

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



SOMATOFORM BOZUKLUKLARIN SAVUNMA BİÇİMLERİ, ŞEMA
ALANLARI VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK AÇISINDAN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Havva ÖZKAN

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Aralık, 2021

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



SOMATOFORM BOZUKLUKLARIN SAVUNMA BİÇİMLERİ, ŞEMA
ALANLARI VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK AÇISINDAN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Havva ÖZKAN
(Y1912.481026)

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Haydeh FARAJI

Aralık, 2021

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans bitirme tezi olarak hazırladığım “Somatoform Bozuklukların Savunma Biçimleri, Şema Alanları Ve Psikolojik Sağlık Açısından İncelenmesi” isimli bu çalışmanın başlangıcından bitimine kadar olan tüm aşamalarda bilimsel etik kurallarına uygun bakış açısıyla yaklaşım sergilediğimi, çalışmamın metin içi atıflarda ve kaynakça bölümünde belirttiğim kaynaklardan ibaret olduğunu onurumla belirtirim. (19/12/2021)

Havva ÖZKAN

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca ihtiyaç duyduğumda ilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Dr. Kahraman GÜLER' e,

Tezimin her aşamasında sevecen ve anlayışlı yaklaşımı olan, bilgi ve önerileri ile desteklerini esirgemeyen saygıdeğer tez danışmanım Dr. Haydeh FARAJI' ye,

Tez ölçeklerinin değerlendirilmesinde, istatistiki yardım ve önerileri ile desteklerinden dolayı Doç. Dr. Emre TOPRAK' a,

Yoğun geçen tez çalışmalarım sırasında, anlayış ve destekleri ile her zaman yanımda olduklarını hissettiren, sevgili eşime ve çocuklarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aralık 2021

Havva ÖZKAN

SOMATOFORM BOZUKLUKLARIN SAVUNMA BİÇİMLERİ, ŞEMA ALANLARI VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK AÇISINDAN İNCELENMESİ

ÖZET

Amaç: Yapılan bu çalışmada somatoform rahatsızlıkların savunma biçimleri, erken dönem uyumsuz şemalar ve psikolojik sağlamlık değişkenleri açısından incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Farklı illerde bulunan 18 yaş üstü, somatoform tanısı olması fark etmeksizin 522 katılımcıya gönüllülük esası çerçevesinde Demografik Bilgi Formu, Somatizasyon Ölçeği, Young Şema Ölçeği ve Savunma Biçimleri Testi uygulanmıştır. Google Drive üzerinden uygulanan ölçeklerin, SPSS 25.00 programı kullanılarak istatistiki analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Savunma mekanizmalarının, erken dönem uyumsuz şemaların, psikolojik sağlamlık düzeylerinin birbiri ile etkileşimlerinin somatoform rahatsızlık üzerine etkisini belirlemeye yönelik yapılan istatistik analizleri sonucunda; somatoform rahatsızlık belirtilerinin görülme oranının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaş faktörü incelendiğinde; yaşı 18-30 olan katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeyleri, 31-50 ve 51 üstü olan katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeylerinden yüksek olduğu bulgulanmıştır. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasında immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü olduğu ancak olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü olmadığı tespit edilmiştir. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık, zedelenmiş sınırlar ve başkaları yönelimlilik şema alanları ile somatoform rahatsızlıklar arasında immatür, nevrotik ve olgun savunma mekanizmalarının aracı rollerinin bulunduğu belirlenmiş ancak aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasında immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rollerinin bulunmasına karşın olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmadığı bulgulanmıştır. Psikolojik sağlamlık

düzeyi ile somatoform rahatsızlıklar arasında immatür, nevrotik ve olgun savunma mekanizmalarının aracı rolünün bulunduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Somatoform rahatsızlıklar üzerinde erken dönem uyumsuz şemalarının yüksek derecede etkisinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ikisi arasındaki ilişkide savunma mekanizmalarının etkisi söz konusu olduğunda savunma mekanizmalarının, erken dönem uyumsuz şemalarının somatoform rahatsızlıklar üzerindeki etkisinin artırıcı ya da azaltıcı yönde rolünün bulunduğu ve psikolojik sağlamlık düzeyinin somatoform rahatsızlıklar üzerinde etkisinin savunma mekanizmaları ile de ilişkili olduğu anlaşılmış olup literatürdeki araştırmalarla da desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Somatoform bozukluk, savunma mekanizması, erken dönem uyumsuz şema, psikolojik sağlamlık, somatizasyon, konversiyon, hipokondriyazis farklılaşmamış, ağrı bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu.

INVESTIGATION OF SOMATOFORM DISORDERS IN TERMS OF DEFENSE, SCHEMA AREAS AND PSYCHOLOGICAL STRENGTH

ABSTRACT

Purpose: This study intends to review the somatoform disorders in relation with defense patterns, early maladaptive schema and resilience variables.

Method: 522 volunteer participants over 18 years old and living in different cities have been applied Demographic Details Form, Somatization Scale, Young Schema Scale, and Defensive Forms Test. The scales that were applied over Google Drive were statistically analyzed with SPSS 25.00 program.

Findings: The results of the analysis aiming to reveal the effects of the interaction of defense mechanisms, early maladaptive schema and resilience levels on somatoform disorder indicate that prevalence of the symptoms of somatoform disorder is higher in women relative to men. Analysis of the age factor showed that somatoform disorder levels of those participants who are 18-30 are higher than that of the participants who are 31-50 or older than 51. It is also found that immature and neurotic defense mechanisms have an intermediary role between disconnection and rejection schema domain and somatoform disorders but mature defense mechanisms do not have an intermediary role. Additionally, it is found that immature, neurotic and mature defense mechanism have intermediary roles between impaired autonomy and failure, impaired boundaries and other-directedness schema domains and somatoform disorders; while immature and neurotic defense mechanism have intermediary roles between over-stimulation and inhibited schema domain and somatoform disorders but mature defense mechanisms do not have an intermediary role. Immature, neurotic and mature defense mechanisms are found to have intermediary roles between resilience level and somatoform disorders.

Conclusion: It is understood that early maladaptive schemes are highly influential on somatoform disorders but when it comes to the effect of defense mechanisms in the relationship between the two, the defense mechanisms have an

either augmenting or reducing effect on somatoform disorders; the effect of resilience level on somatoform disorder is also related with defense mechanism, which is supported by the studies in the literature.

Keywords: Somatoform disorder, defense mechanisms, early maladaptive schema, resilience, somatization, conversion, hypochondriasis undifferentiated, pain disorder, body dysmorphic disorder.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvii
I. GİRİŞ	1
A. Araştırmanın Amacı.....	5
B. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi.....	5
C. Veri Kaynakları, Yer- Süre ve Destek	6
D. Yöntem ve Teknikler	6
E. Hipotezler	7
II. KAVRAMSAL VE KURAMSAL TEMELLER.....	11
A. Somatoform Kavramının Tarihçesi	11
1. Dsm-I Psikonörotik Bozukluklar	12
2. Dsm –II Nevrozlar	12
3. Dsm- III Somatoform Bozukluklar	13
4. Dsm III-R Somatoform Bozukluklar	13
5. Dsm-IV Somatoform Bozukluklar.....	13
6. Dsm- IV TR Somatoform Bozukluklar.....	14

B. Somatizasyon	16
1. Somatizasyonun Tanımı.....	16
2. Somatizasyonun Epidemiyolojisi.....	17
3. Somatizasyonun Kuramsal Açıklamaları.....	17
4. Psikanalitik Kuram.....	17
a. Psikodinamik Kuram	18
b. Nesne İlişkileri Kuramı.....	19
c. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	21
d. Bağlanma Kuramı	21
e. Öğrenme Kuramı	22
5. Somatizasyon Konusunda Yapılan Araştırmalar	23
C. Konversiyon.....	26
1. Konversiyonun Tanımı	26
2. Konversiyonun Epidemiyolojisi	26
3. Konversiyonun Kuramsal Açıklamaları.....	26
a. Psikanalitik Kuram	26
b. Psikodinamik Kuram	27
c. Nesne İlişkileri Kuramı.....	28
d. Öğrenme Kuramı	29
e. Aile Sistemi Kuramı	29
f. Nöropsikolojik Hipotez	30
4. Konversiyon Konusunda Yapılan Araştırmalar	30
D. Hipokondriyazis.....	31
1. Hipokondriyazisin Tanımı	31
2. Hipokondri Epidemiyolojisi.....	31
3. Hipokondriyazisin Kuramsal Açıklamaları	31

a. Psikanalitik Kuram	31
b. Psikodinamik Kuram	32
c. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	32
d. Öğrenme Kuramı	33
4. Hipokondriyazis Konusunda Yapılan Araştırmalar.....	33
E. Beden Disformik Bozukluğu	33
F. Kronik Ağrı.....	34
G. Somatoform Rahatsızlıkların Tedavi Yöntemleri.....	35
H. Savunma Mekanizmaları	36
1. Savunma Mekanizmalarının Tanımı ve Tarihçesi	36
2. Savunma Mekanizmaları ve Kuramsal Yaklaşımlar.....	37
3. İmmatür Savunma Mekanizmaları.....	42
4. Nevrotik Savunma Mekanizmaları	51
5. Olgun Savunma Mekanizmaları	53
İ. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	54
1. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Tanımı ve Tarihçesi	54
2. Şema Kuramı ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Gelişimi.....	56
a. Kopukluk ve Reddedilme Şema Alanı	59
b. Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık Şema Alanı	60
c. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı.....	62
d. Başkaları Yönelimlilik Şema Alanı.....	62
e. Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Şema Alanı.....	63
f. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar İle İlgili Yapılan Çalışmalar	64
J. Psikolojik Sağlamlık.....	67
1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı ve Tarihçesi	67

2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Psikolojik Sağlık İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	71
III. YÖNTEM.....	73
A. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	73
B. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	73
1. Demografik Bilgi Formu.....	74
2. Somatizasyon Ölçeği.....	74
3. Savunma Biçimleri Testi.....	74
4. Young Şema Ölçeği	75
5. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	76
C. Verilerin Analizi	76
IV. BULGULAR.....	79
V. TARTIŞMA VE YORUM.....	107
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	125
VII.KAYNAKLAR.....	127
EKLER.....	153
ÖZGEÇMİŞ.....	177

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

- Çizelge 1. Katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmasına ilişkin t testi sonuçları..... 79
- Çizelge 2. Katılımcıların yaşlarına göre göre somatoform rahatsızlık düzeyleri puanlarına ilişkin n, x ve ss. Değerleri..... 79
- Çizelge 3. Katılımcıların yaşlarına göre somatoform rahatsızlık düzeylerine ilişkin varyans analizi sonuçları..... 80
- Çizelge 4. Katılımcıların yaşlarına göre somatoform rahatsızlık düzeyleri puan ortalamasına ilişkin TUKEY testi sonuçları 80
- Çizelge 5. Katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasındaki ilişki 81
- Çizelge 6. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları..... 81
- Çizelge 7. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları..... 83
- Çizelge 8. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları..... 84
- Çizelge 9. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları..... 86
- Çizelge 10. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları..... 87

Çizelge 11. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları	89
Çizelge 12. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	90
Çizelge 13. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	91
Çizelge 14. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	93
Çizelge 15. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	95
Çizelge 16. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	96
Çizelge 17. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	98
Çizelge 18. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	99
Çizelge 19. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	100
Çizelge 20. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	102

Çizelge 21. Olgun savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	103
Çizelge 22. Nevrotik savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	104
Çizelge 23. İmmatür savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları.....	106

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

- Şekil 1. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü..... 82
- Şekil 2. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü 83
- Şekil 3. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü 85
- Şekil 4. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü..... 86
- Şekil 5. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü..... 88
- Şekil 6. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü 89
- Şekil 7. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü 91
- Şekil 8. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü 92
- Şekil 9. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü..... 94
- Şekil 10. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü..... 95

Şekil 11.	Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevroitik savunma mekanizmalarının aracı rolü 97
Şekil 12.	Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü 98
Şekil 13.	Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü 100
Şekil 14.	Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevroitik savunma mekanizmalarının aracı rolü 101
Şekil 15.	Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü 102
Şekil 16.	Olgun savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü 104
Şekil 17.	Nevrotik savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü 105
Şekil 18.	İmmatür savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü 106

I. GİRİŞ

Somatoform kavramının genel tanımı, hiçbir bedensel ve organik neden olmaksızın psikolojik olarak yaşantılanan fiziksel ve organik şikayetler olarak yapılabilmektedir (MEB., 2012:7). Somatoform bozukluklar; meydana gelmelerinde ve tedavilerinde psikolojik faktörlerin etkili olduğu bedensel rahatsızlıklardır (Parman, 2005:14). Davranışlarımız üzerinde etkili olan beden ve zihin arasındaki etkileşim, hastalık oluşumu veya kişinin kendini hasta hissetmesi şeklinde ifade bulmaktadır (Ünal, 1999:2).

Somatoform bozukluğu bulunan kişi, hissettiği bedensel rahatsızlıklara çare bulmak için çeşitli polikliniklere gitmekte, tahlil ve tetkikler, tedavi yöntemleri araştırma çabası içinde olmaktadır. Somatoform bozukluklar adı altında açıklanabilen bu tür rahatsızlıkların temelinde, kişinin yaşamın erken dönemlerinden itibaren maruz kaldığı travmatik yaşam olayları ve stres faktörlerine karşı geliştirdiği savunma mekanizmaları, erken dönem uyumsuz şemalar ve düşük seviyede psikolojik sağlamlığın bulunduğu anlaşılmaktadır.

Kişi tarafından adaptasyonunu olumsuz etkileme ihtimali olan her faktör, tehdit olarak anlamlandırılır. Psikolojik bütünlüğü korumak için, risk unsuru olan tehlike ve çatışmalar karşısında savunma mekanizmalarını kullanma eğilimi gösterilmektedir. Savunma mekanizmaları egoyu, id ile süperego arasındaki çatışmalardan uzaklaştıran, bilinçsiz ruhsal süreçlerdir (Kocaman, 2008:107).

Egonun, dış gerçekliğe uyum sağlamasına yararı bulunan ve ya dış gerçeklikle uyumunun bozulmasına neden olan, kendi içinde sınıflandırılan ruhsal süreçlere savunma mekanizmaları adı verilmektedir (Cramer, 2009; akt, Bora, 2019:35). Dış gerçeklikte bozulmaya neden olma veya kişinin dış gerçekliğe uyumunu sağlamaya yönelik olmaları açısından savunma mekanizmaları immatür, nevrotik ve olgun savunma mekanizmaları olarak gruplandırılabilir.

İmmatür savunma mekanizmaları, dış gerçeklikten büyük ölçüde kopukluk sağlayacak şekilde bilişsel çarpıtmaların yapıldığı ve çeşitli psikolojik rahatsızlıklar ile ilişkili olan savunma biçimleridir. Nevrotik savunma mekanizmaları, zorlu yaşam olayları ile baş etmek amacıyla geliştirilen ve immatür savunma mekanizmaları kadar yoğun olmasa da bilişsel çarpıtmaların bulunduğu düzeneklerdir. Olgun savunma mekanizmaları ise, kişinin karşılaştığı olay ve durumların istemediği yönde etkilerini gidermeye yönelik kullandığı, dış gerçeklikle uyumlu savunmalardır (McWilliams, 2020).

Savunma mekanizmalarının somatoform bozukluklar ile ilişkisi konusunda ilk açıklama Freud (1894)' te histerik vakaları incelemesi neticesinde, egonun dayanamayacağı kadar acı veren duygu ve fantezilerinden kurtulmak için bilinçdışı süreçler kullandığı yönündeki ifadeleri ile olmuştur (Yıldız, 2020:5). Freud'un histerik vakalar üzerinde yaptığı çalışmalar sonucunda geliştirdiği psikanalitik kuram ile birlikte bedensel rahatsızlıklara da bakış açısı değişmiş olup; histerik konversiyon semptomları, aktüel nevroz semptomları, hipokondriyak semptomlar ve yapısal organik bozukluklar olarak 4 tip bedensel rahatsızlık tanımlanmıştır (Yurtdaş ve İkiz, 2018:82).

Buna göre:

1. Histerik konversiyon semptomları: Oedipal dönemdeki düşlemlerin ve bastırmanın bilinçdışı olarak bedende dışa vurulması,
2. Aktüel nevroz semptomları: Güncel zamanda endişe ile karakterize olan, bedene yapılan aşırı libidinal yatırımların bedene yansması,
3. Hipokondriyak semptomlar: Narsisistik libidonun bedene yansması sonucu, hiçbir organik bozukluk olmadığı halde hastalık paranoyasının oluşması,
4. Yapısal organik bozukluklar: Bir hastalık sonrasında libidinal yükün zayıf olan organa yüklenmesi ile oluşan narsisistik gerileme ya da serbest kalan dürtülerden dolayı beden fonksiyonunda derin bozulmalar sonucu oluşması şeklinde açıklama yapılmış olup bundan sonra birçok teorisyen de somatoform bozuklukları psikanaliz çerçevesinde incelemeye yönelmişlerdir. Freud (1895)' e göre; histeri rahatsızlığının temelinde kişinin cinsel dürtülerini temsil eden bilinçdışı sembollerin hafızada

bıraktığı etkilerin bedene dönüştürülmesidir. Bedende hissedilen belirtiler; oedipal dönem öncesi gelişen üstbenlik, sembollerin depolandığı bilinçdışı ve bastırma savunma mekanizmasının etkisiyle ortaya çıkmaktadır. Aktüel nevroz semptomları genellikle kaygı ile ilişkili olarak ortaya çıkan, bedende bir işlevin az ya da çok çalışması şeklinde görülen, sembolik olarak anlamlandırılmayan bedensel belirtilerdir. Aktüel nevrozlarda, bastırma savunma mekanizmasının yeterli gelmemesi sonucu baskılama mekanizmasının kullanılması söz konusudur. Hipokondriyak semptomlarda, kişinin hissettiği bedensel belirtiler, bedende gerçek bir hasar ile açıklanamamaktadır. Narsisistik libidonun bedensel işlevlere yansıtılarak içsel çatışmadan kurtulmak amacı bulunmaktadır (Freud, 1895:199-220).

1940'lı yılların sonuna doğru somatoform bozuklukların, kişinin temelde duygularını ifade etme ilgili sorunlar yaşaması sonucu ortaya çıktığı açıklamaları yer almaya başlamıştır (Sifneos,1972). Bu konuda Horney (1952) ve Kelman (1952); somatoform bozukluğu bulunan kişilerin kendi duygularıyla iletişim kurmakta sorun yaşadıkları ve bilinçdışında yaşadıkları çatışmalara bir savunma olarak somatoform bozuklukların ortaya çıktığı şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Somatoform bozukluklar ile yakından ilişkili olan savunma mekanizmaları konusunda psikanalistler, immatür savunma mekanizmalarından somatizasyon ve konversiyon hakkında araştırmalarda bulunmuşlardır. Buna göre somatizasyon; kişinin bilinçdışına attığı duygusal istek ve ihtiyaçlarını bedensel belirtiler şeklinde ifade etmeye yönelmesidir (İnce, 2020:33). Konversiyon ise, kişinin içsel çatışmaları ya da duygusal ihtiyaçlarının, motor ve duysal işlevlerinde bir rahatsızlık olduğunu düşündürecek şekilde bedene dönüştürülmesidir (Doğan vd., 2013:101).

Günümüzde de somatoform rahatsızlıkların tanılanması, sınıflandırılması ve etkili terapi yöntemleri konusunda görüş ayrılıkları bulunmaktadır. DSM-III (APA, 1980)' de organik nedenler olmaksızın bedensel belirtiler gösteren fiziksel rahatsızlıklar olarak kabul edilip 'Somatoform Bozukluklar' şeklinde sınıflandırılırken; DSM-IV (APA, 1994)' te Somatoform Bozukluklar sınıfı içinde somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk,

konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokonriyazis, vücut dismorfik bozukluğu gibi alt sınıflandırmalar yapılmıştır. En son DSM-5 (APA, 2013)' te ise, somatoform bozukluklar başlığı yerine 'Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında somatik bozukluklar, hastalık anksiyetesi, konversiyon (işlevsel) bozukluk, tıbbi durumu etkileyen psikolojik etmenler, yapay bozukluklar, diğer somatik bozukluklarla ilişkili bozukluklar ve diğer tanımlanmamış somatik bozukluklar olarak sınıflandırma yapılmıştır.

Psikolojik rahatsızlıklarla ilişkili faktörlerden biri de erken dönem uyumsuz şemalardır. Kişinin yaşamının ilk dönemlerindeki sosyal ilişkileri ve kendisi ile ilgili olan anıları, duygusal ve bilişsel süreçleri, beden duyuları genel bir çerçeve haline gelmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2008, akt. Şahin, 2015:3). Erken dönem uyumsuz şemalar, kişinin uyum ve denge sağlamak amacıyla kullanmaya alıştığı tutum ve davranışlara sürekli eğilim göstermesi nedeniyle, köklü ve değişime dirençli kalıplardır (Young vd., 2003, akt. Arslan,2017:30).

Erken dönem uyumsuz şemalar ile somatoform bozukluklar arasında ilişki bulunduğu dair araştırmalar bulunmaktadır (Saariaho vd., 2010; Shahamat, 2011; Saariaho vd., 2012; Rezaei vd., 2014). Bu konuda yapılan bir araştırmada; somatoform bozukluğu bulunan ve sağlıklı kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarının karşılaştırılması sonucunda, somatoform bozukluğu bulunan kişilerde erken dönem uyumsuz şemaların diğer gruba göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir (Kırpınar, 2014:90).

Somatoform bozukluklar konusunda üzerinde durulması gereken diğer bir konu da kişinin psikolojik sağlamlığıdır. Psikolojik sağlamlığın, travma ve zorlu yaşam olayları karşısında kişinin başarılı şekilde baş edebilmesi ve sağlıklı şekilde uyum göstermesi olarak tanımlanabilen dinamik bir süreç olduğu ifade edilmektedir (Akar, 2018:4). Psikolojik sağlamlık farklı bakış açılarına göre tanımlanmıştır. Buna göre; psikolojik sağlamlığın zorlu olay ve durumlar karşısında güçlü kalabilmek ile ilgili etkin süreç olduğu ya da herhangi bir stres faktörüne karşı başa çıkma ve uyum sağlama becerisi olması şeklinde tanımlamalar mevcuttur (Toprak, 2014:22).

Savunma mekanizmaları, erken dönem uyumsuz şemalar ve psikolojik sağlamlık kavramlarının genel olarak tanımlarından da anlaşılacağı üzere, kişinin karşılaştığı travmatik yaşam deneyimleri karşısında içsel çatışmalarından kurtulmak ve çevresine uyum sağlayabilmek amacı ile ilgili ortak özellikleri bulunmaktadır.

Somatoform bozuklukların savunma mekanizmaları, erken dönem uyumsuz şemalar ve psikolojik sağlamlık değişkenlerinin her biri ile ilişkisi konusunda kavramsal ve kuramsal bilgiler bölümünde de anlatıldığı üzere çalışmalar bulunmaktadır. Bu değişkenlerin birbiri ile ilişkisinin somatoform bozukluklar üzerindeki etkisi hakkında çalışmaya rastlanılamamıştır.

A. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada somatoform bozuklukların, savunma mekanizmaları, şema alanları ve psikolojik sağlamlık ile ilişkisini incelemek amaçlanmaktadır.

Somatoform bozuklukların ortaya çıkma nedenleri üzerine çalışmalar incelendiğinde; çocukluk veya ergenlik döneminde aile ortamı, sosyal ilişkileri, mizaç ve kişilik yapısı gibi faktörlerin etkisiyle temelleri atılan savunma mekanizmaları konusunda açıklamalar yapıldığı görülmektedir. Yaşamın ilk yıllarında temelleri atılan erken dönem uyumsuz şemaların da somatoform bozuklukların gelişmesinde etkisinin bulunduğu araştırmalar bulunmaktadır. Somatoform bozukluğu bulunan kişilerin iç ya da dış stres faktörleri karşısında yeterli ölçüde psikolojik dayanıklığa sahip olmadıkları yönünde görüşler mevcuttur.

B. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi

Araştırma konusu ile ilgili olarak uygulanacak olan ölçeklerin sonucunda, somatoform bozukluğu bulunan kişilerin psikolojik dayanıklılığının anlamlı ölçüde düşük olarak tespit edileceği varsayılmaktadır. Ayrıca somatoform hastalarda bulunan başlıca savunma mekanizmalarının ve bunların erken dönem uyumsuz şema alanlarıyla anlamlı şekilde ilişkilendirme imkanı olacağı düşünülmektedir.

Konuyla ilişkili literatür incelendiğinde günümüzde hala somatoform bozuklukların kavram, tanı, terapi konularında bazı noktalarda belirsizlik olduğu

ve savunma mekanizmaları ile şema alanlarının ilişkilendirildiği araştırmaların yetersiz olduğu görölmektedir.

Somatoform bozukluğu bulunan kişilerin, erken tanı ve tedavisi diğer rahatsızlık gruplarına göre daha geç olmaktadır. Üstelik sadece ilaç tedavisi yeterli olmamakta, uygun terapi tekniklerine de ihtiyaç duymaktadırlar. Bilinçdışı süreçler, erken dönem uyumsuz şemalar ya da düşük psikolojik sağlamlık etkilerinin bedene yansıma şeklinde ifade edilmeye çalışıldığı düşünöldüğünde, bu kişiler için birbiriyle ilişkilendirilmiş ve daha sistematik forma dönüştürölmüş tekniklere ihtiyaçları olduğu ifade edilebilir.

Bu çalışma açıklanan koşullar düşünöldüğünde önemli olarak görölmektedir. Somatoform bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri, soruna neden olan mevcut savunma mekanizmaları ve ilgili şema alanlarına yönelik oluşturulabilecek terapi teknikleri ve bu alanda çalışmalar yapan klinisyenler için kaynak işlevi olacağı öngörölmektedir.

C. Veri Kaynakları, Yer- Süre ve Destek

Tezde Young Şema Ölçeği, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Savunma Biçimleri Testi ve Demografik Bilgi Formu kullanılarak nicel araştırma yapılmıştır. Ölçekler farklı illerde bulunan 18 yaş üstü bireylere uygulanmış ve uygun istatistikî yöntemler kullanılarak genel sonuçlara ulaşılmıştır.

D. Yöntem ve Teknikler

Araştırmada kullanılan ölçeklerden;

Young Şema Ölçeği; Gonca Soygüt, Alp Karaosmanoğlu ve Zehra Çakır tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek 6'lı likert şeklinde ve 90 sorudan oluşmaktadır.

Savunma Biçimleri Testi; Nilgün Yılmaz, Tölin Gençöz, Mehmet Ak tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan, bilinç dışı kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği; geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tayfun Doğan tarafından yapılmış olup, 6 soru maddesi ve 5’li likert tipindedir.

Somatizasyon Ölçeği; 33 soru maddesi ve doğru-yanlış şeklinde değerlendirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Şeyda Dülgerler tarafından yapılmıştır.

18 yaş üstü olup somatoform rahatsızlığı bulunan bireylere uygulanan demografik bilgi formu ve devamında yukarıda bahsedilen ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçekleri uygulamadaki amaç, somatoform rahatsızlığı bulunan bireylerin psikolojik sağlık düzeyleri hakkında genel bilgiye ulaşmak, savunma biçimleri ile şema alanları arasında ilişkilendirme yapmaktır.

Cinsiyet ve yaş faktörleri de dikkate alınarak, somatoform bozukluklar üzerinde psikolojik sağlık, erken dönem uyumsuz şemalar ve savunma mekanizmalarının aracı rolleri ile ilgili değerlendirmeler yapılmıştır. Psikolojik sağlık düzeyleri de dikkate alınarak, her bir şema alanı ile ilgili olan savunma biçimleri ve bunun somatoform bozukluklara ne şekilde zemin oluşturduğuna yönelik sonuçlardan bahsedilecektir.

E. Hipotezler

1. Somatoform rahatsızlık düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
2. Somatoform rahatsızlıklar yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.
3. Somatoform rahatsızlığın psikolojik sağlık ile yüksek düzeyde ilişkisi vardır.
4. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
5. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
6. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

7. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
8. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
9. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
10. Zedelenmiş sınırlar şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
11. Zedelenmiş sınırlar şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
12. Zedelenmiş sınırlar şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
13. Başkaları yönelimlilik şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
14. Başkaları yönelimlilik şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
15. Başkaları yönelimlilik şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
16. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
17. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.
18. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

19. Olgun savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağamlık düzeyinin aracı rolü bulunmaktadır.
20. Nevrotik savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağamlık düzeyinin aracı rolü bulunmaktadır.
21. İmmatür savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağamlık düzeyinin aracı rolü bulunmaktadır.

II. KAVRAMSAL VE KURAMSAL TEMELLER

A. Somatoform Kavramının Tarihçesi

Bir takım bedensel şikayetlerle sık sık doktora giden ancak yapılan tetkiklerde, yaşadığı sıkıntıya sebep olarak gösterilebilecek bulgu elde etmediği halde rahatsızlığı sürekli olarak yaşayan bireylere rastlanmaktadır. Bedensel olarak rahatsızlığı yaşayan birey dahiliye, nöroloji, cerrahi gibi polikliniklere defalarca muayene olduğu, birçok tahlil ve tetkik yaptırdığı halde çözüm bulamamakta ve rahatsızlığı yaşamaya devam etmektedir. Uzun uğraşlar neticesinde son çare olarak psikiyatri polikliniğine başvuran kişinin psikiyatrik tedavi sonucunda rahatlama sağladığı görülmektedir.

