford Press.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133–161.

Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner review: Borderline personality disorder in adolescence—Recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266–1288.

Shevlin, M., Hyland, P., & Elklit, A. (2008). Dissociation and posttraumatic stress disorder in a UK sample of adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 409-417.

Shipman, K., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 268-285.

Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1647–1658.

Sivas, F., Balaban, B., Gök, H., & Erdal, A. (2009). Fibromiyalji: Etiyolojisi ve tedavisi. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 55(2), 57–63.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51(12), 951-963.

Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L. J., Ford, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R., & van der Kolk, B. A. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(S1), S18–S28.

Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L. J., Ford, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R., & Kisiel, C. (2014). Unseen wounds: The contribution of complex posttraumatic stress disorder to the burden of chronic psychiatric illnesses. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(S1), S34.

Staud, R. (2006). Mechanisms of chronic pain in fibromyalgia. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 2(2), 90–98.

- Stevenson, J., & Meares, R. (1999). Borderline personality disorder: A conceptual model and its implications for neuroimaging. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 339-347.
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., & Polcari, A. (2003). Childhood maltreatment is associated with reduced cortical and subcortical gray matter development. *Biological Psychiatry*, 52(4), 368-373.
- Theadom, A., Cropley, M., Smith, H. E., Feigin, V. L., & McPherson, K. (2007). Fibromyalgia in chronic pain syndromes: Prevalence and treatment efficacy in adults. *Pain Management Nursing*, 8(4), 162-171.
- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837-844.
- Thompson, R. A., & Kaplan, C. A. (1996). Childhood emotional abuse. In B. B. B. Myers, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 133-147). SAGE Publications.
- Tolin, D. F., Brady, R. E., & Hannan, S. E. (2005). Childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: A study of frequency and clinical correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(4), 455-467.
- Twardosz, S., & Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15(2), 59-68.
- Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Journal of Personality Disorders*, 23(6), 593-602.
- Van Houdenhove, B., Luyten, P., & Egle, U. T. (2009). Stress, depression and fibromyalgia. *Pain*, 10(7), 1115-1119.
- Walker, E. A., & Diforio, D. (1997). Childhood trauma and chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 13(1), 22-27.
- Walker, E. A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Von Korff, M., Bernstein, D., & Russo, J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *The American Journal of Medicine*, 107(4), 332-339.

Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 273–285.

White, K. P., Harth, M., Ostbye, T., Teasell, R. W., & Speechley, M. (2008). The fibromyalgia epidemiology study (FES): The prevalence of fibromyalgia in a large Canadian population. *Journal of Rheumatology*, 31(7), 1581–1588.

Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology*, 122(4), 1140–1156.

Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223–1229.

Widom, C. S., & Maxfield, M. G. (2001). An update on the "cycle of violence." *National Institute of Justice*.

Winfield, J. B. (2000). Fibromyalgia syndrome: A report from the WHO conference on pain in rheumatic diseases. *Pain*, 84(3), 125–128.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. S., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2011). Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 38(6), 1113–1122.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P. J., & Russell, I. J. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600–610.

Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatology*, 38(1), 19–28.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., ... & Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160–172.

Yehuda, R., Halligan, S. L., & Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, 13(3), 733–753.

Yunus, M. B. (2002). Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes. *The Journal of Gender-Specific Medicine*, 5(2), 42–47.

Yunus, M. B. (2007). Central sensitivity syndromes: A new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(6), 339–352.

Yunus, M. B. (2008). Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6), 339–356.

Zanarini, M. C., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Weinberg, I., & Fitzmaurice, G. M. (2018). The role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 175(8), 755–762.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2000). The long-term course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1275–1281.

Zanarini, M. C., Weingeroff, J. L., & Frankenburg, F. R. (2011). Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 547–556.

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., & Reich, R. B. (1997). Reported childhood adversity, borderline personality disorder, and somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1106–1110.

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., & Reich, R. B. (2002). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 419–426.