Beden olarak rahatsızlık olarak görülen ama tam olarak teşhis ve tedavisi yapılamayan bu rahatsızlıklar hakkındaki tartışma ve araştırmalar Eski Mısırlılara kadar dayanmaktadır. Mısırlılar bedensel olarak belirtiler gösteren ancak tam olarak nedenini anlayamadıkları rahatsızlıklar için uterusun beden içinde boşlukta yer değiştirmesi olarak açıklamışlardır. Daha sonra eski Yunan tıp bilimi uterus yerine histeri kavramını kullanarak ayrı bir hastalık olarak araştırmışlardır (Candansayar, 1994:3). Orta Çağ'da histeri vakaları kötü ruhlarla ilişkilendirilerek açıklanmaya çalışılırken, 17.yüzyılın ortalarından itibaren histeri hastalarında beden yanı sıra zihinsel süreçlerini de incelemenin gerekli olduğu tartışılmaya başlanmıştır (Kandemir, Ak, 2013: 482).

Hipokrat'tan önce ölmüş bedeni ifade eden 'soma' sözcüğü kullanılırken, Hipokrat hayat içinde önemli yaşam olaylarının da ele alındığı işlevsel- bütün bedeni 'soma' kavramıyla açıklamıştır. Hipokrat bedeni fiziksel olarak görülen ve altta psikolojik dinamikleri olan bir bütün olarak kabul etmiş olup, fiziksel olarak ifade edilen her rahatsızlığın altında psikolojik dinamiklerin de rol oynadığını ifade etmiştir (Parman, 2005:14).

Histerinin hem fiziksel hem de emosyonel yönü olan bir rahatsızlık olup, zihin ile beden arasında düzensiz işleyişten kaynaklanmadığı ve histeri

vakalarına yalnızca kadınlarda rastlanılmadığı, erkeklerin de bedensel şikayetleri için tedavi arayışında olmasının hipokondri olarak açıklanabileceği şeklinde ifadelerin (Sydenham, 1682; akt. Yatar, 2020:11) ortaya atılması bu alanda yapılan çalışmalara farklı bakış açısı getirmiştir. 18. ve 19. yüzyıllarda da histeri ve hipokondriyazis kavramlarının netleştirilmesine yönelik araştırma ve tartışmalar yoğunluk kazanmıştır. Bu dönemde histeri konusunda Briquet, Charcot ve Freud'un çalışmaları ön plana çıkarken; hipokondriyazis konusunda ise Charcot'un görüşleri öncülük etmiştir (Ünal, 1999: 2). Fransız hekim Paul Briquet, çalıştığı bir grup histeri vakaları üzerinde yaptığı incelemeler sonucunda ortak belirtiler olarak kişinin keder, yas duyguları hissettiği zorlayıcı yaşam olaylarına dayalı olarak beyin işlevlerinde bozulmalar olduğunu ifade etmiştir (Baykara, 2015:1).

Histerik vakalarla çalışmalar yürüten Charcot, genetik olarak eğilimli kişilerin örseleyici yaşam olayları karşısında beyin işlevlerinde meydana gelen bozulmaların histeri semptomları gösterdiklerine dair ifadeleriyle Briquet' in görüşlerini genişletmiştir. Freud, Breur ile birlikte Anna O. vakası gibi histerik belirtiler gösteren hastalar üzerinde yaptığı incelemeler neticesinde kişinin düşüncelerini bastırmasının bedensel belirti şeklinde ortaya çıktığını ileri sürerek konversiyon kavramını kullanmıştır. 20. yüzyılda Steckel ise Freud'un histeri semptomlarının somatik olarak görülme süreci ile ilgili olarak kullandığı konversiyon kavramı yerine somatizasyon kavramını kullanmıştır. Steckel (1935)' e göre; somatizasyon kişinin içinde bulunan nevrotik bir rahatsızlığın vücudunda rahatsızlık gibi tepkiler vermesidir (Steckel, 1935; akt.Candansayar, 1994:4).

Somatoform rahatsızlıklar ile ilgili çalışmaların tarihsel gelişiminin DSM tanı kriterleri el kitaplarına göre seyri ise aşağıda belirtilmiştir.

1. Dsm-I Psikonörotik Bozukluklar

Dönüşüm reaksiyonu (Conversion Reaction) (APA, 1952:32).

2. Dsm –II Nevrozlar

Histerik Nevroz

Histerik Nevroz, Dönüşüm Tipi

Histerik Nevroz, Dissosiyatif Tip

Hipokondriyal Nevroz (APA, 1968).

3. Dsm- III Somatoform Bozukluklar

Somatizasyon Bozukluğu

Konversiyon Bozukluğu

Psikojenik Ağrı Bozukluğu

Hipokondriyazis

Yapay Bozukluklar (Cumurcu vd., 2005:86).

4. Dsm III-R Somatoform Bozukluklar

Beden Dismorfik Bozukluğu

Konversiyon Bozukluğu

Hipokondriyazis (veya Hipokondriyal Nevroz)

Somatizasyon Bozukluğu

Somatoform Ağrı Bozukluğu

Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk

Başka Türli Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk (APA, 1987).

5. Dsm-IV Somatoform Bozukluklar

Somatizasyon Bozukluğu

Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk

Konversiyon Bozukluğu

Ağrı Bozukluğu

Hipokondriyazis

Vücut Dismorfik Bozukluğu

Başka Türli Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk (APA, 1994).

6. Dsm- IV TR Somatoform Bozukluklar

Somatizasyon Bozukluğu

Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk

Konversiyon Bozukluğu

Ağrı Bozukluğu

Hipokondriyazis

Beden Dismorfik Bozukluğu (DSM IV-TR, 2000:485-512).

1- Dsm-5 Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar

Bedensel Belirti Bozukluğu

Hastalık Kaygısı Bozukluğu

Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu

Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler

Yapay Bozukluk

Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

Tanımlanmamış Diğer Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
(APA, 2013).

2- Somatoform Bozukluklar

DSM-IV'e göre; tıbbi bir durum olduğunu düşündürmesine rağmen, tıbbi araştırmalar neticesinde böyle bir durum olduğuna dair kesin açıklamaya varılamayan, tekrarlayıcı özelliği bulunan bedensel belirtilere somatoform bozukluklar adı verilmektedir (Kulaksızoğlu vd., 2009:176). Başka bir tanıma göre, nedeni tıbbi anlamda tam olarak ifade edilemeyen, içsel kaynaklı olduğunu düşündüren bedensel belirtilere veya kişinin sürekli sağlığıyla ilgili endişelenmesiyle karakterize rahatsızlıklar somatoform bozukluklar olarak ifade edilmektedir (Çetin, 2018:3). Somatoform bozukluk; temelde bedensel kökenli olmayan, ortaya çıkmasında, ilerlemesinde psikolojik etkenlerin rol oynadığı sonucuna varılmasını sağlayan bedensel belirtilerle ifade edilen rahatsızlıkların genel adıdır (Yavuz, 2012:3).

Aile hekimliklerine bedensel şikayetlerle başvuran kişi sayısının fazla olmasına rağmen, bu kişiler arasında somatoform bozukluklarının yaygınlık oranının belirlenmesi zordur. Bu tür rahatsızlıkları belirleme ölçütlerinin kişinin yaşadığı coğrafi bölgeye ve belirtilen semptomların hafifliğine göre değişiklik göstermesinden dolayı semptomlar normal bedensel duyular olarak değerlendirilebilmektedir. Tıbbi anlamda açıklanamayan bu belirtilerin aile hekimliklerinde rastlanılma oranlarının %15-%30 arasında bulunduğu bildirilmektedir. Normalde her tıp dalında tıbbi olarak açıklanamayan rahatsızlık kategorisi bulunmaktadır. Kişi yorgunluk, nefes darlığı, mide bulantısı çarpıntı, baş ağrısı, sırt ağrısı, göğüste ağrı, karın ağrısı, eklemlerde ağrı, baş dönmesi, şişkinlikten muzdarip olma öyküsüyle müracaat etmekte olup genel olarak araştırıldığında ise bu hastaların yalnızca %15 gibi bir oranda tıbbi olarak açıklanabildiği ifade edilmektedir (Kirmayer ve Looper, 2004: 664).

Somatoform rahatsızlıkları belirleme ölçütlerinin içinde bulunulan coğrafi kültüre göre değişeceği ifade edilmiş olsa da bunun aksi yönde araştırma sonuçları da bulunmaktadır. Somatoform rahatsızlıklarda, kültürel farklılıkların etkili olup olmadığını araştırmak için 14 ülkenin dahil edildiği geniş kapsamlı bir çalışmada; kültür farklılığının etkili olmadığı açıklanmıştır. Ayrıca somatizasyon bozukluğu görülme sıklığının da dünya genelinde %19,7 iken ülkemizde %25,2 olduğu ifade edilmiştir (Baylan, 2019:34). Tıbbi incelemeler sonucu, nedeni açıklanamamasına rağmen bedensel yakınmaları olan ve değişik tanı kriterlerine sahip bireylerin, %10-20 sıklıkta bulunduğu tespit edilmiştir (Özer, 2010: 168).

Kişinin olumsuz erken yaşam deneyimleri, travmatik yaşantıları, yetişkin yaşamında karşılaştığı zorlu stres faktörleri gibi sebeplerle kendini sözel olarak ifade edemediği veya engellendiği durumlarda, içsel çatışmaları fiziksel rahatsızlar olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durumdaki kişiler, rahatsızlığına çare bulmak için çok fazla doktor muayenesi ve ilaç kullanımına yönelmektedir (Koptagel-İlal, 1999:5054). Bu yönelimin nedeni olarak, gerçekte somatizasyon bozukluğu bulunan kişilerin bedensel rahatsızlıklarının ruhsal kaynaklı olduğunu inkar etmeleri şeklinde ifade edilebilmektedir (Lipowski, 1988:1359).

Genel olarak somatoform bozuklukların tanımı, epidemiyolojisi ve risk faktörleri konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmada Somatizasyon Ölçeği

kullanılması nedeniyle, somatizasyonun kavram olarak ilk kez açıklandığı DSM-IV kategorileri dikkate alınmıştır.

B. Somatizasyon

1. Somatizasyonun Tanımı

Genel olarak somatizasyon, kişinin stresini ya da psikolojik kökenli sıkıntılarının bedensel belirtiler şeklinde ifade etmesidir. Somatizasyon ile somatoform bozukluklar birbirine yakın kavramlar olarak kullanılmaktadır. Somatizasyon, kişinin içinde bulunduğu duygusal çatışma ve rahatsızlık durumunu fiziksel belirtiler yoluyla ifade etmeye çalışmasıdır. Kişide somatizasyona önceden bir eğilim durumu vardır ve dil ile ifade edemediği durumunu fiziksel belirtilerle anlatmaya çalışmaktadır. Somatizasyon ile somatoform arasındaki temel fark ise somatizasyonda kişinin fiziksel belirtileri algılama şeklinde sorun varken, somatoformda bedensel rahatlık durumunda problem oluşmasıdır (Koptagel-İlal, 1999:28).

Somatizasyon kelimesini ilk olarak Steckel kullanmış olup kişinin psikolojik yapısında derinlerde olan nevrozun bedensel rahatsızlık yoluyla anlatımı şeklinde tanımlamada bulunmuştur (Kellner, 1990:150). DSM-IV' te somatoform bozukluklar kategorisinde yer alan somatizasyon bozukluğu; 30 yaş öncesinde başlama, yineleyici ve karmaşıklık gibi özellikleri bulunan gastrolojik, cinsel, psödonörolojik, ağrı belirtileri olan rahatsızlıklar olarak ifade edilmektedir (APA, 2000).

Somatizasyonun fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal faktörlere dayandırılarak çeşitli şekillerde tanımlamaları yapılmıştır. Somatizasyon teriminin psikodinamik teoriye göre ruhsal çatışmanın bedensel olarak hissedilen rahatsızlık olarak kavramsallaştırılması yapılırken (Kirmayer ve Young, 1998:420); psikososyal açıdan da kişinin psikolojik sıkıntılarını dile getirdiği genel bir eğilim (Wool ve Barsky, 1994:445) ve bireyin kendini emosyonel ya da dille ifade etmek yerine fiziksel rahatsızlıklar olarak ifade etmeye çalışması şeklinde tanımlamaları yapılmıştır (Heinrich, 2004:84).

2. Somatizasyonun Epidemiyolojisi

Araştırmadan araştırmaya geçişle birlikte somatizasyonun yaşam boyunca prevalansı dünya genelinde %2,8 (Gureje vd., 1997) iken ülkemizde %1,5 civarındadır (Özenli vd., 2008:135). Somatizasyon belirtileri herhangi bir yaşta başlayabilir. Belirtileri 20-30 yaşlarında hissedilmeye başlamaktadır (Kaplan ve Sadock, 2016; akt, Güneç, 2020:17). Somatizasyonun ilk semptomlarının, ergenlik döneminde görülmeye başladığı ve %90'ının 25 yaşından önce başladığı bildirilmektedir. Somatizasyon bozukluğunun ortaya çıkma nedenlerinde kalıtsal, sosyokültürel, öğrenme ve psikodinamik etkenler bulunmaktadır (Hollfield, 2007:132).

Somatizasyon bozukluğunun, diğer psikopatolojilerle ilişkisinin incelendiği bir araştırmada; Türkiye'de somatizasyon bozukluğunun görülme sıklığı %41,2 prevalans ile olarak belirlenmiştir. Ayrıca somatoform rahatsızlığı olan kişilerde %85,7 oranında duygudurum bozuklukları tanı kriterleri ile uyumlu oldukları tespit edilmiştir (Morawa vd., 2017:2).

Somatizasyonun etiyolojisi konusunda birçok kuram geliştirilmiş olup somatizasyonun nedenlerini farklı bakış açılarına göre açıklamaya çalışmışlardır.

3. Somatizasyonun Kuramsal Açıklamaları

Genel ifade ile somatizasyon, kişinin ruhsal çatışmalarını bedensel semptomlar şeklinde yaşantılama ve bu şekilde ifade etme eğilimidir. Tıbbi olarak açıklanamayan ve çoğu zaman bedenin birçok işleviyle ilgili olarak bildirilen bu rahatsızlıklardan kurtulmak için kişi, tıbbi yardım arama çabasında olmasına rağmen çözüm bulamamaktadır. Somatoform rahatsızlıklara yol açan bu ruhsal süreçler aynı zamanda toplumsal sorunlara da yol açmaktadır (Hurwitz, 2003:173).

4. Psikanalitik Kuram

Psikanalistler, vakalarında gözlemledikleri histeri semptomlarını kişinin bilinçdışına bastırması, tekrar hatırlaması, yas ve iğrenme gibi durumlara yoğunlaşarak açıklamaya çalışmışlardır. Bunun en bilinen örneklerinden biri; Freud (1905)'in 'Histeri Analizinin Parçası – Dora' isimli yayınıdır. 17 yaşında olan Dora, migren ağrıları, sesinin gitmesi, vajinal akıntı ve kuvvetli öksürük

problemleri yaşamaktadır. Freud, Dora isimli vakasının histeri semptomlarının nedeni olarak, çocuklukta maruz kaldığı cinsel taciz olayını bilinçdışına bastırması sonucu vücudunda tepkilerin ortaya çıkması şeklinde açıklamalarda bulunmuştur (Freud, 1905; akt, Biroğlu, 2018:2).

Psikanalitik kurama göre somatizasyon, bilinçdışına atılan fantezilerin ve duyguların kişide ruhsal ve emosyonel anlamda oluşturduğu anksiyetenin vücutta histerik semptomlar şeklinde ifade edilmesidir (Busch, 2014:419). Bilinçdışında bulunan fantezi ve isteklerin, histeriye neden olması ile ilgili olarak; histeri semptomları gösteren kişilerde id'den gelen isteklerin, süperegounun yasaklarıyla engellenmesi ile oluşan gerilimin giderilmesi için ortaya çıkmasının birincil kazanç ve bu semptomlar nedeniyle çevresinden gördüğu ilginin de ikincil kazanç olduğu ifade edilmektedir (Mc Williams, 2010:403).

Kişinin bilinçdışında varlığını sürdüren yaşam olaylarının oluşturduğu kaygıdan, bilinçsizce kurtulmaya çalışmasına yönelik çabalarını vücudunda rahatsızlık olarak hissetmesi olan somatizasyonun ilkel savunma mekanizmalarından olduğunu ifade eden psikanaliz kuramcılarına göre bu durum kişinin içinde çözüme kavuşturulmamış bir ruhsal çatışma olarak, çocukluk yıllarındaki verdiği bedensel tepkiler şeklindeki görünümüne gerilemektedir (Bilgi, 2013:32).

a. Psikodinamik Kuram

Psikodinamik kuramcılara göre somatizasyon; savunma mekanizmalarını kişinin bilinçdışı olarak, uygun olmayan ölçüde kullanması sonucu bir nevroz olarak ortaya çıkan ve bedensel olarak hissedilen yaşantıdır (Phillips, 2001:9).

Kişi, yaşadığı emosyonel problemleri ile başa çıkabilmek için farkında olmadan inkar, yer değiştirme, rasyonelleştirme gibi savunma mekanizmalarını kullanmakta ve sonuç olarak, emosyonel problemlerin yerini bedensel olarak hissedilen rahatsızlıklar almakta, kişi bu rahatsızlıklar ile meşgul olmaktadır. Duygularını dile getirmekte ve kendini ifade etmekte güçlük yaşayan kişinin, çevresine kendini ifade etmeye çalışması artık bedensel rahatsızlıklarını dile getirmesi üzerinden gerçekleşmeye başlamaktadır (Atmaca, 2012:275).

Genel olarak psikodinamik teorisyenler; kişinin bilinçdışında bulunan, anksiyete ve ya depresyonun açığa çıkmasını sağlayan problemin, savunma

amaçlı olarak bedensel belirtiler şeklinde ifade edildiğine yönelik açıklamalarda bulunmuşlardır (Emir, 2012:17). Psikodinamik teoriler kişilik örgütlenmesi, savunma mekanizmaları, ruhsal çatışmalar ve bedenselleştirme belirtileri arasında etkileşim olduğunu savunmaktadırlar. Genel olarak literatüre bakıldığında, kişinin ruhsal olarak hissettiği sıkıntıyı bastırdığı, sembolik olarak bedene yansıttığı, fiziksel rahatsızlık olarak ifade ettiğinin varsayıldığı görülmektedir. (Kirmayer vd., 2006:31).

Kişinin ruhsal anlamda tehlike olarak algıladığı şeyler, benlik bütünlüğünün bozulacağı kaygısı oluşturmakta ve bedensel belirtiler şeklinde ortaya çıkan, savunma mekanizmalarını kullanmaya yönelmesini sağlamaktadır (Gabbard, 2004:33). Bu mekanizmalar aslında, kişinin ruhsal olarak hissettiğini bedensel ifadelerle döndürmesidir. Kişi, bu sayede ruhsal sıkıntısını farklı şekilde de olsa, ifade edebilmenin verdiği birincil kazançtan sonra, çevresinden destek görme ile de ikincil kazanç elde etmiş olmaktadır. Birincil kazançta, kişi gerçekten rahatsızlığı yaşamaktadır. Ancak, bu durumun ruhsal acısının bedensel belirtilere yol açtığı bilincinde bulunmamaktadır (Hurwitz, 2003:173).

Kişinin, kendi ruhsal süreçleri ya da sosyal etkileşimlerinden kaynaklanan emosyonel sıkıntısının etkisiyle ortaya çıkan çatışma, bedensel semptomların ortaya çıkmasına etki etmektedir. Aslında kişinin ifade ettiği bedensel belirtiler, psikososyal sıkıntılarının bir ifadesidir. Psikodinamik kurama göre kişinin bedensel rahatsızlığının ruhsal sebepleri hakkında farkındalığı bulunmaz ve kişi ruhsal çatışmasını tanımaz. Kişinin ruhsal çatışmaları, diğerleriyle olan ilişkilerinde yaşadığı duygusal çatışmaları da bastırma çabası içinde olmasına yol açmaktadır. Bu durum da bedensel rahatsızlıklara sebep olmaktadır (Kirmayer ve Young, 1998:424).

b. Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne ilişkileri kuramının önemli kavramlarından olan nesne kişi için; diğer kişilerin, kişilerle olan ilişkilerinin, olayların kendi ruhsal dünyasındaki temsillerini ifade etmektedir. Nesne ilişkileri kuramcıları, erken dönemde deneyimlenen yaşantıların içsel temsilleri oluşturduğunu savunmaktadırlar (Tetik, 2018:43).

Nesne ilişkileri ekolünün önemli kuramcılarında Winnicott (1965)'e göre; bebek kendine ait tümgüçlü ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik çaba göstererek, gerçek benliğini oluşturmaya çalışırken, yeterince iyi anne bebeğinin bu doğal davranışlarına sürekli ve sağlıklı şekilde ve bebeğine bağlılık içerisinde yanıt verirse bebeğin gerçek kendiliği oluşur. Yeterince iyi anne, bebeğini hem bedensel anlamda korurken diğer taraftan dış dünya ve güvenli bir çevre ile nesne ilişkileri içinde olmasını sağlayan olanaklar sağlar. Yeterince iyi olmayan anne, bebeğinin gerçek benliğini oluşturmaya uygun şekilde yanıt vermez ve dış dünya ile güvenli nesne ilişkileri geliştirmesine imkan tanımazsa sahte kendilik oluşur. Sahte benlik geliştiren bebeğin, zihinsel süreçleri ile bedensel benliği uyumlu olarak gelişmemektedir (Winnicott, 1965:145).

Kuramının ilk başlarında benliğin, içgüdü tarafından verilen ve çevreden gelen olmak üzere iki bölümden meydana geldiğini savunan Winnicott (1960), bebek içten hissettiği ve dış dünyadan gelen duyuları ayıramadığını ifade etmiştir. Anne, bebeğinin içgüdüsel kaynaklı olan doğal tepkilerine uygun şekilde sakinleştirmeye yönelik yaklaşımda bulunduğu anda bebekte gerçek kendilik oluşmaya başlayacaktır. Bebeğin fantezi ve ihtiyaçlarına uygun tepki verebilecek şekilde esneklik gösteremeyen annede ise bebek annesini memnun etmek için sahte benlik geliştirecektir. Sahte benlik geliştiren çocuklarda somatoform rahatsızlıklara rastlanılmaktadır. Somatoform rahatsızlıklara ek olarak sindirim sorunları, astım gibi problemler yaşayan çocukların annelerinin endişe seviyesi yüksek, yeterince iyi olamayan annelerin bebekleri olduğu ifade edilmiştir (Winnicott, 1960; akt, Chescheir, 1985:224).

Klein (1946)'nın nesne ilişkileri kuramında ise agresyon önemli konudur. Yaşamın erken dönemlerinde bebek içsel agresyonu ve cinsel dürtülerini annesine yansıtarak başa çıkmaya çalışır. Bu yansıtma ile iyi ve kötü nesnelerin olduğu dönemde bebek paranoid-şizoid konumdadır. İlerleyen dönemlerde ise bebek, sevdiği nesneye agresyonunu yansıtmanın suçluluğunu hissetmeye başlar. Sevdiği nesneye zarar vermenin hissettirdiği anksiyete, suçluluk duygusu ve onarma uğraşlarının olduğu bu dönemde bebek depresif konumdadır (Klein, 1946:2).

c. Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre, kişinin yaşantısında karşılaştığı problemler, somatizasyon semptomlarını tetikler ve kişi bunu fiziksel belirtiler şeklinde hisseder. Bu belirtilere yönelik düşünce yapısı gelişir. Yeni gelişen düşüncelere bağlı olarak, fiziksel şikayetlerde artış ve bu şikayetlere yönelik yeni anlam yüklemeler oluşur. Sonuç olarak, kişi fiziksel şikayetlerine yönelik tedavi arayışı uğraşı içine girer (Atmaca, 2012:1).

Bedensel belirtilerin; organik bozukluklar, virüslerin neden olduğu hastalıklar, emosyonel ya da anksiyete gibi birçok sebebi bulunmakta ve kişinin dikkati bedeninde ağrı hissettiği yere yoğunlaşmaktadır. Kişi, daha önceden oluşturduğu hastalık şemasına göre bu duyumları bilişsel olarak yorumlamaktadır. Kişide bulunan hastalık şemasına ulaşıldığında bedensel olarak yorumladığı hastalık belirtileri konusundaki dikkati başka yöne çevrilebilmektedir (Kirmayer ve Looper, 2006:38).

d. Bağlanma Kuramı

Bebeklik döneminden itibaren bakım veren kişi ve bebek arasında gelişmeye başlayan, ilerleyen yıllarda da kişinin diğerleriyle ilişkilerini etkileyen emosyonel örüntüler bağlanma kavramı ile açıklanmaktadır. Bakım veren kişinin bebeğin duygusal ihtiyaçlarını yeterince karşılaması sayesinde gelişen güvenli bağlanma sayesinde bebek, dış dünyanın güvenilebilir bir yer olduğunu keşfedecek ve çevresine uyumunu geliştirecektir. Bebek, doğumdan itibaren anne ile kurduğu sembiyotik ilişki sayesinde, emosyonel farkındalığa bağlı olarak psikolojik unsurlara dönüştürme becerisi kazanır. Bu beceri, anne babanın varlığını yansıtma ve hayatını düzenlemesine bağlı olarak gelişmektedir. Anne bebek arasında güvenli bağlanma oluştuğunda fiziksel ve emosyonel durumu zihinselleştirme yetisi gelişmektedir. Zihinselleştirme, bedensel sağlık duygusal yapının düzenlenmesi ve başkalarıyla kurulan ilişkiler üzerinde önemli bir etkendir (Maunder ve Hunter, 2008:27). Güvensiz bağlanma ise, bebeklik döneminde sevgi ve ilgi gösterilmeyen sürekli şekilde duygusal ihmal ve istismarın bulunduğu ortamda oluşmaktadır. Çevreye güvensizlik, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının temelinde güvensiz bağlanma bulunmaktadır (Körük, 2016:19). Anne, bebeğin güvenli bağlanma gerçekleştirebilmesi için

gerekli şartları oluşturamazsa bebekte zihinselleştirme kapasitesi gelişmeyecek, duygusal yaşantısını karşılaştığı yaşam olaylarına göre ayarlamaya çalışacak ve somatoform rahatsızlıkların temeli atılmış olacaktır (Maunder ve Hunter, 2008:27).

Erken çocukluk döneminde yetersiz ebeveyn tutumlarından dolayı travmaya maruz kalan kişi, duygusal deneyimlerini bedensel duyular şeklinde yaşamaktadır (Krystal, 1997: 132). Ayrıca bu durum bedenselleştirme, duygu regülasyonunda problem ve aleksitimi ile ilgili birçok rahatsızlığa neden olmaktadır (Taylor, 1997:115). Duygularını tanıması ve ifade edebilmesine bağlı olarak, kişinin somatizasyon şikayetlerini hissetme gücü ve süresi farklılık göstermektedir (Lipowski, 1988:1361).

Bağlanma kuramcıları, ebeveynin tutum ve davranışları, çocuk ile iletişim şekillerinin ileri yıllarda kişinin diğerleriyle ilişkisinde ki tutum ve davranışlarını, beklentilerini şekillendiren içsel modeli oluşturduğunu ifade etmektedirler. İçsel model, erken yaşam dönemlerinde kişinin bağlandığı kişiler ile kendisi arasındaki ilişkilere göre gelişen kalıplardan oluşmaktadır (Kesebir vd.,2011:327). Bebeklik döneminde deneyimlenen bağlanma şekilleri bilinçdışı olarak sağ beyinde içselleştirilmekte, duygularla ilişkilendirilerek hafızada biriktirilmekte ve kişilerarası ilişkilerde başa çıkma stratejileri olarak kullanılmaktadır (Masterson, 2008:51).

Ebeveyn ile bağlanma ilişkilerine gelişen içsel modeller yaşamın erken dönemlerindeki travmatik deneyimlerle ilişkili olup yetişkin yaşamında bedenselleştirmenin de kökeninde yer almaktadır. Saplantılı bağlanma şeklinde ilişkiler kuran kişilerin, çocukluk döneminde bedensel ve duygusal ihtiyaçlarının yeteri kadar karşılanmamış olmasından dolayı bedensel semptomlar hissetmeye daha yatkın olmaktadırlar. Çocukluk dönemindeki travmatik yaşam deneyimlerinin; baş ağrısı, kronik ağrı, kas ve iskelet sistemi ağrıları, gastrointestinal ve jinekolojik belirtiler ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (De Paulo 2010:14).

e. Öğrenme Kuramı

Kişinin, çocukluk döneminde hastalık ve hasta olma ile ilgili yaşam deneyimleri somatizasyonu öğrenmesinde etkili faktörlerdendir. Çocuklukta hasta

olan aile üyesinin gözlemlenmesi ile rahatsızlık davranışı öğrenilebilmekte ve böylece somatoform bozukluğu geliştirme ihtimali artmaktadır (Cloninger vd.,1975:30). Davranışçı kurama göre somatoform bozukluk tanısı konulan kişilerin ailelerinde de bu rahatsızlığa sahip bireyler bulunmaktadır. Kişi, ailesindeki bireylerin rahatsızlıklardan şikayet etme davranışını sosyal öğrenme şeklinde model almakta ve somatizasyonu öğrenmektedir (Kandemir ve Ak, 2013).

Bazı aile sistemlerinde, aile üyesinin rahatsızlanması durumunda o kişinin sorumluluklarını azaltma, maddi olarak desteği artırma yaklaşımları, bu kişinin kendi bedensel belirtilerine daha fazla odaklanıp hasta rolünü benimsemesine neden olabilmektedir (Baursten, 1965:402). Kişinin çocukluk döneminde bedensel semptomlara aşırı duyarlılık gösteren kaygı düzeyi yüksek ebeveyninin yaklaşımları hasta rolünü pekiştirebilmekte ve ergenlik döneminde tıbbi incelemeler neticesinde de bedenselleştirme belirtileri ile karşılaşılabilir (Brodsky, 1984:674; Hotopf, 2002:139).

Tıbben açıklanabilir şekilde rahatsızlık yaşamış kişilerde rahatsızlığı geçtikten sonra da psikososyal zorlanmalarla karşılaştığında diğerlerini cezalandırmak, günlük hayattaki sorumluluklarından kurtulmak, ebeveyninin ilgisini daha fazla sürdürmek için farkında olarak ya da olmayarak bedenselleştirme görülebilmektedir (Rosen, 1982:494).

Bedenselleştirmenin biyopsikososyal faktörleri içeren geniş kapsamlı bir kavram olmasından dolayı tek etkene odaklanarak açıklamalarda bulunmak eksik kalmaktadır. Buna göre bedenselleştirmede kişinin kalımsal ve kendine özgü fizyolojik özellikleri olması, geçmişte deneyimlediği emosyonel zorlukları, bilişsel yorumlama yönelimleri, içinde bulunduğu çevrenin tutum ve davranışları, stres faktörleri, ikincil kazanım olup olmadığı gibi etkenlerin dikkate alınması gerekmektedir (Woolfolk ve Allen, 2007:625).

5. Somatizasyon Konusunda Yapılan Araştırmalar

Geçmişten günümüze kadar somatizasyonun oluşması ve sürmesi ile ilgili risk faktörleri de dikkate alınarak yurt içinde ve dışında birçok araştırma yapılmıştır. Travmatik yaşam deneyimleri ile somatizasyon arasındaki ilişki konusunda literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Bunlardan bazıları;

Yaşamın erken dönemlerinde, travma yaşamış, 20-49 yaş arası 361 kişi üzerinde yapılan araştırma sonucunda bedensel belirtiler gösteren kişilerde erken dönemde deneyimlenen travmalar arasında istatistiksel açıdan zayıf bir ilişki bulunduğu ifade edilmiştir (Baylan, 2019:52). Almanya’da bedenselleştirme rahatsızlığı bulunan çocukluk gelişim döneminde cinsel ve fiziksel istismara maruz kalmış depresif ruh hali bulunan 28 kadın üzerinde DSM- IV tanı kriterlerine göre yürütülen bir çalışmada, cinsel istismar gibi travmatik yaşam deneyimlerinin bedenselleştirme belirtileri ile anlamlı bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir (Spitzer vd., 2008:335).

Somatizasyon bozukluğunun dinamiklerinden birinin de, çocukluk döneminde fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü olduğu üzerinde yoğunlaşmış olsa da duygusal istismar ve ihmalin de somatizasyon belirtileriyle ilişkili olabileceğini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (Taner ve Gökler, 2004:82-86; Waldinger vd., 2006:129). Duygusal ihmal ve istismara maruz kalma düzeyi ile aleksitimi düzeyi arasında pozitif ilişki, bedensel rahatsızlık hissetme durumu ile orta seviyede ilişkinin olduğu tespit edilen bir araştırmada, duygusal ihmal ve istismar düzeyi arttıkça bedensel belirti gösterme düzeyinde de artış olduğu ifade edilmektedir (Baylan, 2019:52).

Somatizasyon bozukluğu oluşmasında diğer değişkenlerin etkisi hakkında yapılan araştırmalar incelendiğinde; bedenselleştirme ve ayrışmamış somatoform rahatsızlık tanısı bulunan kişilerin, sağlıklı olarak belirlenen kontrol grubu ile nörobiyolojik durumları dikkate alınarak karşılaştırılmaları sonucunda tanısı bulunan kişilerin kaudat çekirdeklerinin sağlıklı kişilerden daha büyük olduğunu tespit edilmiştir (Atmaca, 2012:274). Somatizasyon bozukluğu bulunan kişilerin amigdala incelemeleri sonucunda, somatizasyon bozukluğu bulunmayan kişilerden sağ ve sol amigdala boyutlarının daha küçük olduğu belirlenmiştir. Bu durum, somatizasyon bozukluğu ile amigdala beyin bölgesinin ilişkili olduğunu göstermektedir (Atmaca vd., 2011:1702).

Cinsiyet ve hissedilen bedensel belirti türü dikkate alınarak yapılan bir araştırmada, en sık baş ağrısı semptomu ile kadınların, erkeklerden daha fazla sağlık kuruluşu ziyaretinde buldukları belirlenmiştir (Sağduyu, 1995:59). Kadınlarda, erkeklere göre bedenselleştirme görülme sıklığının 5 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. 50 evli ve 50 evli olmayan kadının katılımıyla,

bedenselleştirme belirtileri ve bu belirtilerin seviyesini belirlemeye yönelik yapılan bir araştırmada kadınların medeni durumları, yaşları, çocuk sahibi olma ve bir işte çalışıyor olma durumlarının, bedenselleştirme belirtileri konusunda etkili olmadığı ancak eğitim düzeyi ile bedenselleştirme belirtileri arasında ilişki bulunduğu sonucu elde edilmiştir (Merdoğlu, 2019:18).

Sosyoekonomik, kültürel ve yerleşim yeri gibi değişkenlere göre yapılan araştırmada, sosyoekonomik koşulları yetersiz, düşük eğitim seviyesine sahip ve şehir merkezinden uzak yerlerde yaşayan kişilerde, somatizasyon belirtilerine daha fazla rastlanıldığı belirlenmiştir (Barsky ve Klerman, 1983:280).

Duyguların ifade edilmesi ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide, ailenin duygusal anlamda sağladıkları ortamın etkisi konusunda yapılan araştırmada, kızların erkeklerden daha fazla somatoform bozukluk belirtileri gösterdikleri; gergin ortamın fazla bulunduğu ailelerde yetişen ergenlerde, gergin ruh hali, duygusal destekten yoksunluk şeklinde psikolojik eğilimlerin bulunduğu ifade edilmiştir (Baylan, 2019:34).

Bazı demografik değişkenlerin etkilerine göre, somatizasyon belirtilerinin görülmesine ilişkin çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; bir çalışmada kadın rolü, annenin düşük eğitime sahip olması, kronik bir hastalık geçişinin bulunması ve ailede sözlü taciz deneyimlerinin olması gibi faktörlerin somatizasyona neden olduğu tespit edilmiştir (Özenli vd., 2009:135). Bedenselleştirme bozukluğu bulunan kadınların katılımıyla yürütülen bir çalışmada, babalarında antisosyal kişilik bozukluğu görülme riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, aynı zamanda bedenselleştirmenin aileden geçtiğini de düşündürmektedir (Cloninger, Reich ve Guze, 1975:30). Ailede antisosyal kişilik bozukluğuna sahip erkeklerin bulunmasının, kadınlarda somatizasyona neden olduğunu açıklayan araştırma sonuçları da, bedenselleştirme bozukluğunda aile etkeninin ilişkili olduğunu göstermektedir (Mineka ve Hooley, 2013:522).

Somatizasyon bozukluğunun, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik faktörlerle ilişkili prevalansı konusunda yurt dışında 3132 katılımcı ile yapılan çalışma sonucunda, kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Sosyoekonomik durumu düşük kişilerin, somatizasyon

belirtilerini gösterme oranının daha fazla olduğu açıklanmıştır (Escobar vd., 1987:713).

C. Konversiyon

1. Konversiyonun Tanımı

Konversiyon bozukluğu, temelde ruhsal çatışmaların olduğu bedensel bir rahatsızlık olduğunu düşündüren, birden fazla nörolojik belirtilerin de bulunduğu bedensel işlev kaybı görünümlü rahatsızlıktır (Yaluğ vd., 2007:458).

2. Konversiyonun Epidemiyolojisi

Konversiyon bozukluğunun, sosyo ekonomik faktörlere göre görülme sıklığına yönelik yapılan araştırmalara göre; gelişme yönündeki ülkelerde %10, gelişmiş ülkelerde %1-3 sıklıkta görülürken; kadınlarda erkeklere göre, 2-19 kat daha fazla ortaya çıkıldığı ifade edilmiştir. Ayrıca eğitim seviyesi, kırsal kesimde yaşama, zeka, içgörü gibi faktörlerin de konversiyon bozukluğunun gelişmesinde etkili olabileceği açıklanmıştır. Türkiye’de görülme sıklığı araştırıldığında ise, aile hekimlikleri ve psikiyatri kliniklerine yapılan başvurular dikkate alındığında, konversiyon bozukluğu tanısı konulan kişi sayısının yaklaşık % 4,5-32 kadar olduğu belirlenmiştir (Ülker, 2020:15).

3. Konversiyonun Kuramsal Açıklamaları

a. Psikanalitik Kuram

Histeri vakalarını incelemeye başlayan Freud, ilk başlarda histeri semptomlarının çocukluk çağı travmalarından kaynaklandığını düşünse de, çalışmaları ilerledikçe histerinin bedensel belirtilerinin kişinin nevrotik savunma düzeneklerinin sonucunda ortaya çıktığını ifade etmiş olup, bu duruma dönüşüm belirtileri demiştir (Şar vd., 2004:2271). Dönüşüm terimi; psikolojik çatışmaların, fiziksel semptomlara dönüştürülmesini ifade eder (Bogousslavsky, 2018:150).

Psikanalistlere göre; histerik konversiyon ve histerik yapı olarak iki çeşit anlaşılması gereken konu bulunmaktadır. Histeri konversiyonunda, bilinçaltındaki çatışmaların neden olduğu kaygı, bedende motor ve algısal anlamda belirtiler şeklinde görülürken, histerik yapıda temelde Oedipus karmaşası olan nevrotik örgütlenme söz konusudur. Freud’un nevrasteni dediği rahatsızlıkta görülen

semptomların temeli, yaşamın erken dönemlerinde bilinçaltına bastırılan çatışmaların bedende simgesel belirtiler şeklinde dışa yansıtılmasıdır (Ülker, 2020: 24).

Erken dönemlerde Oedipus kompleksinin çözümlenememesinden dolayı oluşan, içsel çatışmadan kaynaklanan dürtülerin dış dünyaya yansıtılması ve ya doyumunun sağlanmasına yönelik eylemlerin, kabul görmeyeceği düşüncesiyle ego bu dürtüleri bilinçdışına bastırmaya çalışmaktadır. Kuvvetli dürtüler, egonun bastırma düzeneğinin yetersiz kalması durumunda meydana gelen çatışma, bedene döndürülerek kaygı azaltılmaya çalışılmakta ve bedende herhangi bir işlevde bozukluğu ya da kayba neden olmaktadır (Öztürk, 2018:403).

b. Psikodinamik Kuram

Konversiyonun bilinçdışı olarak yaşanan öfke ve ya cinsellik dürtülerinin açığa çıkarılmasının süperego tarafından engellenmesi ile oluşan içsel çatışmaların belirtisidir. Konversiyon belirtileri, kişinin bilinçsiz olarak kendini acı çekerek cezalandırması şeklinde de açıklanabilir (Ford ve Folks, 1985:372).

Konversiyonun oluşumunda çocuklukta elde edilen algıları dış dünyaya yansıtma ve yansıtılan bu algıların semboller şeklinde tekrar bedene yansıtılması söz konusudur. Bedende hissedilen bu belirtiler cinsel arzu ve ya agresyonu temsil etmektedir. Örneğin; astım ve ya histeride bedendeki belirtiler aslında ağız ve erkek cinsel organı arasındaki çatışmayı yansıtmaktadır. Freud'a göre konversiyonun temeli bedendeki kaygıdan kurtulma umudu ve bu kaygıdan kaçmaktır. Bilinçdışında anksiyete oluşturan nesnelere gücü bedene yansıtılan belirtileri etkilemektedir (Fox, 1959:174). Bilinçaltındaki ruhsal çatışmanın oluşturduğu anksiyete bedensel olarak ifade edilerek anksiyetenin etkisi azaltılır (Bogousslavsky, 2011:150).

Diğer yandan biyopsikosozyal teoriyi geliştiren Engel ise kişilerin inanç ve tutumlarına, yaşam deneyimlerine, içinde bulunduğu sosyal ve kültürel durumlara göre semptomları kendisini merkeze koyarak abartılı şekilde algılamalarında farklılık olduğunu ifade etmektedir. Buna göre bir semptomun ifadesi her kişide farklılık gösterebilmektedir (Bogousslavsky, 2018: 76).

Konversiyon kavramına farklı bir yaklaşım getiren Otto Rank (1924), doğumun kişi için aslında travmatik bir durum olduğunu ve bu travmanın

etkisiyle bedende kaygı hissedildiğini ifade etmiştir. Kişi gerçekte rahime geri dönme arzusunda bulunmakta ve bilinçdışı olarak doğumunu kabullenmemektedir. Rahime geri dönme arzusu bedensel belirtilerle ifade edilmektedir. Örneğin; doğum esnasında başta hissedilen acı migren, nefes alıp vermede ilk başlarda yaşanan sıkıntı ise astım ile ilişkili olarak açıklanmaktadır. Konversiyon, doğum anındaki deneyimlerin bedensel olarak yeniden yaşantılanmasıdır (Rank, 1924:59).

c. Nesne İlişkileri Kuramı

Bebek yaşamının en erken dönemlerindeki içgüdüsel gereksinimleri nedeniyle hissettiği cinsel ve agresif dürtülerinin bir bölümünü annesine yansıtarak dış dünya ile ilgili iyi ve kötü yaşam deneyimleri elde eder. Bu deneyimler bebekte paranoid anksiyete oluşturur. Kişinin sevdiği kişiye hem iyi hem de kötü nitelikler yansıtması suçluluk duygusu hissettirmektedir. Anksiyete ve suçluluk duygularından dolayı kendi içinde sevdiği kişiye affettirme çabaları içine girmesiyle bu sefer de depresif ruh hali oluşur (Klein, 1946:1).

Histeri mekanizması, önemli bir psikolojik savunma şeklidir. Histeri temelde, duyguların farklı şekillerde yaşanılması veya dönüştürülmesini içerir. Duygusal tepkinin doğasının paradoksu, kendisinin yerini almasıdır. Tıpkı kaygının yüzleşme için bir uyarı sinyali olarak kullanılması gibi, herhangi bir duygu bir sinyal olarak kullanılabilir. (Easser ve Lesser, 1965:398).

Histeride gerçekte oedipal ve genital çatışmalar değil nesne arayışı etkili olmaktadır. Bebeklikte, anne memesine yatırım yapmak genital organlara yapılan yatırımın yer değiştirmesidir. Cinsel dürtüde haz arayışı değil nesne arayışı amaçtır (Fairbairn, 1952:109).

Yaşamın erken dönemlerinde travmatik yaşam deneyimlerinin, aleksitimi ve somatoform bozukluklara yol açtığı ve bu şekilde yetişen kişilerin ebeveynlerini idealleştirmiş oldukları ifade edilmektedir. Ebeveynleri çocuğun duygusal ve ruhsal yönü ile değil en çok bedensel rahatsızlıklarıyla ilgilenmiş, duygularını kendilerine göre yönetmişler, çocuklarıyla sembolik iletişimde bulunmuşlardır. Bundan dolayı bedensel belirtileri hakkında şikayetlerde bulunan kişilerin sanki kendi bedenleri değil de kendi dışında bir nesneden bahsediyormuş gibi anlatımlarına rastlanılmaktadır. Kontrolcü ebeveyn, rahatsızlığın iç çatışmalardan

ve ya dış faktörlerden kaynaklandığı ile ilgilenmemekte, ihmal edilen ruhsal süreçler somatoform bozukluklara neden olmaktadır. Histerik dönüşümün fiziksel belirtilerinde içsel çatışmanın sembolleştirilmesi ve bu sembolleştirmede anne bebek ikilisinin arasına artık babanın da eklenmesi söz konusudur. Oedipus karmaşası olarak ifade edilen süreç, kişide yaşamın erken dönemlerinde nevrotik bir endişeye neden olmakta ve bunun bedensel olarak sözelleştirilmesine gerek duyulmaktadır. Bu sözelleştirmelere somatoform bozukluklar örnek olarak verilebilmektedir (McDougall, 1982:84).

d. Öğrenme Kuramı

Konversiyon bozukluğu; çocukluk döneminde zor durumlardan kurtulmak için öğrenilen, ergenlik döneminde zorlu yaşam deneyimlerine karşı devam ettirilen baş etme stratejisidir (Torgersen, 1986:503).

Tıbbi anlamda nedeni belirlenemeyen ağrı veya motor hareketlerde sorun yaşayan kişilerde, duygusal tehdit hissettiğinde bu durumdan kurtulmak için dönüşüm mekanizmasına başvurma görülmektedir. Tehditlere karşı kendini koruma davranışları doğuştan getirilmekte, yaşam deneyimlerine göre geliştirilen stratejiler olarak davranış kalıplarına dönüştürülmektedir. Bebeğin duygusal gelişim süreçlerine uygun şekilde tepki göstermeyen ebeveynde duyguları bastırma sonucu somatik semptomlar ve döndürme tepkileri gelişmektedir (Kozłowska, 2007:487).

e. Aile Sistemi Kuramı

Çocuklukta içinde bulunulan aile çevresinin zorlu yaşam olayları karşısında verdikleri tepkiler ve geliştirdikleri baş etme stratejileri olarak bedensel belirtilerle ifade etme bulunuyorsa çocuk da bedensel belirtilere odaklı davranışlara yönelecektir (Schulte ve Petermann 2011:223). Konversiyon bozukluğu görülmesinde aile etkisi ile ilgili bir diğer açıklamada ise ailesinde kaygı bozukluğu ve depresyon başta olmak üzere değişik psikiyatrik rahatsızlığı olan ebeveynin çok fazla koruyucu yaklaşması sonucu erken yaştan itibaren baş etme stratejisi olarak beden duyularına odaklanma bulunduğu ifade edilmektedir (Aamir, 2009:302).

Ailesinde iletişim kurma ile ilgili problemler bulunan çocukların strese girmesi neticesinde konversiyon semptomları ile birlikte birçok psikolojik

rahatsızlık gelişmektedir (Volkmar vd., 1989:85). Çocuk veya ergenin konversiyon bozukluğu geliştirmesinde, kardeş kıskançlığı ya da ailesinin aşırı beklenti içinde olması gibi etmenlerin önemli olduğu belirtilmektedir. Kaygı; depresif ruh hali, çekingenlik, hassas yet, uyku problemleri, mükemmeliyetçilik gibi durumlar stresli yaşam deneyimleri ve başarı beklentisi yüksek olan ebeveyn tutumları ile ilişkidir. Sonuçta çocukta baş ağrıları gibi psikosomatik rahatsızlıklar ve davranış problemleri gelişmektedir (Kowal ve Pritchard, 1990:637).

f. Nöropsikolojik Hipotez

Duyusal- motor işlev kaybı yaşayan kişilerin, bedeninin çapraz tarafında bulunan beyin bölgesinde kan akışında diğer bölgeye göre azalma olduğu belirtilmiştir. Emosyonel stresörler, beyinde duysal-motor ile ilgili bölgeyi engelleyerek kişinin motor işlevlerde rahatsızlık hissetmesine sebep olmaktadır (Vuilleumier vd., 2001:1077). Hatırlanmak istenmeyen travmatik yaşam olaylarının bastırılması ve duygu düzenlemeyle ilgili bölüm olan limbik sistem, birincil ve ikincil motor korteks üzerinde etkili olup sensorimotor bozukluklardan sorumludur (Bogousslavsky, 2018:76).

4. Konversiyon Konusunda Yapılan Araştırmalar

Histeri ve konversiyon bozukluğu tanısı olan kişilerle yapılan araştırmada (%77) oranıyla kadınların erkeklerden daha fazla bu rahatsızlıklardan muzdarip olduğu belirlenmiştir (Slavney, 1985:23). Konversiyon bozukluğu ile sosyodemografik faktörler arasındaki ilişkide sosyoekonomik seviyesi düşük ve kırsal kesimde bulunan kişilerde konversiyon bozukluğunun daha sık görüldüğü ve konversiyon semptomlarının yetişkinliğe geçiş döneminde ortaya çıkmaya başladığı ifade edilmektedir (Kulaksızoğlu, 2009:239).

Konversiyon bozukluğuna eşlik eden diğer rahatsızlıklar ile ilgili araştırmalar ise;

Konversiyon bozukluğuna eşlik eden diğer rahatsızlıklar ile ilgili yapılan bir araştırmada 67 konversiyon rahatsızlığı bulunan kişilerin incelenmesi sonucunda, konversiyona 1. Eksen bozukluklarının da eşlik ettiği tespit edilmiştir. Buna göre; majör depresyon (%34.3), panik bozukluk (%18.0), distimi (%15.0) ve (%15.0) oranıyla disosiyatif bozukluktur (Kaygısız, 1999:33). Konversiyon

rahatsızlığı tanısı bulunan kişilerin izlenmesi sonucunda; %89,5 oranında yaygın kaygı bozukluğu, distimik bozukluk, farklılaşmamış somatoform rahatsızlık, obsesif kompulsif bozukluk, majör depresyon ve başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk gibi eşlik eden başka ruhsal rahatsızlıkları da olduğu tespit edilmiştir. Bu rahatsızlıklar arasında ise en fazla distimik bozukluk, majör depresyon, bedenselleştirme bozukluğu ve sınır kişilik bozukluğu bulunmaktadır (Şar vd., 2004:2271).

D. Hipokondriyazis

1. Hipokondriyazisin Tanımı

Hipokondriyazis, bedensel olarak hissedilen belirtilerin tıbbi tahlil ve tetkiklerle açıklanamamasına rağmen kişinin ciddi bir rahatsızlığı olduğuna güçlü bir şekilde inanması sonucu, sürekli bedensel belirtileriyle meşgul olup ısrarla tedavi arayışı içinde olması ile karakterize bir rahatsızlıktır (Pilowsky, 1970:281). Bedensel belirtiler hissetmek, gerçekte her kişinin bazı zamanlarda geçici olarak yaşadığı semptomlardır. Ancak hipokondriyazis rahatsızlığı olan kişi, bu belirtilerin önemli olduğu konusunda daha fazla endişelenmektedir (Barsky ve Klerman, 1983:275).

2. Hipokondri Epidemiyolojisi

Genellikle ilk yetişkinlik döneminde başlayan hipokondri, somatoform rahatsızlıklar arasında somatizasyondan sonra en yaygın (%2-7) görülen rahatsızlık olup, kadın ve erkeklerde eşit oranda yaygınlık göstermektedir (Butcher vd., 2013:514). Hipokondriyazis kaynaklı rahatsızlıklar nedeniyle birinci kademe sağlık kuruluşlarına başvuranların yaygınlık oranının % 0,8-4,5 olduğu bildirilmektedir (Kulaksızoğlu, 2009:182).

3. Hipokondriyazisin Kuramsal Açıklamaları

a. Psikanalitik Kuram

Hipokondri kavramı; narsistik fantezileri oluşturan psişik enerjinin, bedensel semptomlar şeklinde kendini göstermesi şeklinde açıklanmaktadır (Freud, 1914:67).

Geçmiş yaşam deneyimlerinde, üzüntü yaşayan ya da aşırı saldırganlık dürtüsü olan kişiler bedensel ağrıya odaklanarak kendileri için dayanılmaz olan bu durumdan kurtulmaya çalışmaktadırlar. Hipokondriyazis, kişinin geçmişindeki dayanılmaz olan deneyimlerini kontrol altında tutma çabasıdır (Vaillant, 1994:46).

b. Psikodinamik Kuram

Psikodinamik kuramcılar, hipokondri kavramının daha çok bedenselleştirme kavramı ile yakından ilişkili olduğunu düşünmektedirler. Kişi bilinçdışı olarak doyum sağlamak ve içsel anlamda hissettiği sıkıntıdan kurtulmak için oral döneme gerileyerek çevresinden sevgi, ilgi, beslenme ihtiyaçlarını sağlamak amacıyla fiziksel semptomlar göstermektedirler (Barsky ve Klerman, 1983:274).

Benlik saygısı düşük olan ve kendini ifade etmekte sıkıntı yaşayan kişilerde gelişen umutsuzluk ve kaygı, genel bir engellenme ile birlikte çaresizlik hissetmesine neden olmaktadır (McCranie, 1979:12). Hipokondriyazisin psikodinamik anlamda başka bir açıklamasında ise; yaşamın erken dönemlerinde, ölümün hastalanma sonucu meydana geldiği öğrenilmekte olup ebeveyni tarafından engellenen çocuk, düşmanca bir şekilde ebeveyninin ölmesini istemekte ancak bu duygularını bastırmaktadır. Bilinçdışına bastırılan bu isteklerin etkisiyle oluşan anksiyete ise kişinin ölüm korkusunun bilinçdışı bir şekilde varlığını sürdürmesine ve kişinin ölüm korkusuna karşı hasta olarak teslim olma eğiliminde olduğu ifade edilmektedir (Wahl, 1963:9).

c. Bilişsel Davranışçı Kuram

Kişi, hissettiği fiziksel rahatsızlık ve duyumlara karşı tıbben incelemeler sonucunda dahi tespit edilemeyen ciddi bir rahatsızlığı olduğuna dair güçlü inanç geliştirmiş olup, sağlığıyla ilgili yaşadığı kaygı ve çare arayışlarının psikolojik bir rahatsızlık olduğunu ısrarla kabullenmemektedir (Taylor, 2004:208). Ayrıca sağlık kaygısı yaşayan kişi, hissettiği bedensel belirtilerin tehlikeli olduğunu düşünerek ciddi bir rahatsızlığı olma ihtimaline aşırı şekilde inanmaktadır (Warwick ve Salkovskis, 1990:105). Bu kuvvetli inanç nedeniyle istemsiz olarak rahatsızlık ve ölmek ile ilgili düşünce ve hayallerle uğraşma görülmektedir (Warwick ve Salkovskis, 1989:107).

d. Öğrenme Kuramı

Kişi sürekli olarak hissettiği rahatsızlığı ile ilgili olarak bazı davranış kalıpları geliştirerek rahatsızlık seviyesini yüksek düzeyde yaşayan hasta profiline girmekte, bu şekilde rahatsızlığını çevresi tarafından da onaylattırmaktadır. Böyle bir hasta profilinde olmak, kişiyi mutlu etmektedir. Çünkü ailesi ve sosyal çevresi, bu durumun ruhsal kaynaklı olduğunu bilmeden pekiştirecek yaklaşımlarda bulunmaktadır (Wooley vd., 1978:398).

4. Hipokondriyazis Konusunda Yapılan Araştırmalar

Sağlık durumlarıyla, düşük ve yüksek anksiyeteye sahip olan kişiler arasında karşılaştırmaya yönelik yapılan araştırmada; sağlıklı olma ve hastalık konusunda farklı inançlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre yüksek seviyede hastalık anksiyetesi hisseden kişiler bedensel belirtilerine karşı felaketleştirme şeklinde yorumlarda bulunmaktadır (Hadjistavropoulos vd., 1998:150).

E. Beden Disformik Bozukluğu

Psikanalitik kurama göre, doğumdan itibaren bir süre kendisini hem beden hem de ruhsal olarak annesinden ayrı bir varlık olduğunu algılayamayan bebek, sağlıklı ayrılma-bireyselleşme sürecinden geçtikten sonra kendisini ayrı bir kişi olarak algılamaya başlamaktadır. Kişinin bedeni iç ve dış dünyadaki gerçeklikle olan ilişkiyi yansıtmaktadır. Bu ilişkiye göre, zihinde beden imgesi oluşmaktadır (Tihan, 2009:8).

Kişinin kendi zihnindeki kusurlu beden imgesinin etkisiyle sürekli olarak bedeninde gördüğü kusurları düzeltme çabalarına beden disformik bozukluğu adı verilmektedir. Toplumsal ve mesleki işlevsellikte de bozulmalara yol açan beden disformik bozukluğunda kişi, bedeninde gördüğü kusurlardan dolayı aşırı kaygılanmakta ve kurtulmak için fazla zaman ayırmaktadırlar. Genellikle ergenlik döneminde başlayan beden disformik bozukluğunun yaygınlık oranının %0,1- 1 olduğu ifade edilmektedir (Kulaksızoğlu vd.,2009:183).