EKLER (APPENDICES)

EK-A ANKET FORMU

Coolidge Axis II Inventory – Plus Türkçe Kısa Form

CATI+ TR KF

PROTOKOL NO:

Tarih: .../...../

Aşağıda kendinizi nasıl gördüğünüzü tanımlayan çeşitli ifadeler bulacaksınız. Bu ifadelerin bazıları size “Kesinlikle Doğru”, bazıları “Kesinlikle Yanlış”, bazıları ise bu iki durumun arasında ve “Doğruya Yakın” ya da “Yanlışla Yakın” olarak görünecektir. Aşağıdaki cümlelerde belirtilen durumlarla ilgili olarak size en doğru gelen cevabı işaretlemeniz ve hiçbir soruyu atlamamanız gerekmektedir. Lütfen her bir cümleyi dikkatli bir şekilde okuyun.

YAŞ:

CİNSİYET: ☐ Kadın ☐ Erkek

MEDENİ DURUM: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Ayrılmış ☐ Eşi Vefat Etmiş

EĞİTİM DURUMU: ☐ ilkokul, ortaokul veya ilköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ve üstü

MESLEK:

EKONOMİK DURUM: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

Daha önce hiç psikolojik veya psikiyatrik yardım aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Psikolojik ya da psikiyatrik yardım ihtiyacı hissediyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

		Kesinlikle Yanlış	Yanlışla Yakın	Doğruya Yakın	Kesinlikle Doğru
	Bir şeylere karar verme konusunda her gün zorlanırım.				

	İnsanların benim hakkımda söylediği ne iyi ne de kötü şeyler umurumda olmaz.				
	Mükemmel olma isteğim bir işi zamanında bitirmemi engeller.				
	Özel bir insan olduğumu hissedirim ve bunun fark edilmesini hak ederim.				
	İlgi odağı olmamak beni gerçekten rahatsız eder.				
	Son birkaç yıl içinde en azından bir kavgaya karıştım.				
	Ailem de dâhil, insanların bana yakın olmasından hoşlanmam ve bunu istemem.				
	İnsanlar beni kızdırır.				
	Diğer insanlara fazla bağımlı olduğumu düşünüyorum.				
	Sordukları sorulara cevap veremeyebileceğim için insanların yanında sessiz kalırım.				
	Bir işe başlamadan önce, o işle ilgili küçük detayları ve o işle ilgili listeleri ya da programları kafama çok takarım.				
	Problemlerimin özel olduğunu ve ancak özel biri tarafından anlaşılabileceğini düşünürüm.				
	Dışarı çıktığım zaman ilginç, vahşi ve etkileyici gözükmekten hoşlanırım.				

	Yoğun fakat dengesiz ilişkiler kurmaya meyilliyimdir.				
	Bazı insanlar işimi çok fazla şansa bıraktığımı söylerler.				
	Televizyon veya radyoda, insanlar bana hitaben ya da benim hakkımda konuşuyorlarmış gibi hissedirim.				
	İnsanlar benim onlardan istediğim kadar bana sadık değiller.				
	Kendimi çoğu zaman işe yaramaz ve çaresiz hissedirim.				
	İnsanların beni seveceklerinden emin olmadıkça onlarla yakınlaşmak istemem.				
	İnsanlar bana soğuk biri olduğumu söyler.				
	Hak ettiğini düşünürsem birini incitmek için yalan söyleyebilirim.				
	Duygularım çok hızlı değişir.				
	Çoğu zaman kim olduğumu merak ederim.				
	Birçok insanla bir arada olabildiğim şeyleri yapmaktan hoşlanırım.				
	Gerçekte var olmayan bir gücün ya da bir insanın varlığını hissettiğim oldu.				
	Beni bir şekilde etkisi altına almak, bana zarar vermek ya da beni mahvetmek isteyen insanlar olduğunu düşünüyorum.				