Beden disformik bozukluğuna psikolojik, sosyal ve nörobiyolojik faktörler neden olmaktadır. Genellikle orta sosyokültürel düzeyde ve mükemmeliyetçi,

aşırı koruyucu, otoriter tutuma sahip aile ortamında yetişen kişilerin geçmiş yaşam öykülerinde aile içinde dalga geçilme, kardeş ya da arkadaş ile kıyaslanma, özgüven kazanmasının engellendiği erken yaşam deneyimleri bulunmaktadır. Beden disformik bozukluğu psikodinamik kurama göre, olumsuz beden imgesinin sembolik gösterimidir. Kendisini kusurlu olarak gören kişi, başkalarının da kusurlu olarak görüp sevmeyeceği inancını karşısındakilere yansıtmaktadır. Bu inanç nedeni ile reddedilme konusunda da hassasiyet görülmektedir. Beden disformik bozukluğu ile sosyal anksiyete arasında eleştirilme korkusu nedeni ile kaçınma davranışı açısından benzerlik bulunmaktadır. Anoreksiya nevroza ve beden disformik bozukluğunun da zihinsel beden imgesi ile uğraşma konusunda ortak yönleri vardır. Bu kişiler çevresindekilerin kendisini kusurlu gördükleri ve onun hakkında konuşup dalga geçtiklerine dair inançlarından dolayı sosyal ortamlara girmekten mümkün olduğunca kaçınmaktadırlar (Aslan, 2000:33-41).

F. Kronik Ağrı

Kişinin en az 6 ay boyunca şikayet ettiği ve uzun süreli tedaviler görmesini gerektiren duygusal, duyumsal, bilişsel boyutları olan ağrılar “kronik ağrı” olarak tanımlanmaktadır. Kronik ağrıya depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, kaygı bozukluğu gibi rahatsızlıklar da sıklıkla eşlik etmektedir (Gonzales vd., 2000:69).

Psikanalitik kurama göre kronik ağrıda; bastırma, izolasyon, kendine çevirme, bedenselleştirme, döndürme savunma mekanizmaları bulunmaktadır. Bilinçdışında bulunan suçluluk duygusu, çevresindekileri cezalandırma, cinsel ya da saldırgan dürtüleri ifade etmek amacıyla ağrıdan şikayet etmeye yönelme ortaya çıkmaktadır. Kronik ağrı çocukluk döneminde annenin ilgisini çekmek ya da sevgisini hissetmek amacıyla kullanılan bir yöntem de olabilmektedir. Örneğin; çocukluk döneminde hastalandığı ya da canı yandığı zaman annesinin daha fazla ilgilendiğini, okşadığını fark etmiş olan kişi, yetişkinlik döneminde de kişilerarası ilişkilerinde de iletişim yolu olarak ağrıdan şikayet etmeyi öğrenmiş olacaktır (Tütüncü ve Günay, 2011:258).

G. Somatoform Rahatsızlıkların Tedavi Yöntemleri

Somatoform rahatsızlıkların terapisinde ruhsal ve bedensel süreç konusunda bilgilendirme, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi ve kişideki değişimlerin desteklenmesine odaklanılmaktadır (Haugaard, 2004:174). Bu rahatsızlıklarda, bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin etkili olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Örneğin; somatizasyon bozukluğu üzerinde kısa süreli Bilişsel-Davranışçı Terapi'nin etki durumunu belirlemek amacıyla, Allen vd. tarafından yürütülen yapılandırılmış bir araştırmada somatizasyon rahatsızlığı olan kişilerin, günlük aktivitelerini ve kişilerarası iletişimlerinde düzenleme, rahatlama egzersizleri, emosyonel bilinç geliştirme, bilişsel yeniden yapılandırma, dikkatlerini bedensel belirtilerden uzaklaştırmaya yönelik BDT uygulamaları sonucunda, bedensel belirtilerde azalma ve işlevsellik durumlarında artış olduğu belirlenmiştir (Escobar vd., 2007: 329).

Bilişsel davranışçı terapiler, somatoform rahatsızlıkların tedavisinde etkili olmaktadır. Bu kişilerin psikoterapilerinde; psiko eğitim, iletişim becerileri, problem çözme becerileri, bilişsel yeniden yapılandırma ve gevşeme teknikleri önemli yer tutmaktadır (Şafak ve Türkçapar, 2013:84). Somatik ağrı bozukluklarının tedavisi, semptomları hafifletmeye ve bunlarla baş etmeye odaklanmalıdır (Öncüoğlu ve Yüksel, 1998:110).

Somatoform rahatsızlıkların tedavisinde sadece bir yöntem etkili olmamaktadır. Tedavide, kişinin bedensel belirtilerini rahatlatmaya yönelik tedavi ile birlikte, hastalık anksiyetesi ve bedensel belirtilerle nasıl başa çıkılabileceği yönünde psiko eğitim ve psikoterapiler de öncelikli hedef olarak uygulanmalıdır. Bazı kişiler, bedensel belirtilerle mücadele etme noktasında kaygı ve emosyonel seviyelerinde artış olduğu için direnç gösterebilmektedir. Bu rahatsızlıktan muzdarip kişilere uygun terapi modellerinden biri olan bilişsel davranışçı terapi uygulama sonucunda; hastaların bedensel belirtileri hissetme düzeylerinde ve günlük işlevselliklerinde iyileşme, depresyon semptomlarında ise azalma olduğu tespit edilmiştir (Çetin ve Varma, 2021:791).

Bedensel semptomlar yaşayan kişiler, genellikle psikiyatri hariç başka polikliniklerde çare arama davranışı içinde olmakta ve psikiyatrik tedavileri reddetmektedirler. Ancak psikiyatrik tedavinin duygusal zorlukların bedene

yansıdığı kişilerde etkili olduğu bilinen bir gerçektir. Özellikle konversiyon bozukluğunun davranışsal terapi yöntemleri, semptomların çoğunluğunun azalması ve giderilmesinde etkili olmaktadır. Hipokondrinin tedavisinde ise; yapılandırılmış bir çalışma olmamakla birlikte, depresyon ve anksiyete gibi somatoforma eşlik eden rahatsızlıkların tedavisine yönelerek hipokondriyazis belirtilerinde de düzelme olacağı ifade edilmektedir. Davranış terapisinde; ağrı ile ilgili davranışların normal davranışlarla değiştirilmesi, fiziksel aktivitelerin artırılması ve daha uyumlu baş etme yöntemlerinin öğretilmesi amaçlanmaktadır. Bedensel ağrı bozukluğunun tedavisinde belirtilerin giderilmesi ve bedensel belirtilerle baş etmeye yönelik, karşılaştırma ve tepki engelleme yöntemlerinin de kullanıldığı 8-12 haftalık program uygulanmakla birlikte, tedavi süresi kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bilişsel terapi ve aşamalı egzersiz programında kişiye gevşeme eğitimi verilerek ve davranış değişikliği oluşturularak, fiziksel aktivitelerindeki artış ve sağlıklı davranışları ödüllendirilmektedir (Öncüoğlu ve Yüksel, 1998:111-112).

Somatoform bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımların etkinliğini gösteren birçok çalışmaya (Speckens vd., 1995; Sumathipala vd., 2000; Barsky ve Ahern, 2004; Escobar vd., 2007; Greeven, 2007) rağmen, bu bozuklukların altında yatan bilişsel-davranışsal süreçler veya şemalarla ilişki henüz tam olarak açıklığa kavuşmamıştır.

H. Savunma Mekanizmaları

1. Savunma Mekanizmalarının Tanımı ve Tarihçesi

"Bireyi kaygıya ve iç ve dış stresörlerin farkındalığına karşı koruyan otomatik psikolojik süreçler" e "savunma mekanizmaları" adı verilmektedir (DSM-IV Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

Boeree (2006)'in belirttiği gibi savunma mekanizmaları kavramını ilk olarak kullanan Freud (1894)'e göre; ego, id ve süperego ile gerçeklik arasındaki çatışmalarla kendi yollarıyla başa çıkmaya çalışmakta ve bilinçdışında işleyen bir süreçle, kaygı yaratan unsurları daha az tehditkâr ve daha kabul edilebilir bir forma dönüştürmektedir. Egonun kaygı yaratan durumdan kaçınmak, id ve süperego arasında denge sağlamak için kullandığı başa çıkma stratejilerine genel

olarak savunma mekanizmaları denilmektedir. İd, süperego ve dış dünyanın etkisiyle hissedilen tehdit karşısında, egonun tehditlerin meydana getirdiği anksiyeteden kurtulmak için kullandığı düzeneklere savunma mekanizmaları adı verilmektedir (Yıldızoğlu, 2013:60).

Savunma mekanizmaları kavramı ilk kez Freud ve Breuer'in histeri semptomları üzerinde yaptıkları çalışmalar sonucunda, geçmişte yaşanan zorlayıcı yaşam olaylarını bastırmanın histeri rahatsızlığının nedeni olarak açıklamaları ile ortaya çıkmıştır (Freud ve Breuer, 2001:35). Daha sonraki çalışmaları neticesinde Freud (1915), kişide sadece bastırma savunma mekanizmasının olmadığını bundan başka gerileme, karşıt tepki oluşturma, yapıp bozma, yansıtma, yalıtma, kendine yöneltme, içe yansıtma gibi savunma düzeneklerinin de var olduğunu açıklamıştır. Anna Freud (1936) ise, babasının tanımladığı savunma mekanizmalarına yüceltme, saldırganla özdeşleşme ve özgecilik kavramlarını da eklemiş ve böylece on iki adet savunma mekanizması olduğu ifade edilmiştir (Taşkent, 2010:29).

Savunma mekanizmaları konusundaki araştırmalara yoğunlaşmalar sonucunda ise, farklı açıdan tanımlamalar ve gruplandırmalar ortaya çıkmıştır. Örneğin; nesne ilişkileri kuramcısı Klein (1946) savunma mekanizması kavramını, erken bebeklikte bakım veren ile kurulan ilişkide bebeğin, kendisini veya bakım veren kişiyi iyi-kötü değerlendirmeleri neticesinde suçluluk ya da saldırganlık olarak hissettiklerini içe atarak kendini sakinleştirmesi şeklinde açıklarken; Sullivan, insanlararası ilişkide yaşanan sıkıntılar karşısında kişinin kendiliğini korumak için kullandığı düzenekler olarak tanımlamıştır (Klein, 1946; akt. Yıldız, 2020:6).

Genel olarak; savunma mekanizmalarının işlevleri konusunda ego psikologları anksiyeteden kurtulmak, kendilik psikologları güçlü ve olumlu bir kendilik duygusunu devam ettirmek, nesne ilişkileri kuramcıları ise üzüntü duygusundan kurtulmak için kullanıldığı şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır (Mc Williams, 2011; akt. Kalem, 2020:130).

2. Savunma Mekanizmaları ve Kuramsal Yaklaşımlar

Ego, kişiliğin gelişmesi ve bireyin sosyal ortama uyum sağlayabilmesi için ruhsal ve emosyonel çatışmalardan korunup, ruhsal dengesini korumak amacıyla

savunma düzeneklerini kullanmaktadır. İd, ego ve süperegö arasında meydana gelen çatışmaların verdiği gerginlikten kurtulmak için ego, idden gelen dürtüleri denetim altında tutarak karşılaştığı duruma uyum sağlama ya da kaçınma eğiliminde olmaktadır. Ego, idden gelen dürtülerin neden olduğu bu çatışmaları bilinçte ya da bilinçdışında yaşamakta ve idi denetim altında tutarak gerginliği gidermek için savunma mekanizmalarını kullanmaktadır (Freud, 1912/2018:114).

Bir yandan idin içgüdüsel itkilerini frenleme, diğer yandan da süperegönün mükemmellik taleplerini karşılama ego için kaygı oluşturan bir durumdur. Bu durumda ego, nevrotik ve ahlaki kaygıdan kurtulmak ve dış dünyaya uyum sağlayabilmek için bilinçdışı olarak savunma mekanizmaları kullanır. Her savunma mekanizmasında amaç, egonun algıladığı kaygı ve tehdit düzeyini azaltmaktır. Ancak işlevlerine göre, basit ya da karmaşık düzey olarak farklılıklar gösterebilmektedirler. Örneğin; inkar ve bastırma savunma mekanizmaları basit düzeyde olmalarına rağmen inkar savunma mekanizmasında amaç, egoya ağır gelen gerçeklikleri yok saymak iken, bastırma savunma mekanizmasında ego, gerçekliğin farkındadır ancak bilince ulaşmasını engellemeye çalışır. Freud, savunma mekanizmalarını psikopatolojik olarak açıklamış ancak histeri nevrozu ile ilgili yaptığı çalışmalarla savunma mekanizmalarının patolojik olmadığını anlamıştır. Freud, savunma süreçlerinin gelişim döneminin erken dönemlerinde gelişmeye başladığını işaret ederek savunmaların üç işlevi bulunduğunu belirtmiştir.

3- Zihinsel içeriğin kapanması

4- Zihinsel içeriğin çarpıtılması

5- Zihinsel içeriğin zıt içerikler kullanılarak örtülmesi (Freud, 1915/1957).

Anna Freud (1936) ise, savunma mekanizmalarının kişinin istemediği ve anksiyete oluşturan yaşantılarla baş etmek, id'den gelen dürtü ve duygular karşısında güç sağlamak amacıyla yöneldiği bir ruhsal işleyiş süreci olduğunu açıklamıştır. Buna göre ego, id'den gelen dürtüsel istekler ile süperegönün engellemeleri karşısında varlığını sürdürebilmek için farklı düzeylerde savunma mekanizmalarını kullanmaktadır (Freud, 1936; akt. West, 2018:12).

İd ve süperego arasında kalan egonun hem içten hem de dıştan hissettiği tehlike karşısında nevrozlar ortaya çıkmaktadır. Egonun, idden gelen istekler karşısında içgüdüsel kaygıya karşı savunmaya geçmesi sözkonusu iken süperegodan kaynaklanan tehlike hissettiğinde ise dışsal kaynaklara karşı savunma ortaya çıkmaktadır (Cramer, 1991:6).

Cramer ve Jones (2008)'e göre; savunma mekanizmaları, çatışma ve anksiyeteye yol açan ihtiyaçların engellenmesi ve özellikle de benlik saygısını ve/veya benliğin bütünlüğünü tehdit eden durumlar sonucunda ortaya çıkan gerilimi, geçici bir süre için de olsa yatıştırmak ve/veya uyum sağlamada kullanılır ve kişiliğin gelişiminde önemli bir faktördür. Savunma mekanizmalarının kullanımının işlevsel olduğu gelişim döneminden bağımsız bir şekilde devam ettirilmesi, baskın bir şekilde kullanılması ve kişiliğin bir parçası haline getirilmesi psikopatolojiye yol açmaktadır.

Savunma mekanizmalarının kullanılmasının nevrotik semptomlara sebep olduğunu ve kişinin yöneldiği savunma mekanizmasının aynı zamanda nevroz türüne de yönelimi olduğunu ifade eden A. Freud'un görüşleri ile aynı doğrultuda açıklamalarda bulunan Haan ve Krober (1963) de, işlevsel olmayan durumlar karşısında savunma mekanizmalarının kullanıldığını savunmuşlardır. Taylor ve Brown (1988) gibi çağdaş psikologlar, savunma mekanizmalarının kullanımının mutlaka patolojik duruma işaret etmediğini, savunma mekanizmasının yaşamda karşılaşılan problemler ile baş etmek ve yoğun stres durumlarında, uyum sağlama ve zihin sağlığını geliştirme işlevlerinin de olduğunu ifade etmişlerdir. Savunma mekanizmalarının hepsi patolojik değildir. Kullanılan savunma mekanizmasının genellenmesi ve gerçekliğin çarpıtılması patolojik durumu ortaya çıkarmaktadır (Cramer, 1991:7).

İnternal ve external olarak oluşan stresi azaltmak ve zihinsel anlamda uyum sağlamak amacıyla kişi; kendisi, diğerleri, düşünceler veya duygular hakkındaki yorumlarını, doğuştan gelen ve bilinçdışı ortaya çıkan savunma mekanizmaları aracılığıyla değiştirmektedir (Vaillant, 1994:44).

a) Yüksek uyumlu (high adaptive): Özgecilik, mizah, yüceltme.

b) Zihinsel engelleme (mental inhibition): Yer değiştirme, disosiyasyon, entelektüelleştirme, soyutlama, yapma bozma.

c) Küçük çapta imge bozulması (minör image-distortion): Değersizleştirme, idealizasyon, mutlak güçlülük.

d) Reddetme (disavowal): İnkâr, yansıtma, rasyonalizasyon.

e) Büyük çapta imge bozulması (major image-distortion): Otistik fantezi, yansıtımlı özdeşim, bölünme.

f) Eylem (action): Eyleme vurma, ilgisiz geri çekilme, pasif agresyon.

g) Defansif düzensizlik (defensive dysregulation): Psikotik yansıtma, psikotik inkâr, psikotik çarpıtma.

Vaillant (1994)'te hastaların daha iyi anlaşılabilmesi için klinisyenlerin tanı formülasyonuna kişinin savunma tarzını dâhil etmelerinin ve immatür (olgun olmayan) savunmaların (örneğin bedenselleştirme, fantezi, bölme, yansıtma ve pasif saldırganlık gibi) klinik olarak değerlendirilmesinin gerekliliğine dikkat çekerek kişilik bozuklukları olan bireylerin sınıflandırılmasında ve tedavisinde savunma tarzlarının bilinmesinin özellikle faydalı olacağı iddia edilmektedir. Ayrıca Vaillant (1994)'e göre savunma mekanizmaları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

İlkel, patolojik savunma mekanizmaları (5 yaş öncesi): Sanrısâl projeksiyon, psikotik inkâr ve projeksiyon.

2. Olgunlaşmamış savunma mekanizmaları (3-16 yaş): Projeksiyon, şizoid fantezi, hipokondriazis, pasif agresif davranış, eyleme vurma.

3. Nevrotik savunma mekanizmaları (3-90 yaş): Entelektüelleştirme, bastırma ve karşıt tepki geliştirme.

4. Olgun savunma mekanizmaları (12-90 yaş): Fedakarlık, mizah baskısı, mizah ve yüceltme.

Fenichel (1945), egonun savunma işlevini gelişim dönemleri kapsamında açıklamıştır. Buna göre, yaşamın erken dönemlerinde denetimsiz içgüdüsel bir enerji vardır ve ego bu dönemde pasif konumdadır. Gelişimin ilerleyen dönemlerinde, egonun gelişmeye başlaması ve denetimsiz olan dürtülerin meydana getireceği tehlikeli durumları tahmin etmeye başlamasıyla birlikte, anksiyete oluşmakta ve ego savunma mekanizmalarına gereksinim duymaktadır. Bu süreçte, ego dürtüleri denetim altına almakta başarılı olamazsa oluşan

anksiyete daha etkin hale gelmekte ve panik oluşmaktadır. Savunma mekanizmalarının kullanılış amacına göre, olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Çevreye uyum, büyüme ve deneyim kazanmaya yönelik kullanılan savunma mekanizmaları olumlu, dürtüsel gereksinimlere ve bilinçdışı çatışmalara yönelik kullanılan savunma mekanizmaları ise olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Örneğin; özdeşleşme savunma mekanizması öğrenme ve beceri kazanma olumlu etki gösterirken, inkar savunma mekanizması egonun dış gerçeklikten uzaklaşması noktasında olumsuz olabilmektedir (Fenichel, 1945; akt. Cramer, 1991:12).

Savunma mekanizmaları; kişide oluşmaya başladığı gelişim dönemleri, kişilik örgütlenmeleri, uyum sağlama gibi faktörler dikkate alınarak çeşitli şekillerde sınıflandırılmışlardır. Örneğin; Kernberg (1966), savunma mekanizmalarının kişilik örgütlenmesindeki durumuna, Fenichel (1945), istenmeyen duyguları bilinçten uzaklaştırmayı sağlamadaki başarılarına göre açıklamalarda bulunmuşlardır. Vaillant (1977) ise, psikolojik sağlamlık, çocukluk dönemi yaşam deneyimleri, kişilerarası ilişkiler, ruhsal adaptasyon gibi faktörler kapsamında 45 yıl boyunca erkeklerden oluşan örneklem grubu üzerinde yaptıkları incelemeler sonucunda kullanılan savunma mekanizmalarının gerçeklikten uzaklaştırma ya da işlevsel olma durumlarını inceleyerek gruplandırma yapmış ve olgun savunma mekanizmalarının ruhsal uyum ve psikolojik sağlamlık ile ilişkili olduğunu açıklamıştır (İmamoğlu, 2018:29).

Bilişsel davranışçı kurama göre, savunma mekanizmaları sosyal etkileşim sırasında öğrenilerek ortaya çıkmaktadır. Olumsuz bir durum karşısında emosyonel sıkıntıya giren çocuk, bu durumdan kurtulmak için bilinçli ve ya bilinçsiz bazı tedbirler almaya gereksinim duymakta kişilerarası ilişkileri içinde bazı davranış kalıpları öğrenmektedir. Öğrendiği kalıpları başka durumlarda da kullanmaya devam etmektedir. Kısacası kaygı, koşullu tepkilerle ilgilidir ve koşullu öğrenme, bu davranışların algılanmasında rol oynar (Perry ve Cooper, 1986:30).

Genel olarak, daha olgun (matür) kabul edilen savunma mekanizmaları, gerçekliği çarpıtmadan tehditkâr duyguları etkili bir şekilde uzaklaştırarak gerçekliğe uyum sağlama konusunda daha büyük bir beceriyi temsil ederler. Bu savunmalara örnekler; süblimasyon, mizah, bastırma, fedakârlıktır. Farklı olarak,

olgunlaşmamış veya ilkel olarak düşünölen savunma mekanizmaları, acı veren zihinsel içeriğin şiddetli şekilde değiştirilmesi ve/veya dış gerçekliğin belirgin bozulması ile karakterizedir. Bu savunma mekanizmaları örneklere; projeksiyon, bölme, dışa vurma ve otistik fantezidir (Granieri vd., 2017:2).

Egonun gelişim süreci ile psikopatoloji ve savunma mekanizmalarının kullanım şekli birbiri ile etkileşim içindedir. Bu etkileşim dikkate alınarak ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı olan DSM III-R'de savunma mekanizmalarının tanımlanması yapılmıştır. Buna göre *savunma mekanizmaları kişileri iç ve dış tehlikelere ya da sıkıntılara karşı koruyan ancak, kişilerin sıklıkla bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı otomatik psikolojik süreçler* şeklinde açıklanmaktadır (Yılmaz vd. 2007:245).

3. İmmatür Savunma Mekanizmaları

Dış gerçeklik ile uyumlu olmayan en ilkel savunma düzeneklerine immatür savunma mekanizmaları adı verilmektedir (Taşkent, 2010:31). İlkel savunma mekanizmaları, yaşamın en erken dönemlerinde gelişmekte ve hissedilen kaygı durumlarından benliği koruyabilmek için üst düzeyde çarpıtmalar yaparak, kaygı seviyesini azaltmak için bilinçdışı şekilde kullanılmaktadırlar. Yüksek seviyede çarpıtmalar sonucunda, kişi ya tepkisiz kalma ya da işlevsel olmayan tepkilere yönelme eğilimi göstermektedir (Tabakçı, 2014:7).

Savunma mekanizmasının immatür olarak değerlendirilmesinde, kişinin gerçeklik ilkesinin kazanamamış olması ve kendi dışındaki kişilerin sabit olduğu konusunda yeterli muhakemeye sahip olmaması etkili faktörlerdir (Mc Williams, 2010:132).

Bastırma: Freud, (1937)'ye göre; bastırma yalnızca en etkili değil, en tehlikeli mekanizmadır. Duygulanım ve dürtü yaşamının küçümsemeyecek bölümlerinin bilinçdışı bırakılmasıyla oluşan egodaki çözümler, kişiliğin dengesini bir daha düzeltilmeyecek biçimde bozabilir. Böylelikle bastırma, uzlaşma ve nevroz oluşumları için temel oluşturur. Bastırma düzeneğinin aşırı çözümlerine şizofrenik bozukluklar örnek verilebilir.

Nevrotik rahatsızlıklar ile yakından ilişkili olan bastırma savunma mekanizmasında, açığa çıktığında haz vermek yerine sıkıntı yaratması muhtemel

olan bir dürtünün bilinçten uzak tutulması amacı bulunmaktadır. Bastırılan dürtünün bilince çıkmak için yaptığı baskılar sonucunda bastırma savunma mekanizması yetersiz hale gelmeye başladığında ego; yer değiştirme, dönüştürme ve ya gerileme savunma mekanizmalarına yönelebilmektedir. Egonun yöneldiği bu savunma mekanizmaları da histeri, obsesif kompulsif bozukluk veya kaygı bozukluğu gibi nevrotik rahatsızlıklara neden olmaktadır (Kulaksızoğlu, 2009:45).

Cüceloğlu (1998)'in ifadesiyle,

“Bastırmanın süresi ve şiddeti arttıkça bir süre sonra kişinin algılama keskinliği, düşünme yeteneği, özellikle heyecan ve duygularını yaşama ve ifade etme yeteneği donuklaşır ve kütleşir”. Bastırma düzeneği, günlük yaşamın içinde dil ve hareket sürçmeleri olarak belirebilir. Çeşitli dalgınlıklarımız ve kasıtsız gibi görünen unutkanlıklar, atlamalar, ertelemeler, yanlış anlatımlar bastırma belirtileri olup bilinçdışı güdüler, korkular, baskılar altında yapılan durumlardır.

Üst düzey savunma mekanizmalarının kullanımında genellikle bastırma mekanizması da bulunur. Örneğin; karşıt tepki oluşturma mekanizmasında ilk duygunun bastırılması söz konusudur (Mc Williams, 2010:162).

Bastırma ile inkar mekanizmaları arasındaki fark; inkar dış gerçekliklerle, bastırma ise içsel durumlarla ilgilidir.

İnkâr (Yadsıma): Benliğin, tehlikeli olarak algıladığı ve bunaltı doğurabilecek gerçeği yok saymasıdır. Kişi, benliğine ağır gelen durumu hiç yaşamamış gibi davranarak başa çıkmaya çalışmaktadır. Örneğin; sevilen birinin ölümüne inanmak istenmemesinde kişi, benliğine ağır gelen kayıp ve yas duygusundan kurtulmak istemektedir. Ancak zamanla kişi bu acı veren durumu kabullenmeye başlar. Yadsıma savunma mekanizması ile en ilişkili psikopatolojik rahatsızlık manidir. Manide kişi, kendi sınırlarını, zayıf yönlerini, ölümlü olduğunu bile büyük ölçüde inkar etmektedir (Mc Williams, 2010:136).

Anna Freud'a (1936/2004) göre inkar savunması dört şekilde olmaktadır:

- 1- Gerçekliğin inkar edilmesi. Mesela; kişinin sevdiği birinin öldüğünü tüm delillere rağmen kabul etmemesi, çocuğun ağlamasına rağmen üzgün olmadığını ya da ağlamadığını söylemesi bu tür inkara örnektir.

- 2- Davranışla inkar: sevilen kişinin ölümünün bilinç yüzeyinde kabul edilmesine rağmen böyle bir gerçek yokmuş gibi davranılması. Ölmüş kişi için yemek masasına tabak konulmaya devam edilmesi davranışla inkara örnektir.
- 3- Hayalde inkar; rahatsız edici bir gerçeğin yanlış inançlarla yok sayılması. Örneğin; "bir baba kızını asla taciz etmez" şeklinde düşünmek.
- 4- Sözle inkar; rahatsız edici gerçekliğin olmadığına kişinin kendini inandırmak için büyüsel, özel kelimeler kullanması. Örneğin; sevgilisi tarafından terk edilen kişinin, giderken ona kendi aralarında kullandıkları şekilde hitap ettiğini bunun da geri döneceği anlamına geldiğini söylemesi.

Yadsıma mekanizması ile bellek arasında sürekli bir savaş durumu vardır. Duygusal olarak taşınamayacak kadar hoşla gitmeyen bir gerçek bazı anlarda kabul edilir, bazı anlarda ise yadsınır ve bu durum, olayın etkisi geçiştirilinceye ya da bastırılincaya dek sürdürülür (Geçtan, 1997:74).

İstismara uğramış bir çocuğun öfkesini, korkusunu, gazabını ve dehşetini görmezden gelmeye ya da inkar etmeye devam ederse, fiziksel ve ruhsal belirtilerin ortaya çıkacağı kaçınılmazdır. Örneğin; itici/reddedici ebeveyn tutumuyla çocuğuna yaklaşan bir annenin çocuğu, açık bir şekilde ihmal edildiğini ve annesinin düşmanca davranışlarını inkar ederek, annesinin ilgili, onu çok seven, nazik davranan biri olduğunu savunabilir. İnkâr savunma mekanizmasını kullanma nedeni, yaptığı veya yaşadığı kötü olay ve eylemlerden doğabilecek kaygıdan kendini kurtarmaya çalışmaktır (Mc Williams, 2010:142).

Yansıtma: Kimi duygu, dürtü ve gereksinimlerin dışarıya aktarılıp, yansıtılıp dışarıdaymış ya da dışarıdan kendisine yöneltiyormuş gibi algılanması da önemli ilkel savunma düzeneklerinden biridir. Bireyin egosuna ağır gelen, baş etmekte güçlük çektiği duygu ve düşünceler kendisi dışındaki başka kişi ve durumlara yansıtılır. Kabul edilemeyecek duygu ve kişisel özellikler bilinçaltında reddedilir ve başkalarına yakıştırılır (Millon vd., 2019:32).

Gündelik hayatta da sıklıkla kullanılan bu savunma mekanizmasını kişi hayatının ilk yıllarında kullanmayı öğrenir. Örnek olarak; oyuncaktan düşen

çocuk öfkelerini oyuncağa yansıtarak tekmelemesi ya da sınavda düşük not alan öğrencinin öğretmenini düşük not vermekle suçlaması gösterilebilir (West, 2018:13).

Yansıtma mekanizmasından önce kişide inkar vardır. Kişi, kendi içindeki kabul edilemez dürtü ve duygularını çevresindeki kişilere yansıtmayı çok fazla kullandığında dış gerçeklikle ilgili hezeyanlar ortaya çıkar ve kişilikte önemli ölçüde bozulmalara neden olur. Yansıtmanın yapıldığı kişi, yanlış şekilde algılanıp yorumlandığı için bu savunmayı kullanan kişi tarafından gerçekçi olmayan bir biçimde değerlendirilir ve düşünceler paranoid özellikte bir hal alır (Mc Williams, 2010:142).

Yansıtma ve dışsallaştırma mekanizmaları, dış yönelimli olmalarından dolayı birbirine karıştırılabilmektedir. Bu iki mekanizma arasındaki en önemli farklılık yansıtma mekanizmasında kişinin dışa yönelimi bilişsel süreçle ilgili olmasına rağmen, dışsallaştırmada dış dünyaya yönelik davranışlar sözkonusudur. Diğer bir fark ise, kişinin dış dünyaya karşı önlem almaya yöneliminin olması, yansıtma ise sadece hissetme bulunmaktadır (Cramer ve Phebe, 2015:216)

İçe Yansıtma (İçeatım): Kendini diğer kişilerin yerine koyma, diğer kişi veya grupların sahip olduğu norm ve değerleri olduğu gibi kabullenmeye içe yansıtma denilmektedir. İçe yansıtma, başkasının özelliklerini bireyin kendine atfetmesiyle oluşmaktadır (Boeree, 2006: 10). İçe yansıtma aracılığıyla birey dışsal dayatmaları, suçluluktan kaçmak ve mevcut özsaygısını korumak için benliğiyle uyumlu hale getirmeye çalışmaktadır (Gagne ve Deci, 1994:345).

Bebeklik döneminde anne ile ilişkilerin, bebek açısından iyive kötü olarak çelişkili olması durumunda kendini çaresiz hisseden bebek, annenin özelliklerini içe atarak, reddedilme duygusunun verdiği acıdan kurtulmaya çalışmaktadır. İçe atma savunma mekanizması sayesinde ideal nesne oluşturularak bilinçdışına gönderilmekte ve ego olumsuz duygulardan kurtulmaktadır (Fairbrain, 1954:107).

Bu savunma mekanizmasının patolojik boyutta kullanılmasına örnek olarak; korku ve suistimal durumlarında kişi korkusuyla baş edebilmek amacıyla korktuğu veya suistimal eden kişinin niteliklerini içine yansıtması verilebilir. Ölüm, ayrılık gibi durumlarda, imgesi içselleştirilen kişinin artık olmayacağı

hissetmekten ziyade kişi kendisinin bir parçasını kaybetmiş olarak hisseder (Mc Williams, 2011; akt, Kalem, 2020:144).

Bölme : Dış dünyadaki obje ve durumların “tamamıyla iyi” ve “tamamıyla kötü” olarak ikiye bölünmesidir. Bölünme mekanizması, duygular arasında ani ve keskin değişimlere neden olabildiği gibi benlik kavramında da sarsılmalara yol açabilmektedir (Cramer ve Francis, 2010: 620). Bilinçdışında, ya kötüyü yok edip iyiye ya da iyi olanı yok sayıp kötü tarafa yönelme bulunmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018:68).

Klein’e (1932/2015) göre, bebeklikte nesne sürekliliği henüz oluşmadığı için diğer kişilerle ilişkiler her seferinde yeniden deneyimlenir. Bilişsel gelişime bağlı olarak nesne sürekliliği de gelişmektedir. Nesne sürekliliğinin gelişmeye başlaması ile birlikte, bebeğin diğer kişilerle ilişkisine göre içsel temsiller de oluşmaya başlamaktadır. Annesinin yaklaşımına göre hem iyi hem de kötü temsiller oluşturan bebek, bundan sonra ki ilişkilerini de içsel temsillere göre sürdürmektedir. İçsel temsillere göre iyi ve kötü olarak bölünen benlik, kötü tarafın iyi taraf üzerinde baskı kurmasını engellemeye çalışır. Benliğin olgunlaşmaya başlamasıyla, iyi ve kötü şeklinde bölünme sonlanmakta ve kendilik bütünleşmektedir. Duygusal ihtiyaçların tutarlı ve sürekli bir şekilde karşılanmadığı aile ortamında ise bölme devam etmekte, sağlıklı kendilik oluşmamaktadır (Klein, 1932/2015; akt, Karakuş, 2017:36).

Bölme mekanizmasını sıklıkla kullanmaya yönelik gelişmiş kişilik örgütlenmeleri bulunmaktadır. Karmaşık bir ruhsal duruma sahip olmak gibi ortak özellikleri bulunan; antisosyal, histrionik kişilik bozuklukları ile narsistik kişiliklerin büyük çoğunluğu bölme mekanizmasına sıklıkla başvurmaktadır (Kulaksızoğlu, 2009:349).

Pasif Saldırganlık: Kişi, içsel çatışma ve strese neden olan faktörler ile başa çıkabilmek için, başkalarına karşı dolaylı ve çekingen saldırgan dürtülere yönelmektedir. Burada diğerlerine karşı boyun eğme ve küsme davranışlarıyla gizli direniş gösterilmek söz konusudur (Aras, 2021:21).

Kişinin hem ruhsal hem de dış stres faktörleri ile başa çıkabilmek, emosyonel çatışmalardan kurtulmak amacıyla diğer kişilere karşı hissettiği öfke ve agresyonunu gizli bir şekilde göstermeye yönelmesine pasif saldırgan savunma

mekanizması adı verilmektedir. Dışarıdan bakıldığında boyun eğen kişi imajı görünmektedir. Kişi bulunduğu ortamda surat asarak, düşük performans göstererek, sorumluluk almaktan kaçınarak, bilinçli şekilde sakarlıklarda bulunarak diğer kişileri cezalandırmaya yönelmektedir (Taşkent, 2010:32).

Anal dönemde, çocuğa katı ve cezalandırıcı tutumla tuvalet eğitimi verilmesi, pasif saldırganlığa yönelmesini sağlamaktadır. Bakım veren kişinin istediği zamanda tuvaletini yapmak istemeyen ve içinde tutan çocuk, karşı tarafa hissettiği saldırganlık duygusunu pasif direniş göstererek ifade etmeye çalışmaktadır. Yaşamın erken dönemlerinde pasif saldırganlığı bu şekilde kullanmaya yönelen kişi, ilerleyen dönemlerdeki kişilerarası ilişkilerinde ise inatçı tutum ve davranışlar sergileyerek, verilen görev ve sorumlulukları geciktirerek ve ya yanlış yaparak içsel dünyasındaki kızgınlık ve düşmanlık duygularını gizleyerek ifade etmiş olmaktadır (Karakuş, 2017:17). Dışarıdan bir boyun eğme görüntüsü söz konusu olmasına karşın örtülü bir direnç, içleme ve düşmanlık maskelenmektedir. Bir başkasını rahatsız etmek amacıyla somurtma, patronuna kızdığı için işleri yavaşlatma, kasıtlı bir erteleme ya da beceriksizlik pasif saldırganlık örnekleridir (West, 2018:14).

Dışa Vurma (Acting Out): Bu uyumsuz savunma mekanizması sonucunda birey düşünmeden veya ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları dikkate almadan harekete geçer ve böylece bilinçdışıdaki dürtü ve uyarılardan kaynaklanan ruhsal gerginlik geçici olarak rahatlar. Ruhsal gerginliğini sözel olarak ifade edemeyen kişi, eylemsel olarak ifade eder.

Birbirinden farklı kişilik bozukluklarında bu savunma mekanizması görülebilmektedir. Örneğin; histerik kişiler, cinsel senaryolarını, obsesif-kompulsif kişiler belli kompulsif edimlerini, psikopat kişiler karmaşık manipülasyon örüntüsünü yeniden eylemle canlandırabilirler (Mc Williams, 2011; akt, Kalem, 2020:155).

Yalıtma (İsolation): Bireyin kabul edemediği, ruhsal gerginlik yaratan veya çatışma doğuran duygu ve fantezilerinin duygusal boyutundan izole olarak kontrol veya kabul edilebilir hale getirme çabasıdır (Vaillant, 1994: 44). İçsel çatışma oluşturan bazı düşünce ve yaşantılar, duygulardan ayrı tutularak ego tarafından savunma amaçlı kullanılmaktadır. Kişi, düşünce ve duyguyu

birbirinden uzaklaştırarak ve hatırlatacak koşulları baskılayarak, bilinçte olumsuz etkiyi hissetmekten kurtulmaya çalışmaktadır (Topçuoğlu, 2003:48).

Bazı kişilerde de travmatik bir yaşantısı olmamış olsa da çocukluğunda, aile yetiştirme tarzına bağlı olarak duygusal ifadeler yerine akılcı şekilde konuşmayı erdem olarak görülür. Bu durumda da yalıtma savunma mekanizması temel nitelik olarak kullanılır (Mc Williams, 2011; akt, Kalem, 2020:167).

Yalıtma savunma mekanizması genellikle obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda görülmektedir. Bu kişiler, rahatsızlıklarına neden olabileceğini düşündükleri olay ve durumları hatırlamakta, bu olay ve durumlar karşısında verdikleri duygusal tepkilerini ise hatırlamakta zorlanmaktadırlar (Öztürk ve Uluşahin, 2018:73).

Değersizleştirme: Kişinin kendini cezalandırmak veya değersizleştirilen nesnenin etkisini azaltmak amacıyla, kendine veya başkalarına gerçekdışı olumsuz özellikler yüklemesidir. Kişinin değersizleştirme savunma mekanizmasını kullanmasının temelindeki amaç, kendi içindeki yetersizlik ve değersizlik duygularından dolayı diğer kişiye duyduğu hasetliğin yıkıcı etkisinden egosunu korumaktır. Ego ulaşamadığı bir durumu ya da nesneyi değersizmiş gibi gösterir. Örneğin; mesleki anlamda istediği kariyere ulaşamayan bir kişi, öyle bir ideali olmadığını söyleyebilir. Değersizleştirmenin özellikle narsisistik kişilik bozukluğunda sıkça kullanıldığı görülmektedir. Kişi kendi benlik değerini koruyabilmek için dış dünyayı değersizleştirmektedir (Masterson, 2008:192).

Klein (1932)'e göre; yaşamın ilk yıllarında bebek, kendisini ve karşısındaki nesneyi iyi ve kötü olarak böler. Sağlıklı kişilik örgütlenmesine bir süre sonra bölme ortadan kalkar. Böylece, iyi nesne, kötü nesne; iyi kendilik, kötü kendilik arasında bütünlük oluşur. Narsisistik kişilik yapılarında bölme ortadan kalkmaz, iyi şeyler kişinin kendisinde saklı tutulur, tüm kötü şeyler ise dışarıya yansıtılır. Dışarıyı değersizleştirilir, aşağılanır. Kişilik bozukluklarının temelinde bu savunma mekanizması bulunmaktadır.(Özakkaş, 2008:11).

Otistik Fantezi (Autistic Fantasy): Kişinin gerçek yaşamda elde edemediği istek veya dürtülerini hayalinde elde etmeye çalışmasıdır. Çocukluk döneminde sıklıkla kullanılan mekanizmadır. Bu dönemde çocuk fantezilerine

aşırı yatırım yapar. Böylece ruhsal organizasyonunu korur. Ancak yaşın ilerlemesiyle gerçekle yüzleşme ve sınama yeteneğinin gelişmesi, egonun fanteziye ihtiyacının azalması gerekir. Yetişkin kişinin ego doyumunu fantezilerle sağlamaya yönelmesi psikoza kadar götüren faktör olabilir (West, 2018:15).

Çocuk gerçek dünyada kızgınlık hissettiği ancak kendisinden güçlü gördüğü kişilere, hayal dünyasında onlardan güçlü olduğu ve onları cezalandırdığı şeklinde fanteziler üreterek kendi benliğinin güçlü olduğunu onaylamaya çalışmaktadır. Yetişkinlik yaşamında da otistik fantezi savunma mekanizması, kişinin günlük yaşamda karşılaşılan güçlükler karşısında güçlü bir şekilde baş edebildiğini hayal etmesi sayesinde yetersizlik duygusundan kurtulma çabası olarak kullanılmaktadır. Dış dünyanın gerçekliği ile mücadele etmek yerine otistik fantezi savunma mekanizmasının sık kullanımı patolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Karakuş, 2017:19).

Yön Değiştirme (Displacement): Duygu, dürtü ve tepkinin asıl nesnesine yöneltilmesi tehlikeli olarak algılandığında herhangi bir şekilde başka nesneye yöneltilmesidir. Yer değiştirme mekanizmasının kullanımı iki şekilde görülebilir. Kişi yönetemeyeceği güçteki dürtü, duygu veya tepkisini durumla ilgisi olmayan nesne ya da duruma yöneltir. Tepki, duygu ve dürtülerin yarattığı tepki tehlikeli olarak sayılıyorsa, asıl tepki yerine başka tepki gösterilir (Geçtan, 1996:96).

Obsesif kompulsif nevrozlarda yer değiştirme savunma mekanizması sıkça karşımıza çıkmaktadır (Vaillant, 1994:45). Katı süperegoya sahip kişi, kendini suçlu, kötü olarak algılamakta ve bunu ellerini, vücudunu ya da başka nesnelere sürekli yıkayarak içsel olarak hissettiği kirliliği temizleme çabasına girmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018:70).

Fobik bozukluklarda, yer değiştirme mekanizması sıklıkla kullanılmaktadır. Ego tarafından tehlikeli olarak kabul edilen dürtüsel istek ve ihtiyaçlar, dış dünyada dürtü ile ilişkilendirilen başka bir durum ya da nesneye yansıtılarak, o durum ya da nesneye karşı tehdit hissedilmektedir. Kaygı bozukluklarında, yer değiştirme mekanizmasının kullanılması ile ruhsal çatışmanın ilişkilendirildiği durum ve ya nesnelere bağlantısı, karşıt tepki geliştirme mekanizmasının da eklenmesiyle gizli hale getirilir. Bu şekilde bilinçdışı kaygı oluşturan istek ve

ihtiyaçlar tehdit olma halinden uzaklaştırılmış olmaktadır (Kulaksızoğlu, 2009:77).

Dissosiyasyon (Çözülme): Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma gibi egoda yoğun duygusal sıkıntılar oluşturan durumlardan kaçmak için kısa bir süreliğine dış gerçeklikten ve içinde bulunulan zamandan kopma durumudur (Grohol, 2016:2).

Öztürk (2018)' de bazı zihinsel süreçlerin özerklik kazanarak, bilinç bütünlüğünde zayıflama oluştuğunda ortaya çıkmaları şeklinde tanımlama yapılmaktadır. Bu zihinsel süreçlere uyurgezerlik ve çoklu kişilik bozuklukları örnekleri verilebilir.

Bu savunmanın en büyük sakıncası, kişinin hayatı tehlike altında olmadığı, travmatik bir durum ile karşılaşmadığı zamanlarda bile otomatik olarak ortaya çıkma durumudur. Böyle olduğunda kişide çevresini şaşırtacak şekilde ani bellek kaybı veya başka biriymiş gibi davranma durumları görülebilir (Mc Williams, 2011; akt, Kalem, 2020:157).

Özakkaş (2008)'e göre, disosiyasyonunda kişi aynı bedendedir ancak zihinsel olarak bütünden ayrı ayrı duygu, duyum ve yaşantıları hisseder. Yaşantıların hissedilmesinde zaman ve mekan bağlantıları kopmuştur.

Rasyonalize Etme (Mantığa Büründürme): Kişinin kabul edilemez tarzda olan tutum, inanç veya davranışlarını, başkalarının da onayını alacak şekilde haklılaştırarak, başkalarının karşıt değerlendirmelerine direnç göstermesidir (Gabbard, 2004:35).

Benlikte anksiyete oluşturacak durumlarda mantığa uygun nedenler bulma şeklinde kullanılan bu mekanizma, alkol madde bağımlılıklarında ve kişilik bozukluklarında en sık başvuru olan savunma mekanizmalarından biridir. Başkalarıyla kolay geçinemeyen, kendini sevdiremeyen ve insanları sevmeyen bir kişi 'ben yalnızlıktan hoşlanırım' diyerek bilinçdışı bir aldatıcı açıklama ile kendini rahatlatır (Öztürk ve Uluşahin, 2018:71).

Kişinin gerçek benliği ile sahte benliği arasındaki kopukluk arttıkça yaşamı boyunca yaptıklarını mantıklı göstermek için diğerleri tarafından onaylanacak tarzda açıklamalarda bulunma eğiliminde olması da artacaktır. Dışsallaştırma mekanizması ile birlikte sıklıkla kullanılan rasyonalizasyonun kullanımındaki asıl

amaç kişinin kendi varoluşunun sorumluluklarından kaçınmasıdır. Tutum ve davranışları konusunda diğer kişiler tarafından yorum yapıldığında kişi, haklılık payı olsa bile, bu yorumları dikkate almaktan kaçınıyorsa ve eleştirilerden rahatsızlık duyuyorsa rasyonalizasyon savunma mekanizmasını kullanmaya eğilim gösterecektir (Sezer, 2021:36).

Bedenselleştirme: Bu savunma mekanizmasını kullanan bireyler kabul edilemez olarak gördükleri dürtülerini sıkı bir şekilde baskı altında tutarlar. Bu durumda ruhsal gerginlik, hipokondri nevrozunda da görüldüğü gibi sembolik bedensel yakınmalarla ortaya çıkar (Geçtan, 1996:104).

Kişinin bedensel rahatsızlık belirtilerine fazla odaklanması ve çare arayışı içinde olması ile karakterize olan hipokondrinin temelinde de bedenselleştirme savunma mekanizması bulunmaktadır. Oral döneme ait duygusal ihtiyaçların giderilememesi nedeniyle bilinçdışında bulunan cinsel ya da saldırganlık dürtülerinin ego üzerinde oluşturduğu gerginlikten kaçınmak amacı ile kişi bedenine yönelmektedir. Kişi ruhsal çatışmasını bedeni vasıtası ile anlatmaya çalışmaktadır. Özellikle, çocukluk döneminde sıklıkla karşılaşılan bedenselleştirmeye örnek olarak okul ile anksiyete yaşayan çocuğun karın ağrısı olduğunu ifade etmesi verilebilir (Karakuş, 2017:22).

4. Nevrotik Savunma Mekanizmaları

Bu gruptaki savunma mekanizmaları, kişinin stresini geçici olarak rahatlatan ancak sürekli kullanımında dış gerçeklikle uyumu bozan niteliktedir (Yazgan, 2019:15). Nevrotik savunmalarda kişi benliği için tehlike unsurunun farkındadır ancak bu farkındalığın neden olduğu yoğun kaygıdan kurtulmak için çarpıtmalara başvurmaktadır. Ancak bu çarpıtmaların etkisi geçici olabilmekte ya da farklı sorunlara yol açmaktadır (Tabakçı, 2014:7).

Yapma-Bozma (Undoing): Kişinin cinsellik, saldırganlık içeren ya da utandırıcı sonuçları olan düşünce ve eylemlerinin karşıtını açıklayarak ya da tersini yaparak etkisizleştirmeye çalışmasıdır (Gabbard, 2004:35).

Bastırma savunma mekanizmasının yeterli düzeyde etkili olmadığı durumlarda ortaya çıkan obsesyon nevrozlarında, yapma-bozma ve yalıtma mekanizmaları kullanılmaktadır. Yapma-bozma mekanizmasında, varolan eylem başka bir eylem ile bozularak, hiç eylem yapmamış gibi durum oluşturulmaya

çalışılır. Bu mekanizmaya örnek olarak tekrarlama kompulsiyonları verilebilir (Kulaksızoğlu vd. 2009:43).

McWilliams (1994)' te anlatıldığı üzere; gerçekten olmuş ya da sadece düşüncede kalmış hataları, günahları ya da başarısızlıklarından dolayı hissettiği pişmanlık ve suçluluk duygularından yapma-bozma savunma mekanizmasıyla uzaklaşmaya çalışır. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunda sıkça kullanılan bir savunma mekanizmasıdır.

Psödö- Alturizm: Kişinin başka insanların istek ve ihtiyaçları karşısında aşırı fedakar tutum ve davranışlarda bulunmasıdır. Asıl amaç, abartılı fedakarlık ve teslimiyet göstererek kendi ihtiyaçlarını karşılamaktır (Boeree, 2006:10).

Yansıtma ve özdeşim kurma mekanizmaları ile birlikte kullanılan psödö alturizm savunma mekanizmasında kişinin amacı, katı süperegosunun baskısı nedeniyle kendi karşılayamadığı dürtüsel ihtiyaçlarını diğer kişilere aktarmasıdır. Oral dönemde karşılanmamış ihtiyaçları hakkında kendisini suçlu hisseden kişi abartılı fedakarlıklarda bulunarak bilinçdışı şekilde kendini cezalandırmış olmaktadır. (Blackman, 2004; akt, Karakaş, 2012:33-45).

İdealleştirme: Bu savunma mekanizması çocuklukta geliştirilen ebeveynleri idealize ederek kendilerini her şeyden koruyacağı düşüncesinin yetişkinlik hayatına taşınması ve bağlanma ilişkisine girilecek kişiyi yüceltme yoluyla bireyin kendini korunma altında ve güvende hissetmesi şeklinde ifade edilir (Mc Williams, 2011; akt, Kalem, 2020:139).

Gabbard (2004)'e göre bu savunma mekanizmasını kullanmaktaki amaç, aşağılama, haset, öfke gibi olumsuz duygulardan ve anksiyeteden kaçınmak için başkalarına mükemmel nitelikler yüklemektir. Kendi tümgüçlülüğünü yansıtılabileceği mükemmel bir kişi elde etmek için, onun eksikliklerini yok sayılarak idealize etme eğiliminde olarak gerçekte kendini mükemmel konuma getirmek amaçlanmaktadır (Gabbard, 2004; akt. Karakuş, 2017:23).

Otto Kernberg (1980)' de idealleştirme kavramı kişinin, başka bir kişinin olumsuz özelliklerini görmezden gelerek, kendi tümgüçlü özelliklerini o kişiye yansıtması olarak ifade edilmektedir. İdealleştirme mekanizmasının normal ve patolojik olmak üzere iki uç noktası bulunmaktadır. Patolojik ölçüde idealizasyonu kullanan kişide, nesne sürekliliği algısında sıkıntı bulunmaktadır.

Borderline kişilik bozukluğu ile yakından ilişkisi bulunan idealizasyon mekanizmasında, kişi nesne sürekliliğinin yeterli düzeyde gelişmemiş olması nedeniyle diğer kişileri ya çok iyi ya da çok kötü olarak değerlendirmektedir (Kernberg, 1980; akt. Lerner ve Van-Der Keshet, 1995:86).

Karşıt Tepki Kurma (Reaction Formation): Ruhsal gerginlik ve suçluluk duygusu oluşturabilecek dürtü ve eğilimlerden kurtulmak için kişi tam ters şekilde davranır (Geçtan, 1996: 102).

Erotik yayınlara aşırı tepki gösteren bir kişi kendi cinsel dürtülerini denetlemekte yaşadığı güçlükten dolayı böyle davranıyor olabilir. Kardeşini kıskanan bir çocuk bu yükün altından kalkabilmek için kardeşine sevgi gösterilerinde bulunuyor olabilir. Saldırgan bir kişinin davranışının altındaki sebep insanlardan korkması olabilir. En sık obsesif-kompulsif nevrozlarda kullanılır. Aşırı titiz, kararsız ve inatçı kişilik özelliklerine sahip bireylerin de bu mekanizmayı kullandıkları düşünülmektedir (Öztürk, 2008:72).

Karşıt tepki oluşturma mekanizması obsesif kompulsif rahatsızlığında sıklıkla kullanılmaktadır. Kişi içten gelen istek ve ihtiyaçlarını benliği için bir tehdit olarak algılamakta ve bu tehditten korunmak için gerçekte bulunan zıddı tutum ve davranışlara yönelmektedir (Kulaksızoğlu, 2009:83).

5. Olgun Savunma Mekanizmaları

Kişinin iç dünyası ile dış gerçeklik arasında uyumun görüldüğü, anksiyeteyi azaltmakta faydalı olan ve kişiye çevresi tarafından olumlu geri bildirimler olmasını sağlayan mekanizmalardır (Yazgan, 2019:18).

Yüceltme (Sublimation): Tepki görme ihtimali olan duyguların toplumsal yapıda kabul göreceği davranışlara yöneltmesiyle etkisiz hale getirilmesidir. Böylece içinde derin bir düşmanlık besleyen bireyler sosyal olarak kabul gören, avcılık, kasaplık, futbol oynacılığı ya da askerlik gibi, saldırgan bir aktiviteye yönelebilirler (Millon vd., 2019:32).

Yüceltme düzeneğinin en önemli noktası benliğin herhangi bir bunaltı kaynağına karşı savunma gereksinimine bağlı olmamasıdır. Freud'a göre, bütün olumlu, yaratıcı aktivitelerin kaynağında yüceltme mekanizması yatmaktadır (Boeree, 2006:12).

Benlik, erken yaşam dönemlerinde ortaya çıkan ve herhangi bir çatışma oluşturmayan dürtülere karşı mücadele etme gereksinimi duymamaktadır. Bu dürtülerin libidinal enerjilerine müdahale etmeden dış dünyada olgun yönelimlerle gerçekleştirilmesi söz konusudur (Karakuş, 2017:25).

Mizah (Humor): Kişi bu mekanizmayı ruhsal gerilimi azaltmak için bilinçli olarak şaka şeklinde başvurduğu sağlıklı bir savunma olarak kullanır. Mizah, gergin ve stresli durumlarla başa çıkmak için kullanılan olgun savunmalardan biridir (Grohol, 2016:4).

Kişi benliği için tehdit olarak hissettiği ve kaygı oluşturan, ihtiyaçları ya da karşılaştığı olay ve durumlar karşısında mizah mekanizmasını kullanarak bu tehditin etkisini azaltmaya yönelmektedir. Mizah mekanizmasını kullanmaktaki amaç, kişinin diğerlerine açıkça ifade etmeyi sakıncalı olarak gördüğü istek ve düşüncelerini espri yoluyla ifade etmesidir. Bu şekilde, kişilerarası ilişkilerinde çatışma yaşamadan kendi istek ve düşünceleriyle zihinsel olarak uğraşı da temin edilmiş olmaktadır (Taşkent, 2010:46).

Beklenti (Anticipation): Kişinin gelecekte stres ve sıkıntı ile karşılaşacağına ihtimal verdiği durumlar için, şimdiden gerçekçi bir şekilde çözüm yolu geliştirmeye yönelik çaba içinde olması olarak tanımlanabilmektedir. Örnek olarak; kalabalık karşısında sunum yapacak kişinin olumsuzlukla karşılaşmamak ve performans başarısı göstermek için önceden hazırlık yapması gösterilebilir. Bu şekilde kişi durum karşısında stresini de denetim altında tutabilmektedir (Çakar, 2015:59).

Baskılama (Suppression): Bastırma ve baskılama mekanizmalarının birbiri yerine kullanımı gibi bir eğilim olsa da aralarında fark bulunmaktadır. Bastırmada anksiyete oluşturan durumun kişi tarafından farkında olmadan bilinçdışında tutulması söz konusu iken baskılamada farkında olarak kişi bir süreliğine bilince çıkmasını engellemektedir (Albayrak, 2018:39).

İ. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

1. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Tanımı ve Tarihçesi

Yunanca kökenli olan şema kavramı, kişinin erken dönemlerden itibaren karşılaştığı yaşam deneyimleri karşısında yaşamında düzensizlik olmasını

engellemek amacıyla kullandığı kalıplar olarak tanımlanabilir (Rafaeli vd., 2018:17).

Yaşamın ilk dönemlerinde ebeveyn ile başlayan etkileşim, model alma, zorlu yaşam deneyimleri gibi birçok deneyim sonucunda zihinsel işleme ile oluşan kalıp haline gelmiş inançlara şemalar adı verilmektedir. Yaşam deneyimlerine göre ortaya çıkan bu inançlar kişinin diğerleri ile ilişkisi karşısında duygu, düşünce ve davranışlarını şekillendirmede etkili olmaktadır (Köroğlu, 2011:53-57). Şemalar, kişinin erken dönemlerde edindiği deneyimler olumsuz düşüncelere neden olan dirençli bilişsel kalıplardır. Bu düşünce yapıları ilerleyen yaşam dönemlerinde tetiklenmediği sürece gizli olarak kalırlar. Ancak tekrar ortaya çıktıklarında genelleme yapma ve daha fazla olumsuz yaşam deneyimleri edinme konusunda işlevsel hale gelmektedir (Southam ve Blackburn, 2004:1).