	Yalnızken kendimi çaresiz ve gergin hissedirim.				
	Eleştirilmek ya da birisi tarafından sevilmemek beni kolaylıkla incitir.				
	Doğru yapmayacakları için işleri başkalarının yapmasına izin vermek hoşuma gitmez.				
	Çok başarılı, güçlü ya da akıllı olmayı hayal ettiğim çok olur.				
	Sırtımın sıvazlanmasından, iyi sözler işitmekten ve övgüler almaktan hoşlanırım.				
	Paramı harcamakta veya cinsellikte, uyuşturucu kullanmakta, market hırsızlığında, hızlı araba kullanmada ya da tıknırcasına yemek yeme konusunda oldukça pervasız davrandığım oldu.(Bunlardan en az ikisinde)				
	Bir sonraki işimi ayarlamadan birden fazla işten ayrıldığım oldu.				
	Gülmeyi ve komik olmayı severim.				
	İnsanlar yaptığım ya da söylediğim şeylerin ya da görünüşümün tuhaf, sıra dışı ya da acayip olduğunu düşünebilir.				
	İnsanlar arkamdan benim hakkımda konuşurlar.				
	Beni sevmeyeceklerinden korktuğum için hatalı bile olsalar insanlara karşı çıkmam.				

	Onları tanımıyor olsam bile insanların yanında çok rahatımdır.				
	Hiçbir hatıra değeri olmasa bile eski ya da değersiz şeyleri saklarım.				
	Güzel olmayı, harika bir vücuda sahip olmayı ya da mükemmel aşkı bulmayı hayal ettiğim çok olur.				
	İstediğim şeyi hemen elde edemezsem çok hayal kırıklığına uğrarım.				
	Birilerinin beni yalnız bırakmasından çok korkarım.				
	Gerçekten istediğin şeyi elde etmek için bazen insanları ezmen ya da incitmen gerektiği, hayatın bir gerçeğidir.				
	Çok sayıda arkadaşım var.				
	İnsanlar ne anlatmaya çalıştığımı anlamıyorlar.				
	İnsanların sırf beni sinir etmek için uğraştıklarını düşünürüm.				
	Kendimden pek emin değilim.				
	Yanlış bir şey söylerim ve aptal durumuna düşerim diye insanların yanında sessiz kalırım.				
	Hazır olmak için çok zaman harcadığımdan işleri vaktinde bitirmekte sıkıntı yaşarım.				
	İnsanlardan özel ilgi görmek ve olumlu sözler işitmekten hoşlanırım.				

	Hayatımda birden çok sefer kendimi öldüreceğimi söylediğim ya da bunu denediğim oldu.				
	İnsanlar asi biri olduğumu düşünür.				
	Kendimi diğer insanlardan farklı veya onlara uzak bulurum.				
	Başkalarına sır vermek beni tedirgin eder çünkü söylediğim şeylerin aleyhime kullanılmasından korkarım.				
	A Milli futbol takımında kaptanlık yaptım.				
	Yeni bir şey yapmadan önce yaşayabileceğim sorunlarla ilgili çok fazla endişem olur.				
	Bana değişemeyeceğimin ya da inatçı olduğumun söylendiği oldu.				
	İnsanların beni bencil olmakla suçladığı olmuştur.				
	Dışarı çıktığımda insanların beni fark etmesi hoşuma gider.				
	Öfkem kolayca kontrolden çıkar.				
	Bazı insanların benim çok farklı davrandığımı düşündüklerinden şüpheleniyorum. Örneğin, garip, tuhaf ya da aptal olduğumu düşünüyor olabilirler.				
	Biri tarafından aşağılandığımda ya da hakarete uğradığımda ona hemen saldırır ya da öfkemi gösteririm.				