Şema kavramı Piaget (1954)'ün; kişilerin önceki yaşam tecrübelerine göre bilgileri hafızalarında kodladıkları ve sonraki yorumlarını da bu çerçeveye göre yaptıklarını ifade eden açıklamaları ile ortaya çıkmıştır. Daha sonra gelişim psikolojisi üzerine araştırmalar da yaparak, kişinin yaşamın ilk dönemlerinde edindiği davranış ve düşünce kalıplarına göre, içinde yaşadığı dünyayı anlamlandırıldığını ileri sürmüştür. Beck (1967) ise, kişilerin yaşamın ilk yıllarından itibaren kendisi, dünya ve diğerleri hakkında bir takım inançlar oluşturduğunu, yetişkinlik döneminde bu inançlarının kesin olduğuna inandığı için değiştirilmesinin zor olduğunu açıklamış ve bu bilişsel kalıplara *şema* adını vermiştir. Şema terapinin kurucusu Young (1999), bilişsel psikoloji ekolünün teorileri ışığında incelemelerde bulunmuş olup, çocukluk döneminde ebeveyn ile yaşanan deneyimleri doğrultusunda oluşan, kişinin kendisi, başkaları ve dünya ile ilgili düşüncelerinin ilerleyen dönemde ilişkileri ve deneyimleri üzerinde etkili olacağını ileri sürmüştür (Çelik, 2021:5). Yaşamın erken dönemlerinde kişinin kendisi ve diğerleri hakkında oluşturduğu ve duygu, beden duyumu, biliş, anı bileşenlerinden meydana gelen şemalar değişime dirençli kalıplar olup, yaşamı, diğer insanları ve kişilerarası ilişkileri yorumlaması konusunda büyük bir etkiye sahiptir (Pellerone, Craparo ve Tornabuoni, 2016:1). Şemaların sahip olduğu bu etki konusunda, çocukluk dönemi yaşantılarına bağlı olarak geliştirilen şemaların, yetişkinlik yaşamında karşılaşılan benzer yaşam deneyimleri karşısında yeniden aktive olarak kişide utanç, suçluluk, üzüntü, öfke gibi duyguların yoğun şekilde

hissedilmesine neden olduğu ve depresyon, kaygı, bağımlılık, psikosomatizasyon bozuklukları, sağıksız ilişkiler gibi durumlara daha eğilimli hale getirdiği ifade edilmektedir.

2. Şema Kuramı ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Gelişimi

Düşünme, hatırlama ve öğrenme süreçleri, duygular, geçmiş yaşantılar, kişilerarası ilişkileri yorumlama ve davranış kalıpları üzerinde etkili olan yaşam deneyimlerine erken dönem uyumsuz şemalar adı verilmektedir (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:7).

Erken dönem uyumsuz şemalar, güvenlik, özerklik ve kimlik, spontanelik ve oyunculuk, duyguları ifade etme ihtiyacı, gerçekliğin ve öz denetimin sınırlamaları gibi faktörlerden oluşmaktadır. Bu faktörler temel duygusal ihtiyaçlar ile ilgili olup karşılanmayan duygusal ihtiyaçlar erken dönem uyumsuz şemaların gelişmesinde etkilidir. Diğer önemli bir faktör ise erken yaşam deneyimidir. Yaşam olayları ile ilk karşılaşılan yer olan aile, büyüdükçe akran grupları ve sosyal çevre içinde karşılaşılan durumlar, erken yaşam deneyimleri olarak şema kalıplarının temelini oluşturmaktadır. Örneğin; aile içinde yeterli sevgi ve anlayış ortamında büyüme imkanı bulamamış kişide duygusal yoksunluk ve terk edilmeye yönelik uyumsuz şema gelişirken; aşırı koruyucu ailede yetişen kişide bağımlılık-yetersizlik, başarısızlık şemaları gelişebilmektedir. Ayrıca ebeveynin düşünce, duygu ve davranışlarını içselleştirerek uyumsuz şemalar gelişebileceği gibi duygusal mizaç da aynı yaşam deneyimlerine yönelik farklı şemalar oluşturulmasında da etkili olmaktadır (Uyarağalar, 2019:19-20).

Gerçekte bütün insanların doğumdan itibaren geliştirdikleri bilişsel ve duygusal şemaları bulunmaktadır. Var olan şemaların uyumsuz şemalar olarak değerlendirilmesi için kişinin erken dönemde olumsuz emosyonel deneyimler edinmiş olması ve bu deneyimlerin bazı belirtilere yol açması ya da kişilerarası ilişkilerde olumsuz deneyimlere neden olması gerekmektedir (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:7). Erken dönem uyumsuz şemaların gelişmesi için illa ki travmatik yaşam deneyimi olması gerekmemekte, aşırı koruyucu ve kontrol sahibi ailede yetişen kişide de benzer şemalar ile karşılaşılabilmektedir. Erken çocukluk yaşantılarının olumsuz olarak deneyimlenmesi ile oluşan patolojik şemalar erken dönem uyumsuz çerçevelerdir. Erken dönemde oluşan şemalar, yeni yaşam

deneyimleri ile birleşerek yaşam boyu daha karmaşık hale gelir. Kişi oluşan şemalarının etkisiyle, ilerleyen yaşam döngüsünde karşılaştığı olay ve durumlar karşısında bir takım başa çıkma tarzı geliştirmekte ve bunları içselleştirmektedir. İçselleştirilen başa çıkma tarzları kişinin yaşamına yansımakta ve değiştirilmesi zor kalıplar olarak etkisini sürdürmektedir. Bu durum ileride kişilik, anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı ve psikosomatik rahatsızlıklar gibi patolojilere neden olmaktadır (Young, Klosko & Weishaar, 2003:8). Örneğin; erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozuklukları ile ilişkisini belirlemeye yönelik yapılan bir araştırma sonucunda, Güvensizlik/Kötüye Kullanılma ve Sosyal İzolasyon şema alanları ile depresyon, anksiyete, paranoid kişilik bozukluğu arasında anlamlı derecede ilişki bulunduğu; obsesif kompulsif bozukluğun ise yüksek standartlar şema alanı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Carr, 2010: 344).

Yaşamın erken dönemlerinde şemalar koşulsuz olarak gelişirken, ilerleyen dönemlerde koşullu şemalar oluşmaktadır. Koşulsuz şemalar kişinin benliğine daha yakın olan şemalardır. Koşullu şemalar ise koşulsuz şemalar ile baş etme örüntülerini içermektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:45-46).

Bilişsel teori, bilişsel yanlılıkların somatoform bozuklukların etiyojisini ve sürdürülmesini etkileyeceğine inanmaktadır. Brown (2004), somatik semptomların oluşumu için kapsamlı bir model geliştirmiştir. Bu modele göre, bilişsel şemalar algı ve dikkat yönünde önyargılıdır ve duyuşsal ve vücut sinyallerinin yanlış anlaşılmasına yol açar. Uyumsuz şemalar bu modelde anahtar rol oynasa da, duygudurum ve anksiyete bozukluklarındaki şemalara kıyasla somatoform bozukluklarda daha az şema teması vardır (Davoodi vd., 2018:7).

Yaşamın ilk dönemlerinde şemaların oluşum temelinde, temel duygusal ihtiyaçların karşılanması, çocukluk döneminde maruz kalınan yaşantılar ve doğuştan getirilen mizacın bulunduğu ifade edilmektedir. Buna göre, duygusal ihtiyaçların karşılanmaması kişinin diğerlerine güven duygusu geliştirmesi ve onlar tarafından kabul edildiğini hissetmesi ile ilgilidir. Çocukluk döneminde, ebeveyn ile ilişkilerde maruz kalınan travmatik yaşam deneyimlerine göre dünyaya ilişkinde şemaların temeli atılmış olmaktadır. Örneğin; kuralcı, eleştirel, istismar edici, duyguları ifade etmekten kaçınan, cezalandırıcı, aşırı koruyucu, koşullu seven ailelerde yetişen kişilerde dünyanın güvensiz ve reddedici olduğu şeklinde şemalar gelişecektir. Doğuştan getirilen özellikler maruz kalınan erken

dönem yaşantılar sonucunda kişinin, ne şekilde şemalar geliştirileceğini etkileme konusunda mizaç da önemli bir faktördür. (Caner, 2009:6-8).

Kişinin kendisiyle ilgili algılarını içeren şemanın gelişmesinde mizacı ve toplumsal etkileşimlerine göre oluşturduğu çerçeve, daha sonra karşılaştığı toplumsal uyaranlar karşısında hatırlayıp çıkarım yapmasını ve kendisi hakkında bilgi elde etmesini sağlamaktadır. Bilişsel olarak edinilen bu bilgiler doğrultusunda, davranışlarını ve diğerleri ile ilişkilerini düzenlemeye yönelik girişimlerin bulunduğu bu çerçevelere kendilik şeması denilmektedir. Kendilik şeması, kişinin geçmiş yaşantılarının etkisiyle edindiği bilgileri genelleme yapıp bilişsel olarak yeniden düzenlediği içsel yapılardır. Bu yapılar kişinin benliği ve gelecek ile ilgili yargılarda bulunmasını, kararlar almasını etkilemektedir (Markus, 1977:63). Çocukluk döneminde duygusal ihtiyaçların karşılanmaması durumunda, kişide olumsuz kendilik algısı gelişecek ve kişilerarası ilişkilerinde de duygusal ihtiyaçların karşılanmaması ile ilgili yaşadığı olumsuz deneyimler neticesinde erken dönem uyumsuz şemalar oluşacaktır. Şema teorisi ile ilgili yapılan klinik araştırmalar sonucunda; temel duygusal ihtiyaçlar ve karşılanmaması durumunda oluşan şema alanları belirlenmiştir (Halvorsen vd., 2009:395).

Çocukluk ve ergenlikte gelişen şemaların bazıları koşullu iken bazıları ise koşulsuzdur. Genel bir ifade ile koşulsuz şemaların çekirdek bilişsel yapıda kişinin kendisi ve diğerleri ile ilgili köklü inançları olduğu, koşullu şemaların ise koşulsuz şemalar ile baş etmek için geliştirilen ikincil inanç sistemleri olduğu şeklinde tanımlama yapılabilmektedir. Örneğin; kişinin kusurlu olduğuna dair koşulsuz şeması varsa bu şema ile baş etmek için geliştirdiği stratejiler yüksek standartlar koşullu şema alanını oluşturacaktır. Terk edilmek ile ilgili koşulsuz şema alanı bulunan kişi, terk edilmemek için duygularını bastırma, fedakarlıklarda bulunma, mükemmel olmaya çalışma gibi eğilimlerde bulunarak, terk edilme korkusundan kurtulmaya çalışacaktır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003:22).

Çocukluk ve ergenlik döneminde karşılanmayan bu ihtiyaçlara bağlı olarak gelişen uyumsuz şemalar ve şema alanları ise şu şekilde gruplandırılmıştır:

a. Kopukluk ve Reddedilme Şema Alanı

Sosyal ilişkilerde güven eksikliği ve güvenilir olma ile ilgili geliştirilmiş şemalardır. Bu şemanın etkisiyle hissedilen duyguların içeriği de farklılaşmaktadır. Örneğin; yaşamın erken dönemlerinde terk edilme ile ilgili deneyim yaşamış kişilerde Terk edilme/ Değişkenlik şema alanı görülürken, akran grubu tarafından dışlanma deneyimi bulunan kişide Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma şema alanı bulunmaktadır (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:10).

Terk Edilme/Değişkenlik: Kişinin kendisi için önemli olan insanların kendisini terk edeceği düşüncesi ile abartılı şekilde kontrolcülük ya da kıskanma eğiliminde olduğu şema alanıdır (Biçer, 2019:23). Erken yaşam deneyimlerinde ailede ölümler, terk etme ya da ilgiden yoksun bırakma gibi durumların olduğu kişilerde diğerleri ile ilişkilerinin uzun sürmeyeceği, onların da terk edeceğine yönelik dirençli şemaları bulunmaktadır. Bu kişilerin sosyal ilişkilerine bakıldığında kendilerini terk etme ihtimali bulunan kişiler ile etkileşime girerek şemasını defalarca deneyimleme eğilimi olduğu görülmektedir (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:10).

Güvensizlik/ Kötüye Kullanılma: Çocukluk gelişim döneminde cinsel, fiziksel, duygusal olarak istismar sonucu oluşan bu şemanın etkisiyle kişi, diğer insanları kendisini istismar edeceği, aşağılayacağı, kötü davranacağı korkusundan dolayı sürekli şüphe içinde bulunmakta ve diğerleri ile ilişkilerinde kendini tehdit altında hissetmektedir (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:11). Ailede aşağılanma, tehdit edilme gibi işlevsiz tutumlara ya da kaygı düzeyi yüksek ebeveynin yetiştirmesine bağlı olarak diğerlerine güvenilmeyeceği inancı gelişebilir. Diğerlerinin kendisini kullanmaya çalışacağına dair güvensizlik içeren bu şemada kişi başkalarına boyun eğmeye mecbur hisseder ve kendisini de kullanmalarına izin verir (Biçer, 2019:23).

Duygusal Yoksunluk: Çocukluk döneminde sevginin açıkça hissettirilmediği ortamda yetişen kişi, yetişkin hayatına geçtiğinde sevgi ve güven dolu ortamda bulursa dahi kendisini sevilen ve güvende olarak hissedememektedir (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:12). Bu şemanın temelinde bakıldığında soğuk aile ilişkileri ve kişinin yeterince sevilme ihtiyacının

karşılanamamasının olduğu görülmektedir. Böyle ortamda yetişen kişiler, duygusal yakınlıktan kaçınan ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasını da diğer insanlardan talep etmeyen tarzda ilişkiler kurmaktadır. Migren ya da mide rahatsızlıkları gibi psikosomatik belirtilerin fazla görüldüğü bu şema alanına sahip kişilerin iletişimde buldukları kişilerin de duygusal yakınlıktan kaçınan bireyler oldukları anlaşılmaktadır (Biçer, 2019:24).

Kusurluluk/Utanç: Çocuklukta yoğun şekilde değersizleştirme ve küçümsenme deneyimlerine maruz kalan kişi, diğerleriyle ilişkilerinde ne yaparsa yapsın onlar tarafından istenmediği, sevgi ve saygıyı hak etmediği hislerine sahip olmaktadır (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:13). Aile içinde reddedici, değersiz hissettiren eleştirilere, cezalara ve tacize maruz kalarak yetişmiş kişi kendinin sevilmeyen, değersiz, sorunlu ve diğerlerinden aşağı biri olduğuna dair maladaptif şema geliştirmektedir. Kendinin problemlili olduğuna olan inancından dolayı diğer insanların bu kusurların farkına varmasından duyduğu endişesi yakın ilişkiler kurmaktan çekinme söz konusudur. İlişkilerinde hem kendini değersiz hissettirecek hem de kusurlu olduğunu defalarca deneyimleyeceği, reddedileceği eğilimlerde bulunmaktadır (Biçer, 2019:24).

Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma: Kişinin kendini diğer insanlardan farklı olarak görmesi ve içinde bulunduğu ortama aidiyet duygusu hissedememesidir. Bu şema alanına sahip kişilerin genellikle herhangi bir sebeple akranları tarafından dışlanma ve yalnız bırakılma çocukluk deneyimine maruz kaldıkları görülmektedir (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:13). Sosyal ilişkilerinde çekingen tavır gösteren bu kişiler dışlanacağına dair olumsuz inancı ya da ebeveynlerinin de sosyal izolasyon şemasına sahip olması nedeniyle aktif toplumsal ilişkilere girmekten kaçınma ve kendini sosyal ortamlardan izole etme eğilimi içinde bulunmaktadır (Biçer, 2019:25).

b. Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık Şema Alanı

Kendine güven konusunda sıkıntı yaşayan, kendi hayatına yön veremeyecek kadar başkalarına bağımlılık gösteren kişilerde etkili olan ve sosyal öğrenme ile edinilen şemalardır. Herhangi bir konuda bağımsız bir şekilde karar vermek kendine ve diğerlerine zarar vermek korkuları hissedilmesine neden olmaktadır (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:14).

Bağımlılık/Yetersizlik: Genellikle bağımlı kişilik bozukluğu bulunan kişilerde görülen bu şema alanında kişi, günlük yaşantısını bile diğer insanların desteği olmadan yürütemeyecek kadar kendini yetersiz hissetmektedir. Çocukluk ve ergenlik dönemlerine uygun sorumlulukların verilmediği, fikirlerine önem verilmeyen, bağımsız hareket etmesi engellenmiş kişilerde daha sık görülmektedir (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:15). Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşına uygun sorumlulukların verilmediği, aşırı kontrol altında bulunan ve bazı durumlarda karar verme hakkı verilmeyen aile ortamında yetişen kişide çaresizlik ve başkalarına bağımlı olmaya yönelik şema gelişecektir. Bu şemanın bulunduğu kişilerde depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikosomatik rahatsızlıklara da rastlanılmaktadır (Biçer, 2019:25).

Hastalık ve Zarar Karşısında Dayanısızlık: Bu şema alanına sahip kişiler, her an başlarına mücadele edemeyecekleri bir felaket geleceği şeklinde yoğun kaygılar yaşamaktadırlar. Bu kaygılar genellikle beden ve akıl sağlığını kaybetme ya da doğal afet içerikli olmaktadır (Salimoğlu, 2015:137). Yaşamda karşılaşma olasılığı bulunan tehlikeli durumlara veya hasta olma konusunda sürekli endişeli ve aşırı kontrolcü tutum ve davranışlarda bulunan bakım verenler bu şema alanının oluşmasında etkili olmaktadır. Hastalık kaygısı ve yaygın anksiyete bozukluğu bulunan kişilerde sıklıkla bu şema alanı bulunmaktadır (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:16).

İç İçe Geçme/Gelişmemiş Kendilik: Bu şema alanının bulunduğu kişiler aslında durumundan rahatsızlık belirtmemektedir. Özellikle ebeveyninden biri ile duygusal anlamda çok yakın olduklarına inanırlar. Gelişmemiş benlikleri nedeniyle iç içe geçtikleri kişinin düşünce ve onayı olmadan günlük yaşantılarında dahi karar verememektedirler (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:17). Bu şemanın oluşmasında aşırı kontrolcü olan ve çocukluk döneminde duygu ve düşüncelerinin paylaşılmasına izin verilmeyen aile ortamında yetişmek etkili olmaktadır. Kendini tek bir birey olarak düşünemeyen kişi yoğun duygusal bağ kurup, bağlanacağı ilişki kurmak ve bu ilişkinin yardımıyla yaşamını sürdürmek eğiliminde olmaktadır (Biçer, 2019:26).

Başarısızlık: Kişide yaşamının hiçbir alanında başarılı olamayacağına ve diğer insanların kendisinden daha başarılı ve yetenekli olduğuna dair güçlü inanç bulunmaktadır. Bu şemaya sahip kişilerin erken dönem yaşantı deneyimlerine

bakıldığında okulda veya ailede benlik saygısını düşüren olumsuz ifadelere maruz kalma olduğu görülmektedir. Başarısızlık şemasının etkisiyle kişi performans gerektiren durumlardan kaçma ve kendi şemasını doğrulama eğilimi göstermektedir (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:18).

c. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı

Genellikle sosyal öğrenme ile oluşan bu şema alanında kişide günlük yaşamın gerektirdiği sınırlarda sürdüreceği öz disiplin olmamasına rağmen kendinin haklı olduğunu savunmasını sağlayan büyüklenmeci tarzda tutum ve davranış içinde bulunurlar. Temelde kurallara karşı tepki olarak geliştirilen bu şemada çocukluk yaşantısında ebeveynin herhangi bir sebeple aşırı şımartıp kuralları öğretmemesi ya da çok katı kurallar uygulaması bulunmaktadır (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:19). Bu şema alanının içeriğinde, diğerlerinin hak ve sorumluluğuna saygı, sosyal ilişkilerde kişisel sınır ve sorumluluk, öz disiplin konuları bulunmaktadır. Çocukluğunda kuralların öğretilmediği kişilerde dürtüsel hareket etme, bencillik ve narsistik kişilik özellikleri görülmektedir (Callak, 2019:36).

Haklılık: Özellikle narsistik kişilik özelliği ile uyumlu olan bu şema alanında kişi kendisini diğer kişilerden daha ayrıcalıklı olduğuna ve kurallara uymak zorunda olmadığına inanarak çevresinde güç ve denetim kazanmaya odaklı iletişime girmektedir (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:19).

Yetersiz Özdenetim ve Kontrol: Çocukluğunda ihmal ve istismara maruz kalmış kişilerde görülebilen bu şema alanında, istikrar ve azim gerektiren iş ve sorumluluklara karşı sabırsızlık, haz duygusunu erteleyebilme ve öz denetim sağlama konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:20).

d. Başkaları Yönelimlilik Şema Alanı

Diğerlerinin istek ve ihtiyaçlarının kendisinden ön planda tutulduğu ve onların istek ve ihtiyaçlarını gidermeye yönelik girişimlerin bulunduğu şema alanıdır. Bu girişimler kişilerin şemalarına göre farklılık göstermektedir. Örneğin; onay arayıcılık şeması bulunan kişi başkalarının gereksinimlerini yerine getirmek ve onları memnun etmeye yönelik girişimlerde bulunurken; boyun eğme şeması bulunan kişi kendi gereksinimlerini ikinci planda tutup, diğerlerinin ihtiyaçlarına

uyum sağlama çabası içinde olmaktadır (Arntz ve Jacob, 2011; akt. Soygüt, 2019:21).

Boyun Eğme: Terk edilmekten ve ya olumsuz tepki almaktan endişe duyan kişi, kendisinden çok diğer kişilerin istek ve ihtiyaçlarının önemli olduğuna inanmaktadır. Diğer insanlara aşırı şekilde uyum sağlamaya çalışan kişide zaman zaman öfke patlamalarının olduğu görülmektedir (Güner, 2013:30).

Kendini Feda Etme: Aşırı kontrolcü ebeveyn tutumları nedeniyle kişide başkaları için kendini feda etme, kendi istek ve ihtiyaçlarını önemsememe şeklinde gelişen şemadır. Diğer insanların gereksinimlerini karşılama konusunda aşırı hassas olan kişide eğer öyle tutum ve davranış içinde olmazsa bencillik yapmış olacağı düşüncesi bulunmaktadır. Her ne kadar başkaları için kendini feda etme eğiliminde bulunsada kendi gereksinimlerinin de başkaları tarafından önemsenmemesinin öfkesini de hissetmektedir (Güner, 2013:30).

Onay Arayıcılık: Kişi için kendi yaşamıyla ilgili alınacak kararlarda bile diğer kişilerin yorumu ve onaylaması önemlidir. Diğer kişilerin değerlendirmeleri, kabul etmeleri ve ilgilenmeleri ile ilgili duyarlılık söz konusudur (Güner, 2013:30).

e. Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Şema Alanı

Temel duygusal ihtiyaçlardan olan kendiliğindenlik ve oyun alanının çocukluk döneminde eksik bırakılmış olması durumunda kişi doğal duygu, istek ve ihtiyaçları üzerinde kontrol sağlamayı öğrenir. Hata yapmamak ve diğerlerinin isteklerini karşılamak amacıyla kendinin aşırı kontrollü olması gerektiği şeklinde şeması gelişmiş kişilerde kendini ifade etmek, samimiyetten uzak sosyal ilişkiler kurmak, kendi dürtü ve duygularını bastırmakla birlikte diğer kişilerin kural ve beklentilerine uyum sağlamak, etik şekilde davranmanın gerekliliği ile ilgili abartılı uğraşları bulunmaktadır. Eğlenme ve rahat olmanın önemsiz bulunduğu, mükemmeliyetçi aile ortamında yetişmiş olan bu kişilerde her an dikkatli ve denetimli olmazsa her şeyin ters gideceğine dair kaygı vardır (Güner, 2013:31).

Kararsızlık Şeması: Yaşamında olumlu gelişmelerden ziyade olumsuz olacağına dair inanç içerisinde bulunan kişilerin sahip olduğu bu şema alanında her şeyden şikayet, anksiyete ve korku duyguları ve kararsızlık söz konusudur.

Özellikle maddi ve sağlıkla ilgili felaket beklentileri bulunmaktadır (Güner, 2013:32).

Duyguları Bastırma: Diğer insanlar tarafından normal karşılanabilecek duygu, istek ve ihtiyaçların bile eleştirilme, dışlanma, dürtülerini denetim altında tutamamaktan ve yanlış yapmaktan korkma gibi durumlardan kaçınabilmek için duygularını bastırma eğiliminde bulunmasıdır. Kendilerini denetim altında tutarak rahat ve mutlu olabileceklerine inanan bu kişilerin önemli özellikleri aşırı düzenli olmak, kurallara uymaya aşırı dikkat, duygularını ifade etmekte zorluk ve çevresinin de denetimli olmalarını sağlamaya yönelik çaba olarak ifade edilebilmektedir (Güner, 2013:32).

Yüksek Standartlar: Mükemmeliyetçi ve eleştirel yaklaşım sergileyen aile ortamında büyüyen kişide eleştirilerden kaçınmak ve diğerleri tarafından takdir edilmek ihtiyacına yönelik şemadır. Bu şemaya sahip kişilerin başlıca özellikleri mükemmeliyetçi, kurallara aşırı bağlılık, abartılı titiz tutumlardır. Kendileri her konuda en iyi olmaya çalıştıkları için diğer insanlardan da bu beklenti içinde olup onları yargılama eğiliminde bulunmaktadır (Güner, 2013:32).

Cezalandırıcılık Şeması: Kendisi ve diğerleri hata yaptıklarında mutlaka cezasını çekmeleri gerektiğine dair inancın bulunduğu şemadır. Kızgınlık ve hoşgörü eksikliği bulunan bu kişilere göre hem kendisinin hem de diğerlerinin kurallara uymaması dayanılmaz bir durumdur (Güner, 2013:32).

f. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Erken dönem uyumsuz şemalar değişime dirençli ve katı çerçevelerdir. Kişinin yaşam koşullarında değişikliklere göre güncellenememekte ve algı, duygu, düşünce, davranışları etkileyerek birçok engelin temelini oluşturmaktadırlar (Young ve Weishaar, 2003).

Maladaptif şemaların etkili olduğu farklı patolojik durum ve değişkenler ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. Bilişsel şemalar ile ilgili en çok incelenen konunun depresyon olduğu görülmektedir. Depresif belirtilerin bilişsel şemalarla ilgisine yönelik yürütülen bir araştırmada; depresyonun yaygın semptomlarından olan üzüntü, karamsarlık, özgüven azalması, enerji eksikliği, günlük aktivitelerden zevk almama, iştahsızlık (Alfasfos, 2009:8) şikayetleri olan örneklem grubunda kusurluluk ve utanç, yetersiz öz denetim, kırılganlık, düşük benlik saygısının

depresyon belirtileriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Harris ve Curtin, 2002:413). Ergenler üzerinde yapılan bir araştırma, istenmeyen, güvensizlik/istismar, zalim standartlar ve toplumdaki başarısızlık kalıpları gibi depresif belirtileri güçlü bir şekilde öngördü (Çalışkan, 2017:18).

Anksiyete belirtileri bulunan ergenler ile yapılan araştırma sonucunda duygusal bastırma, terk etme ve sosyal izolasyon şemalarının ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Eldoğan ve Barışkın, 2014:113). Kişinin kaygı bozukluğunu devam ettirici faktörlere şemalar ve şemalarla başa çıkma yöntemleri incelenerek ışık tutulabilir. Dolayısıyla, hastalığı devam ettirici şemalar değişmediği sürece kişide var olan bozukluk veya bozuklukların tam olarak ortadan kalkması gerçekleşmeyebilir (Hoffart, 2012: 69).

Erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozukluklarıyla ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, kişilik bozukluklarının dinamikleri ile erken dönem yaşantılarla oluşan erken dönem uyumsuz şemaların (terkedilme, boyun eğme, bastırma) çekingen kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu belirlenmiş olup, erken dönem uyumsuz şemaların olumsuz çocukluk yaşantıları ile yetişkin psikopatolojisi ilişkisine aracı değişken olarak yön verdiği bildirilmiştir (Carr ve Francis, 2010:334).

OKB bulunan kişilerde kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon şemalarının; panik atak rahatsızlığı olan kişilerin ise hastalıklar ve tehditlere karşı dayanıksızlık ile kendini feda şemalarının karşılaştırma gruplarından daha yüksek düzeyde olduğunu ve bu nedenle belirtilen şemaların hastalığa özgü şemalar olabileceği gösterilmiştir (Kwak ve Lee, 2015:757). OKB rahatsızlığı olan ve sağlıklı bireylerin karşılaştırılmasına yönelik yürütülen bir çalışma sonucunda; OKB tanısı bulunan kişilerde başarısızlık, kusurluluk, terk edilme, sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk, onay arama, kendini feda, cezalandırma ve yetersiz öz denetim şemalarının sağlıklı gruptan daha yüksek düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Kızılağaç ve Cerit, 2019:15).

Trikotillomani ve OKB tanısı olan hastaların erken dönem uyumsuz şemalarının karşılaştırılması sonucunda ise, OKB hastalarının güvensizlik/suistimal edilme, sosyal izolasyon, kusurluluk/utanç, boyun eğcilik

ve duyguları bastırma şemalarının trikotillomani hastalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Lochner vd., 2002:83-86).

Bebek sahibi olduktan sonra yaşanan travma belirtilerine, annenin doğum öncesindeki şemalarının nasıl bir katkısı olduğunu ele alan bir çalışmadan elde edilen verilere göre, zedelenmiş sınırlar şema alanı ve doğum deneyimine ilişkin olumsuz algılar doğumdan 6 hafta sonraki travma sonrası belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Edworthy, Chasey ve Williams, 2008: 123-138).

Şema terapi yaklaşımında, erken dönem uyumsuz şema puanlarının azaltılmasının alt düzey savunma düzeneklerinin kullanımını azaltacağı belirtilmektedir. “Haklılık/Büyüklenmecilik” ve “Yetersiz Öz-Denetim” şemalarının bipolar bozukluk riskini olumlu yönde yordadığını, “Duyguları Bastırma” şemasının ise tersine yordadığını saptamışlardır (Hawke, Provencher ve Arntz, 2011:428).

Erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda duygusal istismar ve ihmalin etkisinin olduğu gösterilmiştir (Carr, 2010:333-349). Aleksitimi puanı ile depresyon şiddeti, somatizasyon düzeyi, bedensel duyusal genişleme, bedensel belirti bildirme, bedenselleştirme, psikolojikleştirme ve standartlaştırılmış alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır (Taycan vd., 2017:101).

Yaşları 18-42 arasında olan 404 kişinin erken dönem uyumsuz şemaları, şemalarla başa çıkma stilleri, ebeveynlik tarzları ve ruh sağlığı ile ilgili faktörler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, olumsuz ebeveynlik stiline sahip bireylerin depresyon ve psikopatolojik belirtilerin daha yüksek, yaşam doyumlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (Gök, 2012:37).

Yaşamın erken dönemlerinde oluşan maladaptif şemaların cinsiyet değişkenleri açısından incelendiği çalışmada, erkeklerin zedelenmiş sınırlar, yüksek standartlar ve engelleme şemalarında kadınlara göre daha yüksek değerler aldıkları tespit edilmiştir (Arslan, 2017:152). Yine erkeklerin duygusal kopukluk şemasında da kadınlardan yüksek değerler aldıklarını belirten çalışmalar da mevcuttur olmakla birlikte (Çalışkan, 2017:38; Nilüfer ve Çınarbaş, 2018:125-139), erkeklerin duygusal kopukluk şemasına kadınlardan daha fazla oranda sahip olmalarının, erkeklerin kadınlar kadar duygularını ifade edememeleri ile ilgili olabileceği şeklinde açıklamalarda bulunulmuştur.

Şema alanlarının yaş değişkeni ile ilgisine yönelik araştırmada; (21-55) yaş arasındaki örneklem grubunda, terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/İstismar edilme, sosyal izolasyon /yabancılaşma, yetersizlik/ bağımlılık, tehditlere karşı dayanıksızlık, iç içe geçme, başarısızlık, öz kontrol eksikliği, boyun eğme, karamsarlık, duygusal baskılama, yüksek standartlar/aşırı eleştiri, cezalandırıcılık şemalarının (16-20) yaş arasındaki kişilerden daha yüksek değerler aldıkları tespit edilmiştir (Jain ve Singh, 2019:6). Demografik değişkenler ile şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir araştırmada; tehditler karşısında dayanıksızlık, duyguları bastırma, onay arama, haklılık, bağımlılık ve sosyal izolasyon şemalarına sahip olma oranının yaş arttıkça azaldığı belirlenmiştir (Akhun, 2012:163).

Çocukluk döneminde gelişen uyumsuz şemaların depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkisinin belirlemeye yönelik yapılan araştırmalar sonucunda, bazı maladaptif şemaların depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Schmidt, Joiner, Yang ve Telkey, 1995: 295-321; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract ve Jordan, 2002:529). Depresyon tanısı bulunan kişilerle yürütülen bir araştırmada erken dönem uyumsuz şemaların depresif belirtiler ve temel inançlar arasında etkili rolü bulunduğu belirlenmiş olup aşırı koruyucu ebevey tutumlarının şemalar ve depresyon arasında rolü bulunduğu ifade edilmiştir (Shah ve Waller, 2000:19-25). Anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve psikotik olmayan başka ruhsal rahatsızlıklarda bulunan şemaların sistematiğini belirlemeye yönelik araştırmada; sosyal fobi rahatsızlığı bulunan katılımcılarda; güvensizlik/suiistimal edilme, haklılık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, yüksek standartlar, kusurluluk /utanç, duygusal/kopukluk/reddedilme şemalarının diğer şema alanlarına göre yüksek değerler aldıkları belirlenmiştir (Gouveia vd., 2006:571-584).

J. Psikolojik Sağlamlık

1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı ve Tarihçesi

Psikolojik sağlamlık kavramı olarak, esneklik anlamına gelen 'resilire' kelimesinden geliştirilmiştir. Kişinin, zorlu yaşam olayları karşısında uyum sağlama yeteneği olarak tanımlanan psikolojik sağlamlık kavramının ortaya çıkışı 1960'lı yıllara dayanmaktadır (Öz ve Yılmaz, 2009:83).

Psikolojik sağamlık kavramının gelişmesi konusunda dalgalar halinde çalışmalar yürütülmüştür. Buna göre;

Birinci dalga çalışmalarında araştırmacılar, psikolojik sağamlığın ne olduğu ve nasıl ölçülebileceği, zorlu yaşam koşullarında verilen tepkilerde bireysel farklılıkların sebepleri gibi konulara yönelmişlerdir (Masten, 2014:11). Sonuçta; ilgi ve bakım konusunda yetersiz ebeveynin yetiştirdiği çocuğın olumlu ve immatür tepkiler verebileceği, fakir çevrede büyüyen çocuğa normal şartlarda sosyal ortam sağlanması durumunda çabuk uyum sağlayabileceği, ebeveynine güvenli bağlanmayan çocukların bile yaşlıları ile güvenli ilişkiler yürütebileceği, adalet duygusu geliştirmede çocuklukta da yeterince iyi olunabildiği, bir takım nedenlerle normal dışı davranışlar sergileyen çocukların suçlu veya psikolojisi bozuk olmadığı ifadelerinde bulunulmuştur (Akar, 2018:19).

Daha sonra psikolojik sağamlık için esneklik kavramının biçimlendirilmesi konusunda önemli olan koruyucu faktörlerin ne olduğu konusuna odaklanılarak ikinci dalga çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmalarda psikolojik sağamlık için olumsuz etmenler ve koruyucu faktörler arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek açısından birkaç program açıklamışlardır (Luthar, Cicchetti ve Becker 2000; Masten, 2014; akt, Akar, 2018:21).

Araştırmaların üçüncü dalgasında bulunan çalışmalarda psikolojik sağamlık geliştirilebilmesi ve bunun için hangi etkenlerin önemli olduğu konularına yoğunlaşmıştır. Ancak bu konuda çalışmaların üç kategoride ele alınabileceğini ifade etmişlerdir. Birinci kategorideki risk faktörlerine göre yapılan çalışmalarda erken doğum gibi kişi üzerinde direk etkisi bulunan riskler ve bunların etkisini en aza indirmeye yönelik girişimler ele alınırken, ikinci kategoride yapılan kaynak geliştirmeye yönelik çalışmalarda psikolojik sağamlığı olumsuz etkileyen risk faktörleri üzerinde etkili olabilecek becerilerin geliştirilmesine yoğunlaşılması söz konusudur. Diğer bir kategoride ise bağlanma, kendilik saygısı gibi psikolojik sağamlık üzerinde olumlu etkisi olan faktörlerin yetersiz olması durumunda bu faktörlerin iyileştirilmesi konusunda çalışmalara önem veren süreç odaklı çalışmalar bulunmaktadır (Masten ve Coastworth, 1998:214).

Dördüncü dalga araştırmalarında ise; psikolojik sağlamlık ile ilgili önerilen modellerin benzer özelliklere sahip kişilerde aynı etkiyi yapıp yapmayacağı, stres hormonları salgılandığında beynin nasıl korunabileceği, zorlu yaşam olayları karşısında kişilerin hassaslığı konusunda farklılık olup olmadığı, psikolojik sağlamlık üzerinde kalıtımın etkisi, sosyal faktörleri iyileştirilmesinin psikolojik sağlamlık üzerinde etkisi gibi konularda çalışma yapılmıştır (Masten, 2014:11).

Psikolojik sağlamlık konusunda ilk zamanlarda yapılan çalışmalarda travmatik yaşam olaylarına karşı olumlu yönde uyum sağlamada kişisel özelliklerin ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Tugade ve Fredrickson, 2004). İlerleyen çalışmalarda psikolojik sağlamlığı, ebeveynle ilişkiler ve sosyal faktörlerin etkilediği belirlenmiştir (Richardson, 2002).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, psikolojik sağlamlık üzerinde kişinin mizacı, kişilik özellikleri ve birçok faktörün etkili olduğu tespit edilmiştir (Campbell-Sills, Cohan ve Stein, 2006; Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000; akt, Aydın, 2018:11). Psikolojik sağlamlık ile kıskançlık arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik olarak, 18-45 yaş arasında bulunan 188 kadın ve 62 erkek katılımıyla yürütölen bir araştırmada; kıskançlığın benlik saygısı, kaygı, korku gibi bir çok faktörle ilişkili olduğu ve psikolojik sağlamlık ile kıskançlık arasında negatif yönde ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (Faraji ve Boran, 2021:672).

Ramirez (2007)'de zihinsel dayanıklılık; hastalıktan, depresyondan, değişikliklerden veya sağlıksız durumlardan hızla kurtulma yeteneği; kendi kendine iyileşme; yaralanma veya esneme sonrası kolay iyileşme; esneklik olarak tanımlanır (Öz ve Yılmaz, 2009:83).

Genel olarak psikolojik sağlamlık, travmatik durumlara, yaşamın zorluklarına uyum sağlama yeteneği olarak kavramsallaştırılan dinamik bir yapıdır. Fiziksel, biyolojik, bilişsel ve kişilerarası faktörlerin etkileşimi ile üretilen çok boyutlu bir yapı olarak kabul edilir. Dayanıklılıkla ilgili özellikler; olumlu ve uyarlanabilir başa çıkma stratejilerinin kullanımını, iyimserliği ve olumlu duyguları ve yaşam hedeflerini içerir (Poole vd., 2017:90).

Psikolojik sağlamlık; kişinin gelişimini, yaşam içinde fonksiyonlarını ve varlığını tehdit eden risk faktörlerine karşı olumlu ve etkin şekilde uyum sağlama yeteneğidir.(Masten, 2014a:6). Stres faktörleriyle karşılaşan kişinin tekrar kendini

toparlayabilmesi psikolojik sağamlık kavramı ile ilişkilidir. Normalde zor bir durumla karşılaştığında kişinin gücü azalmakta ancak esneklik kazanmaya başladıkça tekrar toparlanıp zorlu olayla baş etmeye yönelik uyum geliştirmektedir (Garmezy, 1993:129).

Zorlu yaşam olayları karşısında her insanın verdiği tepkiler birbirinden farklılık göstermektedir. Bazı kişiler olumsuz olaylarla karşılaştığında çabuk travmatize olurken bazıları bu durumla mücadele etme girişimi içine girmektedir. Kişilerin verdiği bu tepkiler konusunda psikolojik sağamlık önemli bir faktördür. Psikolojik sağamlık, herhangi bir yoksunluk ya da stres faktörleri karşısında mücadele etme yeteneğidir (Begun, 1993:28).

Luthar ve Zigler (1991:12), çocukların dayanıklılıkları konusunda son zamanlarda yapılan çalışmaları araştırmışlardır. 12-42 aylık süreçte ihmal ve istismar deneyimleri bulunan çocukların, ilk zamanlarda dayanıklılıklarının bulunduğu ancak süreklilik gösteren ihmal ve istismarın zamanla dayanıklılık becerisinde azalmaya neden olduğunu tespit etmişlerdir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada da çocukların travmatik yaşam olayları ile baş etme yöntemleri kullandıklarını ancak duygusal gelişimlerinin sağlıklı olarak ilerlemediğini belirlemişlerdir (Garmezy, 1993:130).

Garmezy ve arkadaşları (1970) tarafından, psikolojik sağamlık üzerinde yeterliliği etkileyen ekonomik olarak yetersizlik, ruh sağlığı bozuk ebeveyn varlığı, stresli yaşam olayları gibi karşısında çocuklar takip edilmiş, sosyoekonomik durum, olumlu ebeveyn tutumları gibi faktörlerin psikolojik sağamlıkta yeterlilik ile etkileşim içinde olduğu belirlenmiştir. Çocuk ve ergenler ile travmatik yaşam deneyimleri, düşük sosyoekonomik durum faktörleri konusunda yapılan çalışmalar sonucunda risk faktörlerinin çocukluk döneminde gelişimi üzerinde olumsuz etki yaptığı, ruhsal rahatsızlıkların gelişmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Aile ve çevre koşullarında şartlar iyileştirilirse çocukların psikolojik durumlarında da iyileşme olacaktır (Öz ve Yılmaz, 2009:85).

Erken yaşam deneyimlerinde travmatik olaylar yaşamak yetişkin hayatında depresyon belirtileri geliştirme olasılığının arttığı ancak psikolojik sağamlık yeterliliği olan kişilerde bu olasılığın azaldığı tespit edilmiştir. Bilişsel esnekliğin travmatik yaşam deneyimleri ile depresyon arasındaki etkileşimi düzenlediği

ifade edilmiştir (Poole vd., 2016:95). Yaşamın erken dönemlerinde deneyimlenen travmatik yaşam olaylarının alkol ve madde bağımlılığı, TSSB (Banducci, 2014), depresyon (Kinard, 1982; Bradley vd., 2008) semptomlarının gelişmesini sağladığını ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (Aydın, 2018:1).

Psikolojik sağlamlığı sosyal zeka düzeyinin de etkilediğini ifade eden araştırmalar da mevcuttur. Buna göre, sosyal zeka seviyesi yüksek kişiler daha fazla bilişsel esnekliğe ve problem çözme becerilerine sahip olmaktadır (Fribourg vd., 2005:31).

2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Psikolojik Sağlamlık İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Şema teorisine göre, çocuğun içinde yetiştiği aile ortamı onun dünyasının dinamiklerini oluşturmaktadır. Yaşamın erken dönemlerindeki duygusal ihtiyaçların aile ortamında sağlıklı şekilde karşılanması durumunda çocuk da kendi ihtiyaçlarını sağlıklı şekilde karşılamayı öğrenmiş psikolojik anlamda sağlıklı birey olarak yetişecektir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:28).

Majid ve diğerleri (2014) tarafından ergenlik dönemindeki 250 öğrencinin katılımıyla yürütülen bir çalışmada, yaşamın ilk dönemlerinde oluşan maladaptif şemalar ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönde ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Bilhassa kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi ve özerklik, zedelenmiş sınırlar, başkaları yönelimlilik şemalarının psikolojik sağlıklı ilişkili olduğu belirlenmiştir. Reza'zad ve diğerleri (2015) ise, ortaokul çağındaki kız öğrencilerin psikolojik sağlamlıklarını artırmak suretiyle erken dönem uyumsuz şemalarının etkisini azaltmaya yönelik uyguladıkları bir program neticesinde 15 şema boyutunda azalmalar olduğunu belirlemişlerdir (Sağ ve Bilican, 2020:150). Psikolojik sağlamlığı artırmak için öz farkındalık, problem çözme becerileri kazandırmaya odaklanması gerektiği, psikolojik sağlamlık ile erken dönem uyumsuz şemaların ilişkili olduğunu ve psikolojik sağlamlık programlarının başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Sağ, 2016:25).

Kültürel olarak birbirinden ayrı, 172 genç katılımcının psikolojik sağlamlık ve iyi oluşlarında olumlu şemaların etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, kişilerde bulunan olumlu şemaların depresyon ve psikolojik

sağlamlık üzerinde etkili faktör olduğu bulunmuştur. Buna göre kişinin karşılaştığı olaylar ile başa çıkabilme konusunda kendisinin yeterli olduğuna dair inancı psikolojik sağlamlığı yordayan önemli etkidir (Keyfitz vd., 2012: 100).

III. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verileri uygulama süreci ve istatistikî analizleri hakkında bilgiler bulunmaktadır.

A. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini Kayseri, Samsun, İstanbul ve Ankara’da ikamet eden 18 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Örnekleme ise kamu görevlileri ve üniversite öğrencileridir. Katılımcılar, basit tesadüfî örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Araştırmaya 318 kadın ve 204 erkek olmak üzere toplam 522 kişi katılmıştır.

Araştırma konusu üç değişkenin birbirini etkileme düzeylerini belirlemeye yönelik olduğu için ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

B. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmanın değişkenleri ile ilgili verilere ulaşmak için yaş, cinsiyet, kronik ve psikiyatrik rahatsızlıklara yönelik Demografik Bilgi Formu; somatoform rahatsızlıkları olan kişilerin savunma mekanizmalarını belirlemek için Savunma Biçimleri Testi; bu kişilerde genellikle bulunan erken dönem uyumsuz şemalarına yönelik fikir sahibi olabilmek amacıyla Young Şema Ölçeği ve psikolojik sağlamlık düzeylerini anlayabilmek için Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılmıştır.

Covid 19 pandemi şartları nedeniyle ölçekler katılımcılara Google Drive üzerinden, başta çalışmaya katıldıklarını beyan eden Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 1) olmak üzere ölçekler link halinde iletilmiştir.

1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak, araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formunda; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, herhangi bir kronik ve psikolojik rahatsızlığın olup olmadığına yönelik sorular bulunmaktadır.

2. Somatizasyon Ölçeği

Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şeyda Dülgerler (2000) tarafından yapılan somatizasyon ölçeği, McKinley ve Hathaway (1943) tarafından 566 madde ile kişilik yapılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin, somatizasyon bozukluğu ile ilgili olan 2, 3, 10, 14, 18, 23, 29, 36, 44, 47, 51, 55, 62, 68, 72, 103, 125, 153, 160, 161, 163, 175, 189, 190, 191, 192, 230, 243, 263, 330, 481, 544 numaralı, toplamda 33 maddeden meydana gelen bir ölçektir. Ölçekte yer alan her madde doğru ya da yanlış seçeneği ile cevaplandırılır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 (en düşük) ile 33 (en yüksek) arasındadır ve puanın yüksek olması somatizasyon seviyesinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Somatizasyon ölçeğinin Türkçe’ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dülgerler (2000) tarafından yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,83, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,99, test yarılama güvenilirlik katsayısı 0,63 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin bu çalışmadaki iç tutarlılık katsayısı ise 0,96 olarak bulunmuştur. Puanlanmasında; 1,4,5,7,10,11,19,20,21,22,23,26,27,32,33 numaralı soru maddelerine ‘Doğru’ cevabı verilmişse 1 puan, ‘Yanlış’ cevabına 0 puan verilirken, 2,3,8,9, 12,13,14,15,16,17,18,24,25,28,29,30,31 numaralı maddelere ‘Yanlış’ cevabı verildiğinde 1 puan, ‘Yanlış’ cevabına karşılık ise 0 puan verilir. Doğru ve yanlış cevaplarının toplanması ile 0-33 arasında elde edilen puan somatizasyon seviyesini belirtmektedir (Dülgerler, 2000)

3. Savunma Biçimleri Testi

Savunma Biçimleri Testi, Bond ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ve 88 maddeden oluşan bir kağıt kalem testidir. Yapı geçerliği çalışması, SBT’deki savunmaların gelişmemiş savunmalar, imge çarpıtan savunmalar, kendiliği gizleyen savunmalar ve olgun savunmalar olarak 4 faktörde toplanan 26 adet savunma biçimine yönelik olarak yürütülmüştür. DSM-III yayınlanmadan önce geliştirilmiş olan Savunma Biçimleri Testi, DSM III-R’de (APA, 1987),

savunma mekanizmaları ile ilgili açıklamalar da yeniden revize edilmiştir. Andrews ve ark. (1989)' da revize edilen savunma biçimlerine göre, Savunma Biçimleri Ölçeği'ni de revize ederek 72 maddeden meydana gelen Savunma Biçimleri Ölçeği geliştirmişlerdir. Bu ölçekte immatür, nevrotik ve olgun olarak 3 başlık altında 20 savunma biçimi belirlenmiştir.

Türkçe formunun psikometrik özellikleri; Yılmaz, Gençöz ve Ak (2007) tarafından araştırılan ölçekte, 105 sağlıklı ve 85 Depresif bozukluk ile Obsesif Kompulsif bozukluk tanısı olan katılımcı bulunmaktadır. Katılımcılara uygulanan Savunma Biçimleri Testi, Beck Depresyon Envanteri ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin incelenmesi sonucunda immatür, nevrotik ve olgun savunma mekanizmalarının iç tutarlılık katsayısı .83, .61 ve .70 şeklinde bulgulanmıştır. Güvenilirlik ve geçerlik katsayılarının da beklenen seviyede olduğu tespit edilen ölçekte olgun savunma mekanizmalarının depresyon ve anksiyete ile negatif ilişki gösterirken, immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının ise pozitif ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz vd., 2007).

4. Young Şema Ölçeği

Young (1994) tarafından erken dönem uyumsuz şemaları tespit etmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2008) tarafından yapılmıştır. 6'lı likert şeklinde ve 90 maddeden oluşan ölçekte 5 şema alanı ve toplam 18 alt şema boyutu bulunmaktadır. İç tutarlılık katsayısının değerlendirilmesinde şema alanlarının $\alpha=0,63-0,80$, şema boyutlarının $\alpha=0,53-0,81$ arasında değiştiği tespit edilmiştir. Katılımcıların, her bir maddeyi ölçek üzerinde 1- Benim için tamamıyla yanlış 2- Benim için büyük ölçüde yanlış 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla 4- Benim için orta derecede doğru 5- Benim için çoğunlukla doğru 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor şeklinde cevaplandırmaları istenmektedir. Herhangi bir sınır puan olmamakla birlikte, verilen cevapların toplanması sonucunda en yüksek puan alan şema alanının erken dönem uyumsuz şema olduğu belirlenmektedir. Ölçeğin Türkçe formu için 5 şema alanına (kopukluk/reddedilme, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, diğerleri yönelimlilik, yüksek standartlar) ulaşılmış ve 14 faktörlü bir yapının (14 şema boyutu) uygun olduğu görülmüştür. Bu boyutlar; Duygusal Yoksunluk,

Başarısızlık, Karamsarlık, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duyguları Bastırma, Onay Arayıcılık, İç İçe Geçme/Bağımlılık, Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim, Kendini Feda, Terk Edilme, Cezalandırıcılık, Kusurluluk, Hastalık ve Tehditler Karsısında Dayanıksızlık, Yüksek Standartlar boyutlarıdır. Ölçeğin şema boyutları için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .63-.80 arasında, şema alanları için ise .53-.81 arasında değişmektedir. Ölçeğin bu çalışma için Cronbach alfa değeri .94 olarak bulunmuştur.

5. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği

Kişilerin psikolojik sağlık seviyelerini belirlemek amacıyla Smith ve diğerleri tarafından, 2008 yılında geliştirilen Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeğini, Tayfun Doğan (2015), yaşları 18-32 arasında bulunan 295 üniversite öğrencisinden oluşan örneklem grubu ile yürüttüğü geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ile ülkemize kazandırmıştır. Ölçeğin psikometrik özellikleri iç tutarlık, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ve ölçüt bağıntılı geçerlik yöntemleri ile incelenmiştir. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucu, ölçeğin tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. KPSÖ'ye ilişkin iç tutarlık katsayısı .83 olarak bulunmuştur. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeğinin 1- Hiç uygun değil, 2- Biraz uygun, 3- Uygun, 4- Tamamen uygun, 5- Tamamen uygun şeklinde cevaplanan 5'li likert tarzında bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında 2, 4, ve 6 nolu maddeler tersten kodlanmaktadır. Tersten kodlanan bu maddelerden yüksek puan alınması yüksek seviyede psikolojik sağlık olduğunu göstermektedir.

C. Verilerin Analizi

Ölçme araçlarının doldurulması yanıtlayıcılara bağlı olarak 25-30 dakika sürmüş olup, bu süre içerisinde katılımcılardan gelen sorular gerekli dönütler verilerek açıklanmıştır. Çalışma kapsamına alınan hiçbir katılımcı araştırmaya katılmaya zorlanmamış, ölçme araçlarının uygulanması ve toplanması sürecinde gizlilik ilkesine özenle uyulmuştur.

Araştırmada elde edilen veriler daha sonra bilgisayar ortamına aktarılarak, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.00 programıyla analiz

edilmiştir. Araştırmada güven aralığı %95, manidarlık düzeyi ,05 olarak alınmıştır.

Toplanan veriler üzerinde;

1. “Cinsiyet” değişkenine göre katılımcıların somatoform bozukluk düzeylerinin farklılaşma durumunu ortaya koymak amacıyla “bağımsız gruplar için t testi” kullanılmıştır.
2. “Yaş” değişkenine göre somatoform bozukluk düzeylerinin farklılaşma durumunu ortaya koymak amacıyla “tek yönlü varyans analizi (ANOVA)” kullanılmıştır.
3. ANOVA testi sonucunda ortaya çıkan farkın kaynağını tespit etmek amacıyla ileri istatistik tekniği olarak “TUKEY” testi kullanılmıştır.
4. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.
5. Aracılık rolü belirlemelerinde basit regresyon analizi ve hiyerarşik regresyon analizleri kullanılmış, ortaya çıkan farkların anlamlılığı SOBEL testi ile değerlendirilmiştir.

IV. BULGULAR

1. Katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılaşma durumunu ortaya koymak amacıyla bağımsız gruplar için t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analize ilişkin bulgular Çizelge 1.'de verilmiştir.

Çizelge 1. Katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmasına ilişkin t testi sonuçları

Boyutlar	Cinsiyet	N	X	Ss	t	p
Somatoform bozukluk	Kadın	318	13,7610	6,44458	4,897*	,000
	Erkek	204	10,9706	6,20576		

Tablo 1. incelendiğinde kadın katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeyi puan ortalamasının 13,76, erkek katılımcıların ortalamasının ise 10,97 olduğu görülmektedir. Grupların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek amacıyla hesaplanan t değeri ($t=4,897$; $p<,05$) grupların puan ortalamaları arasındaki farkın ,05 düzeyinde anlamlı olduğunu ifade etmektedir. Bu bulguya göre kadın katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeylerinin erkek katılımcılardan yüksek olduğu söylenebilir.

2. Somatoform rahatsızlıklar yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeylerinin yaşlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşma durumunu ortaya koymak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analize ilişkin bulgular Çizelge 2 ve Çizelge 3'te verilmiştir.

Çizelge 2. Katılımcıların yaşlarına göre somatoform rahatsızlık düzeyleri puanlarına ilişkin n, x ve ss. Değerleri

Yaş	N	X	Ss
18-30	200	14,8800	5,82540
31-50	264	11,4848	6,65898
51 üstü	58	10,4483	5,77706

Çizelge 2. incelendiğinde somatoform rahatsızlık konusunda en yüksek puan ortalamasının 14,88 ile yaşı 18-30 olan katılımcılara ait olduğu, bunu sırasıyla 11,48 ortalama ile 31-50 yaş ve 10,45 ortalama ile 51 üstü yaşa sahip katılımcıların izlediği görülmektedir.

Katılımcıların yaşlarına göre somatoform rahatsızlık düzeylerinin farklılaşmasına ilişkin varyans analizi sonuçları Çizelge 3'te verilmiştir.

Çizelge 3. Katılımcıların yaşlarına göre somatoform rahatsızlık düzeylerine ilişkin varyans analizi sonuçları

Yaş	KT	sd	KO	F	p
Gruplar arası	1633,921	2	816,961	20,869*	,000
Grup içi	20317,404	519	39,147		
Total	21951,326	521			

Çizelge 3. incelendiğinde somatoform rahatsızlık için hesaplanan F değeri (F=20,869; p<,05), ilgili konuda gruplar arasında ,05 düzeyinde anlamlı bir farkın olduğunu ifade etmektedir. Grupların puan ortalamaları arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçları Çizelge 3'te verilmiştir.

Çizelge 4. Katılımcıların yaşlarına göre somatoform rahatsızlık düzeyleri puan ortalamasına ilişkin TUKEY testi sonuçları

(I) Yaşınız	(J) Yaşınız	Ortalamalar arası fark (I-J)	p
18-30	31-50	3,39515*	,000
	51 üstü	4,43172*	,000

Katılımcıların yaşları açısından somatoform rahatsızlık puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde yaşı 18-30 olan katılımcılarla 31-50 ve 51 üstü olan katılımcılar arasında ,05 düzeyinde anlamlı bir farklılaşmanın olduğu Çizelge 4'te görülmektedir. Bu bulguya göre yaşı 18-30 olan katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeyleri, 31-50 ve 51 üstü olan katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeylerinden yüksektir.

3. Somatoform rahatsızlığın psikolojik sağlamlık ile yüksek düzeyde ilişkisi vardır.

Katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasındaki ilişki Çizelge 5'te verilmiştir.