	İnsanlara kendimi sevdirebilmek için çirkin şeyler yaptığım ya da kendimi küçük düşürdüğüm olmuştur.				
	Başkaları etrafımdayken kendimi beceriksiz hissederim.				
	Çok endişeli biriyim.				
	Başarılı insanları çok kıskanırım.				
	Hayattan pek zevk almam.				
	Kehanette bulunmak, zihin okumak, altıncı his gibi özel güçlere sahip olduğumu düşünüyorum.				
	Eşimin ya da sevgilimin sadakatini sorgularım.				
	Sualtı Taarruz Komutanlığı'nda komandoydum.				
	İnsanları kötü bir biçimde yargılamaya meyilliyimdir.				
	Diğer insanların sahip olduğu başarılar keşke benim olsa.				
	Kendimi çok sık boşlukta ya da kötü hissederim.				
	Birini incittiğimde ya da birine kötü davrandığımda kendimi iyi hissederim.				
	Diğer insanlar kadar iyi değilim.				
	Başkalarına kolayca kanarım.				
	Stres altındayken, gerçek değilmiş gibi, garip ya da tuhaf hissetmeye başlarım.				

	Para ya da zevk için insanları dolandırdığım ya da aldattığım oldu.				
--	---	--	--	--	--



Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Türkçe Versiyon

© Türkçe CTQ-28 : Vedat Şar, 1996

© Türkçe CTQ-33: Vedat Şar, Işıl Necef, Tuba Mutluer, Parmis Fatih, 2019

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

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

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1)Yeterli yemeğim olurdu.

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

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

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

3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.

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

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

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

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

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

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

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 ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

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 değiştirmek istediğim şeyler vardı.

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

11) Ailemdekiler 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) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.

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

14) Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

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

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma 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)Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

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

20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.

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

21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.

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

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

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

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

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

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

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

25) Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.

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 istismara uğradığımı kanımsındayım.

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

29) Ailemdekiler yaşlılarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

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

30) Ailemdekiler her şeyeime karışırdı.

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

31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.

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

32)Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.

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

33)Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.

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

Hesaplama Yöntemi

CTQ puanlarını hesaplayabilmek için önce pozitif yöndeki ifadelere verilen yanıtlar ters çevrilmelidir (No 1,2, 4,5,7,10,13,19,26,28, 31). Her bir alt bölümün puanlarının toplamı toplam CTQ puanını verir. Toplam puan ölçeğin 28 maddelik ilk biçimi için 25-125 arasında, genişletilmiş (6 bölümlü) biçim için 25-150 arasındadır. Duygusal taciz (No 3,8,14,18,25), fiziksel taciz (No 9,11,12, 15,17), fiziksel ihmal (No 1,4,6,2,26), duygusal ihmal (No 5,7,13,19,28), cinsel taciz (No 20,21,23,24,27), ve aşırı koruma-kontrol (No 29-33) bölüm puanları ilgili maddelerin toplamı ile elde edilir. İnkâr (minimize etme) puanları için ilgili üç madde içerisinde (No 10, 16, 22), bir tanesine (No 10) verilen yanıtın önce ters çevrilmesi gerekir. Bu üç madde toplam CTQ puanlarını etkilemez. Her bir madde için en yüksek puanın (5 puan verilmesi) seçilmesi halinde verilen 1 puanların toplanması ile inkâr puanı elde edilir. Toplam inkâr puanı 0-3 arasında olabilir.

Kişilik Organizasyonları Envanteri – KOREN (IPO-TR)

Yönerge: Bu envanterde insanların hayatları boyunca sergilediği çeşitli tutum, duygu ve davranışlar ile ilgili ifadeler vardır. Lütfen aşağıdaki tüm yönergeleri dikkatle okuyun ve size uygun şekilde tamamlayın. Bu envanteri tamamlamak için uzman olmanız gerekmemektedir. Bu envanter, her bir soruyu olabildiğince dürüstçe ve içtenlikle yanıtlarsanız amacına ulaşacaktır.

Tutum, duygu ve davranışlarınızla ilgili olabildiğince açık şekilde bilgi verin lütfen. Kendinizi ve deneyimlerinizi düşünürken, sadece alkol ya da ilaç etkisi altında sergilemiş olabileceğiniz tutum, duygu ya da davranışları dikkate almayın.

1 2 3 4 5

Doğru Değil Nadiren Doğru Bazen Doğru Sıklıkla Doğru Her Zaman Doğru

Kişilik Organizasyonları Envanteri

1. İnsanları üzen şeyler yaptığımı; ancak bunların insanları neden üzdüğünü anlayamadığımı fark ederim.

1 2 3 4 5

2. Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şey sahiden gerçek mi söyleyemem.

1 2 3 4 5

3. Kaygılıyken ya da aklım karışık olduğunda, dış dünyadaki şeyler de bana anlamsız gelir.

1 2 3 4 5

4. Çevremdeki her şey belirsizleştiyse ve karıştıysa iç dünyam da belirsiz ve karışık bir hal alır.

1 2 3 4 5

5. Yakın bir ilişki içindeyken benlik duygumu yitirmekten korkarım

1 2 3 4 5

6. İnsanlar beni başarılı bulduğunda çok mutlu, başarısız bulduğunda ise mahvolmuş hissederim.

1 2 3 4 5

7. Sıcakkanlı ve fedakâr olmak ile soğuk ve ilgisiz biri olmak arasında gidip gelirim.

1 2 3 4 5

8. İşte ya da okuldaki halime kıyasla evde daha farklı bir kişiymişim gibi hissederim.

1 2 3 4 5

9. İnsanlar hayran olduğum kişilerin eksik yönlerini görmekte zorluk çektiğimi söyler.

1 2 3 4 5

10. Duyduğum bir sesin ya da gördüğüm bir şeyin hayal dünyamın ürünü olup olmadığından emin olamam.

1 2 3 4 5

11. Her nasılsa, insanlarla ilişkilerimi nasıl yürüteceğimi asla tam olarak bilemem.

1 2 3 4 5

12. Benim için önemli olan insanların benimle ilgili duygu ve düşünceleri aniden değişecek diye korkarım.

1 2 3 4 5

13. İnsanlar bana o kadar çok ihanet eder ve düşman olur ki, insanlara güvenmekte zorluk çekerim.

1 2 3 4 5

14. Bir hevesle hobiler ve ilgi alanlarına yönelip sonra onlardan kolaylıkla vazgeçerim.

1 2 3 4 5

15. İnsanlar bana, ya sevgiye boğarak ya da terk ederek karşılık verme eğilimindeler.

1 2 3 4 5

16. Kendimi, farklı zamanlarda tamamen farklı huyları olabilen bir insan olarak görüyorum.

1 2 3 4 5

17. Mantıklı bir açıklaması olmayan şeyler duyduğum veya gördüğüm olur.

1 2 3 4 5

18. Bazı fiziksel duyular bedenimde gerçekten var mı yoksa hayal ürünü mü söyleyemem.

1 2 3 4 5

19. Yanıldığım sonradan ortaya çıksa bile, insanlara taparcasına hayranlık duymaya devam ederim.

1 2 3 4 5

20. Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şey sahiden gerçek mi söyleyemem.

1 2 3 4 5

21. Gerçekte var olmayan şeyleri gördüğüm olur.

1 2 3 4 5

22. Güvende hissedebilmem için birisine hayranlık duymam gerekir.

1 2 3 4 5

23. Beni iyi tanıyan kişiler bile nasıl davranacağımı tahmin edemez.

1 2 3 4 5

24. Beni çok iyi tanıyan insanlar da dahil olmak üzere, insanların benimle ilgili düşüncelerinden emin olmam zordur.

1 2 3 4 5

25. Hiç kimsenin göremeyeceği ya da duyamayacağı şeyleri görebilirim ya da duyabilirim.

1 2 3 4 5

26. Kendimi, neredeyse bir başkasıymışım, tanıdığım (arkadaş, akraba gibi) hatta tanımadığım birisiymişim gibi hissederim.

1 2 3 4 5

27. Hiç kimsenin anlayamayacağı ya da bilemeyeceği şeyleri anlarım ya da bilirim.

1 2 3 4 5

28. Davranışlarımdaki değişimlere bir anlam veremem.

1 2 3 4 5

29. Başkalarının gerçekte var olmadığını iddia ettiği şeylerin seslerini duyduğum olur.

1 2 3 4 5

30. Duygularımı aşırı uçlarda, ya çok mutlu olarak ya da derin bir kederle yaşama eğilimindeyim.

1 2 3 4 5

31. Gördüğüm şeylerin, onlara yakından baktığımda, başka şeylere dönüştüklerini düşünürüm.

1 2 3 4 5

KOREN

Alt Ölçekleri

	Sayı	Ort.	SS	SH	+1 α	+2 α
PS	9	17,72	6,38	0,36	24,10	30,48

KD	10	23,63	7,02	0,40	30,65	37,67
GT	12	19,08	6,09	0,35	25,17	31,26
Toplam	31	60,44	17,17	0,99	77,61	94,78



EK-3 ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma İstanbul Okan üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programı bünyesinde, Prof. Dr. Ahmet SAPANCI danışmanlığında Uzman Psikolog Nazan OTLACA tarafından yürütülen tez çalışmasıdır.

Bu çalışmada “fibromiyalji tanısı alan hastalarda belirti düzeyinin yordanmasında borderline ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ve çocukluk çağı travmalarının rolünün incelenmesi” amaçlanmıştır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için lütfen yanıtlarınızı verirken doğru olduğunu düşündüğünüz seçeneği değil, sizi en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.

Araştırmaya sizden tahminen 10-15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra istediğiniz anda araştırmayı bırakma hakkına sahipsiniz.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup; veriler ancak yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırmanın sonucu ile ilgili bilgi edinme ihtiyacınız olursa araştırmacı Nazan Otlaca ile mail adresinden iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız ve vakit ayırdığınız için teşekkür ederim.

EK B: Anketi İzin Mailleri



Gokce Ceran <

Kime: Siz

13.04.2023 Per 15:44

← ↶ ↷ ...

 KOREN.pdf
777 KB

▼

Merhaba Nazan Hanım, ekte ölçek ve puanlama yönergesini bulabilirsiniz.
İlgili yayın için <https://ulakbilge.com/makale/pdf/1608715855.pdf>

İyi çalışmalar.



Vedat Şar

Kime: Siz

13.04.2023 Per 13:44

← ↶ ↷ ...

 ctq-33-jtd.pdf
2 MB

▼

 CTQ-33-TR.pdf
140 KB

▼

2 ek (2 MB) ☁ Tümünü OneDrive'a kaydet ⬇ Tümünü indir

CTQ yü kullanabilirsiniz.

Vedat Şar, MD
Professor and Chair, Department of Psychiatry
Koç University School of Medicine (www.ku.edu.tr) &
Koç University Hospital (www.kuh.ku.edu.tr), Istanbul, Turkey
ORCID ID: 0000-0002-5392-9644
https://www.researchgate.net/profile/Vedat_Sar
www.vedatsar.com



Yusuf BİLGE

Kime: Siz



10.04.2023 Pzt 00:16



araştırmacılar için CATI+TR K...

46 KB



Merhaba,

CATI KF'nin soru formu ve değerlendirme çizelgesi ekte. değerlendirme çizelgesindeki maddelerden başında "t" harfi bulunan maddeler ters puanlanmaktadır. 55. ve 70. maddeler katılımcının ölçeği rastgele cevaplayıp cevaplamadığına yönelik sorular. Bu sorulara 1 puan (kesinlikle yanlış) dışında işaretleme yapanların ölçeği geçersiz kabul ediliyor. Bunlar dışında bir sorunuz olursa yazabilirsiniz. iyi çalışmalar dilerim

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE

Psikoloji Bölüm Başkanı/ İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Eğitim Fakültesi EG 129 Halkalı, Küçükçekmece, İstanbul