Çizelge 5. Katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasındaki ilişki

		Somatoform bozukluk	Psikolojik sağlamlık
Somatoform bozukluk	r	1	
	p		
	N	522	
Psikolojik sağlamlık	r	-,473**	1
	p	,000	
	N	522	522

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Çizelge 5. incelendiğinde katılımcıların somatoform rahatsızlık düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında orta düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişki ($r=-,473$; $p<,05$) olduğu görülmektedir.

4. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İmmatür savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak kopukluk ve reddedilme şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı ,580 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

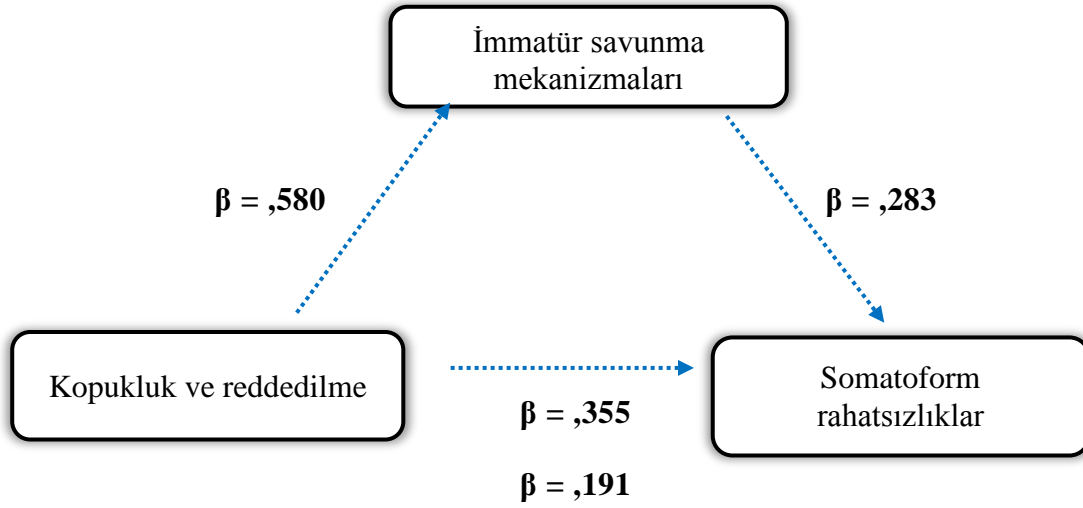
Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 6'da verilmiştir.

Çizelge 6. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH_B	β	t	p	ΔR²
1	Kopukluk ve reddedilme	,105	,012	,355	8,652	,000	,126
2	Kopukluk ve reddedilme	,057	,015	,191	3,906	,000	,179
	İmmatür	,070	,012	,283	5,791	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %12,6'sını açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=74,865$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta immatür savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin

birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %17,9'a yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=56,540$; $p<,05$). Birinci basamakta kopukluk ve reddedilme şema alanının beta katsayısı ,355 iken; ikinci basamakta modele immatür savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,191'e düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=5,49$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre immatür savunma mekanizmalarının kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

5. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

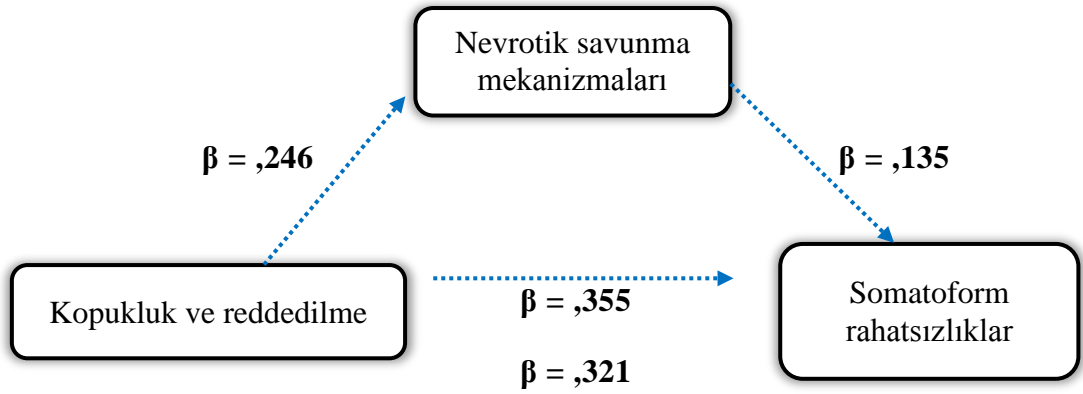
Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Nevrotik savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak kopukluk ve reddedilme şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı ,246 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 7’de verilmiştir.

Çizelge 7. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR ²
1	Kopukluk ve reddedilme	,105	,012	,355	8,652	,000	,126
2	Kopukluk ve reddedilme	,096	,012	,321	7,667	,000	,143
	Nevrotik	,089	,028	,135	3,220	,001	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %12,6’sını açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=74,865$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta nevrotik savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %14,3’e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=43,292$; $p<,05$). Birinci basamakta kopukluk ve reddedilme şema alanının beta katsayısı ,355 iken; ikinci basamakta modele nevrotik savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,321’e düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 2’de verilmiştir.



Şekil 2. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=2,79$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre nevrotik savunma mekanizmalarının kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

6. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

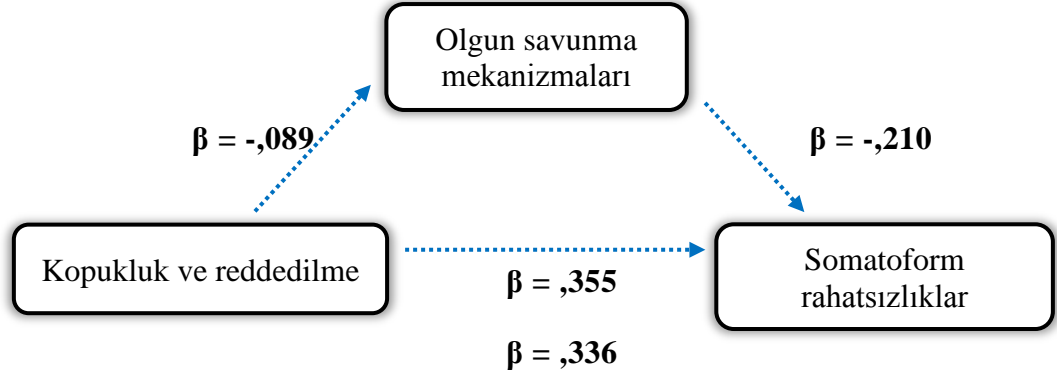
Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Olgun savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak kopukluk ve reddedilme şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı -,089 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 8’te verilmiştir.

Çizelge 8. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR ²
1	Kopukluk ve reddedilme	,105	,012	,355	8,652	,000	,126
2	Kopukluk ve reddedilme	,100	,012	,336	8,371	,000	,170
	Olgun	-,128	,025	-,210	-5,228	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %12,6’sını açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=74,865$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta olgun savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %17,0’ye yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=52,993$; $p<,05$). Birinci basamakta kopukluk ve reddedilme şema alanının beta katsayısı ,355 iken; ikinci basamakta modele olgun savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,336’ya düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 3’de verilmiştir.



Şekil 3. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlı değildir ($z=1,90$; $p>,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre olgun savunma mekanizmalarının kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olmadığı söylenebilir.

7. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

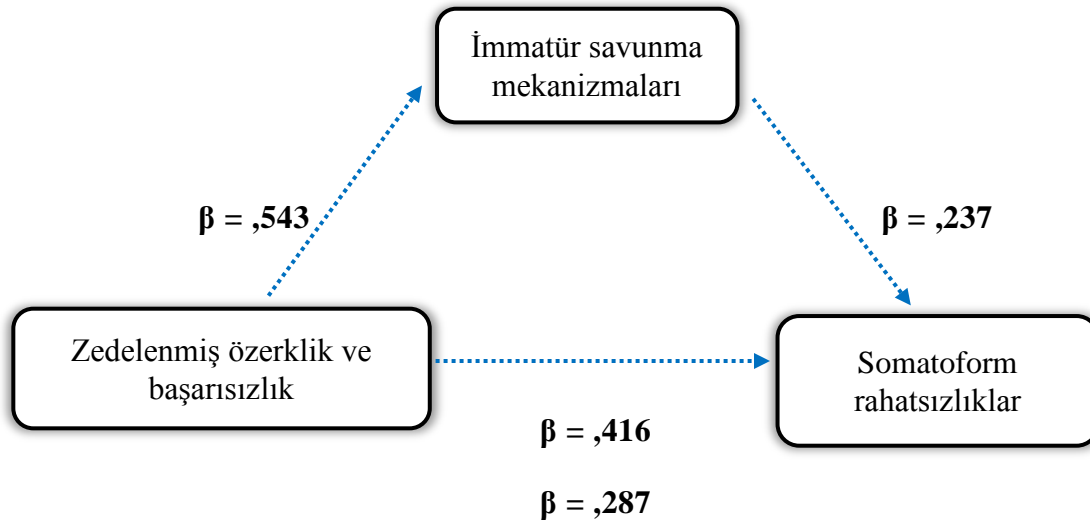
Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İmmatür savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı ,543 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 9’da verilmiştir.

Çizelge 9. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR ²
1	Zedelenmiş özerklik	ve ,160	,015	,416	10,439	,000	,173
2	Zedelenmiş başarısızlık	ve ,110	,018	,287	6,200	,000	,213
	İmmatür	,059	,011	,237	5,123	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %17,3'ünü açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=108,976$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta immatür savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %21,3'e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=70,257$; $p<,05$). Birinci basamakta kopukluk ve reddedilme şema alanının beta katsayısı ,416 iken; ikinci basamakta modele immatür savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,287'ye düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 4'te verilmiştir.



Şekil 4. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=5,04$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre immatür savunma mekanizmalarının

zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

8. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

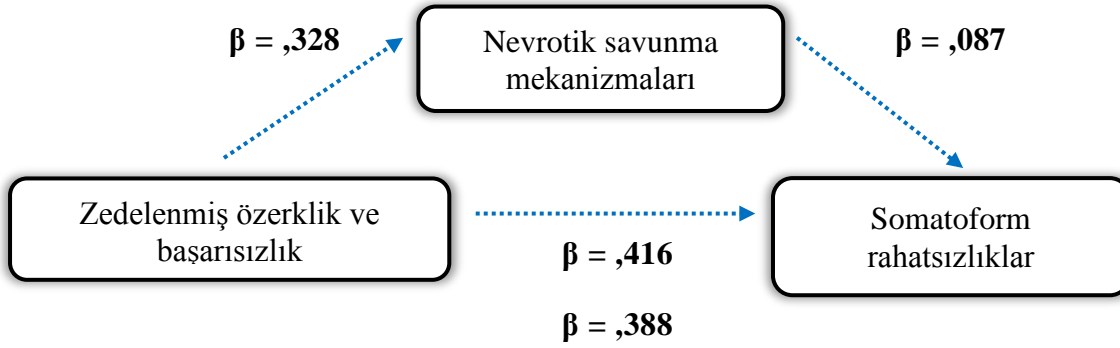
Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Nevrotik savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı ,328 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 10'da verilmiştir.

Çizelge 10. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR^2
1	Zedelenmiş başarısızlık	ve ,160	,015	,416	10,439	,000	,173
2	Zedelenmiş başarısızlık	ve ,149	,016	,388	9,215	,000	,180
	Nevrotik	,057	,028	,087	2,072	,039	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %17,3'ünü açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}= 108,976$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta nevrotik savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %18,0'e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=56,980$; $p<,05$). Birinci basamakta zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanının beta katsayısı ,416 iken; ikinci basamakta modele nevrotik savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,388'e düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 5'te verilmiştir.



Şekil 5. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=1,97$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre nevrotik savunma mekanizmalarının zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

9. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

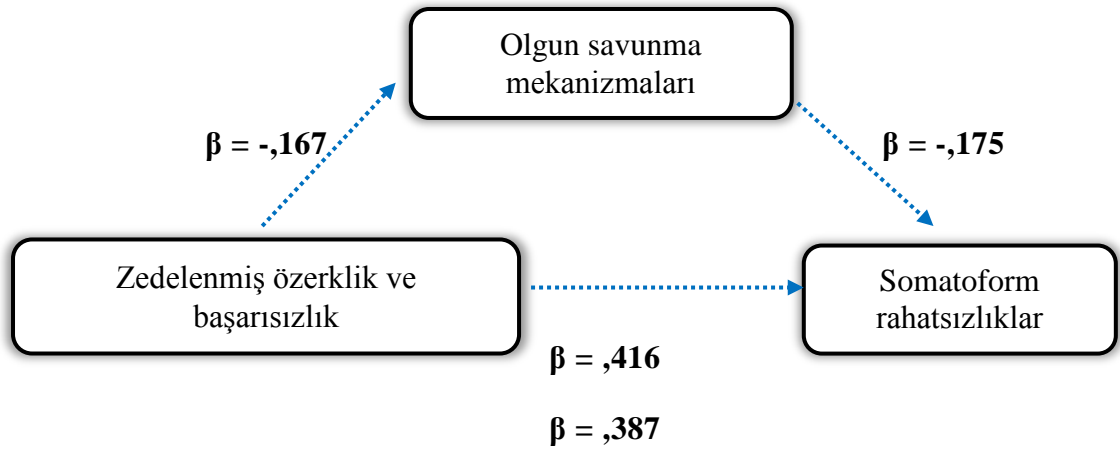
Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Olgun savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı $-,167$ olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 11’de verilmiştir.

Çizelge 11. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR ²
1	Zedelenmiş başarısızlık	ve ,160	,015	,416	10,439	,000	,173
2	Zedelenmiş başarısızlık	ve ,149	,015	,387	9,737	,000	,203
	Olgun	-,107	,024	-,175	-4,404	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %17,3'ünü açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}= 108,976$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta olgun savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %20,3'e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=66,115$; $p<,05$). Birinci basamakta zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanının beta katsayısı ,416 iken; ikinci basamakta modele olgun savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,387'ye düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 6'da verilmiştir.



Şekil 6. Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=2,93$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre olgun savunma mekanizmalarının zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

10. Zedelenmiş sınırlar şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

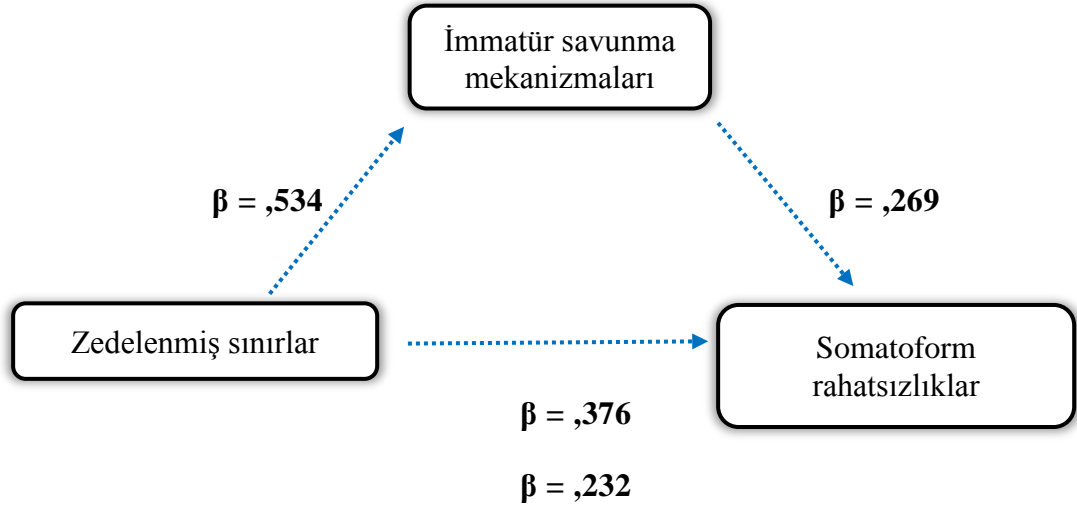
Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İmmatür savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak zedelenmiş sınırlar şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde zedelenmiş sınırlar şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı, 534 olarak belirlenmiştir ($p < ,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 12’de verilmiştir.

Çizelge 12. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR^2
1	Zedelenmiş sınırlar	,286	,031	,376	9,261	,000	,142
2	Zedelenmiş sınırlar	,177	,035	,232	4,983	,000	,193
	İmmatür	,067	,012	,269	5,772	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına zedelenmiş sınırlar şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %14,2’sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=85,769$; $p < ,05$). Analize ikinci basamakta immatür savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %19,3’e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=62,207$; $p < ,05$). Birinci basamakta zedelenmiş sınırlar şema alanının beta katsayısı ,376 iken; ikinci basamakta modele immatür savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,232’ye düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 7’de verilmiştir.



Şekil 7. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=5,21$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre immatür savunma mekanizmalarının zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

11. Zedelenmiş sınırlar şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik

savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

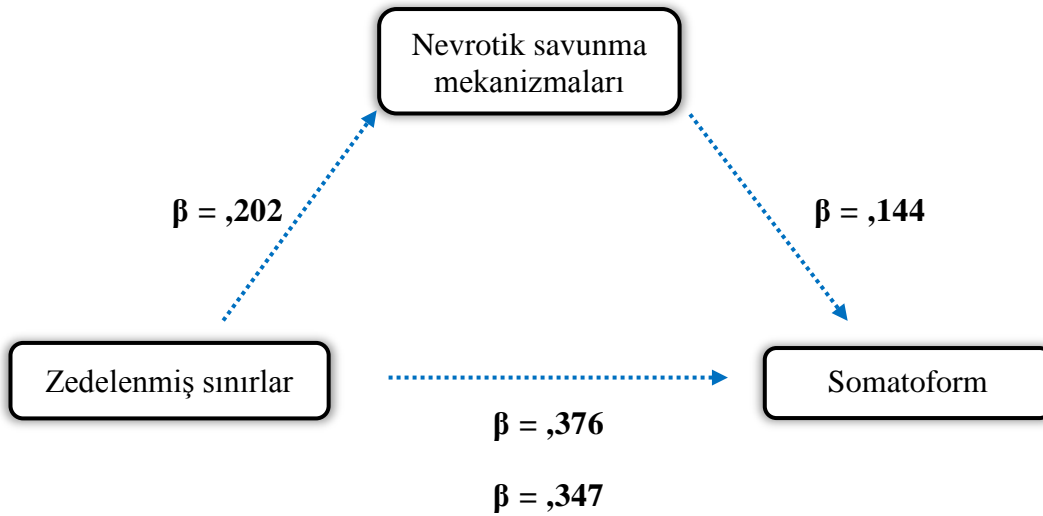
Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Nevrotik savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak zedelenmiş sınırlar şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde zedelenmiş sınırlar şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı, 202 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 13’de verilmiştir.

Çizelge 13. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR^2
1	Zedelenmiş sınırlar	,286	,031	,376	9,261	,000	,142
2	Zedelenmiş sınırlar	,264	,031	,347	8,458	,000	,161
	Nevrotik	,095	,027	,144	3,509	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %14,2'sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)} = 85,769$; $p < ,05$). Analize ikinci basamakta nevrotik savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %16,1'e yükselmiştir ($F_{(2, 519)} = 49,976$; $p < ,05$). Birinci basamakta zedelenmiş sınırlar şema alanının beta katsayısı ,376 iken; ikinci basamakta modele nevrotik savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,347'ye düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z = 2,81$; $p < ,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre nevrotik savunma mekanizmalarının zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

12. Zedelenmiş sınırlar şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

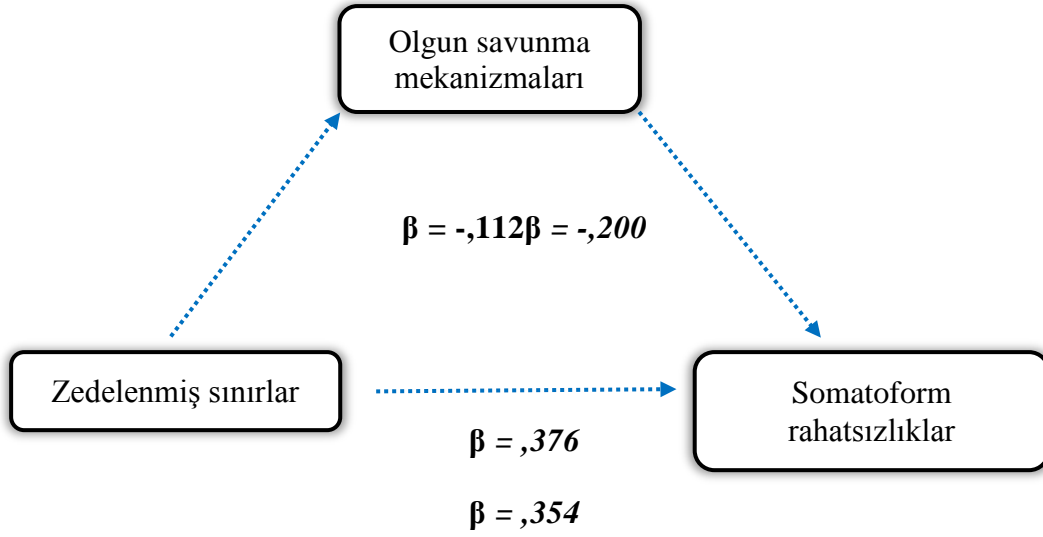
Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Olgun savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak zedelenmiş sınırlar şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde zedelenmiş sınırlar şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı $-,112$ olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 14'te verilmiştir.

Çizelge 14. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR^2
1	Zedelenmiş sınırlar	,286	,031	,376	9,261	,000	,142
2	Zedelenmiş sınırlar	,269	,030	,354	8,854	,000	,181
	Olgun	-,122	,024	-,200	-5,007	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına zedelenmiş sınırlar şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %14,2'sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}= 85,769$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta olgun savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %18,1'e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=57,405$; $p<,05$). Birinci basamakta zedelenmiş sınırlar şema alanının beta katsayısı $,376$ iken; ikinci basamakta modele olgun savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı $,354$ 'e düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 9'da verilmiştir.



Şekil 9. Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=2,30$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre olgun savunma mekanizmalarının zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

13. Başkaları yönelimlilik şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

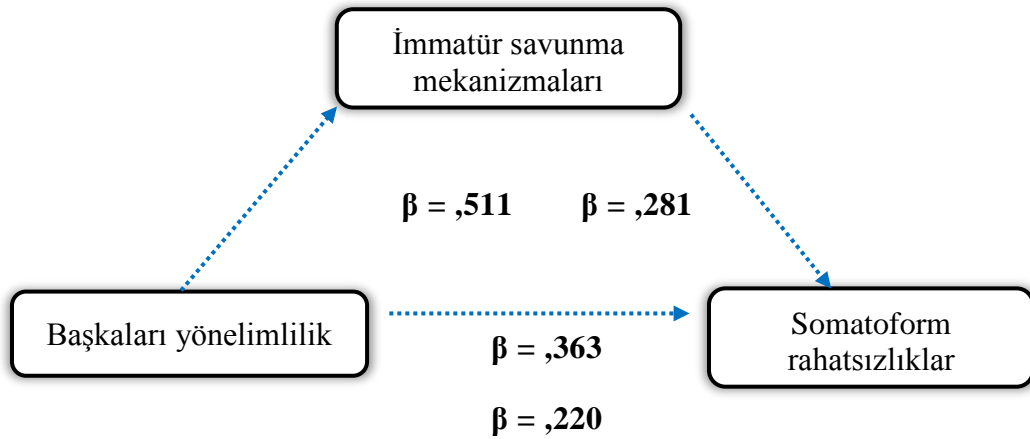
Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İmmatür savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak başkaları yönelimlilik şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde başkaları yönelimlilik şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı ,511 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 15'te verilmiştir.

Çizelge 15. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR ²
1	Başkaları yönelimlilik	,203	,023	,363	8,890	,000	,132
2	Başkaları yönelimlilik	,123	,026	,220	4,781	,000	,190
	İmmatür	,070	,012	,281	6,123	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına başkaları yönelimlilik şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %13,2'sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=79,030$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta immatür savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %19,0'a yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=61,037$; $p<,05$). Birinci basamakta başkaları yönelimlilik şema alanının beta katsayısı ,363 iken; ikinci basamakta modele immatür savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,220'ye düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 10'da verilmiştir.



Şekil 10. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=5,36$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre immatür savunma mekanizmalarının başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

14. Başkaları yönelimlilik şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

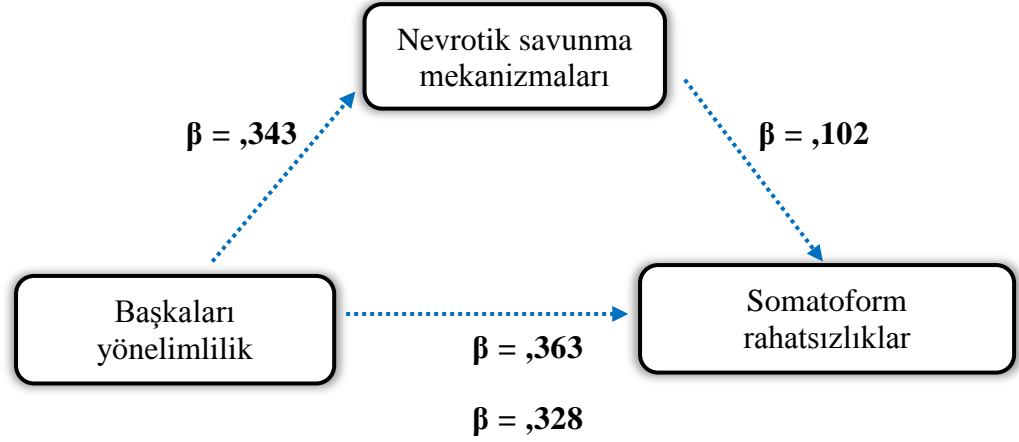
Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İmmatür savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak başkaları yönelimlilik şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde başkaları yönelimlilik şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı ,343 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 16’da verilmiştir.

Çizelge 16. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR ²
1	Başkaları yönelimlilik	,203	,023	,363	8,890	,000	,132
2	Başkaları yönelimlilik	,183	,024	,328	7,583	,000	,141
	Nevrotik	,067	,028	,102	2,348	,019	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına başkaları yönelimlilik şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %13,2’sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}= 79,030$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta nevrotik savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %14,1’e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=42,614$; $p<,05$). Birinci basamakta başkaları yönelimlilik şema alanının beta katsayısı ,363 iken; ikinci basamakta modele nevrotik savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,328’e düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 11’de verilmiştir.



Şekil 11. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevroitik savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=2,30$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre nevroitik savunma mekanizmalarının başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

15. Başkaları yönelimlilik şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

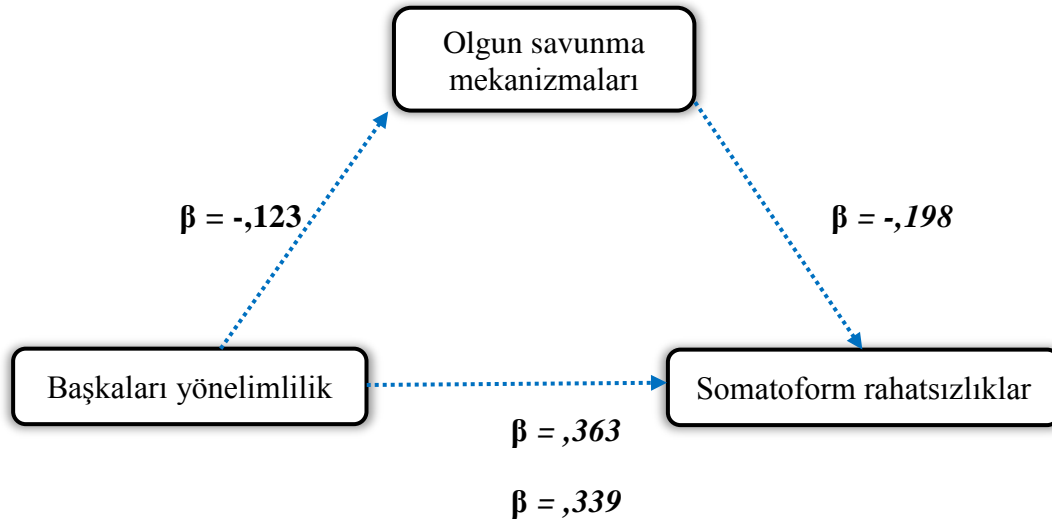
Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İmmatür savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak başkaları yönelimlilik şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde başkaları yönelimlilik şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı $-,123$ olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 17’de verilmiştir.

Çizelge 17. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR ²
1	Başkaları yönelimlilik	,203	,023	,363	8,890	,000	,132
2	Başkaları yönelimlilik	,189	,023	,339	8,414	,000	,171
	Olgun	-,121	,025	-,198	-4,919	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına başkaları yönelimlilik şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %13,2'sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)} = 79,030$; $p < ,05$). Analize ikinci basamakta olgun savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %17,1'e yükselmiştir ($F_{(2, 519)} = 53,376$; $p < ,05$). Birinci basamakta başkaları yönelimlilik şema alanının beta katsayısı ,363 iken; ikinci basamakta modele olgun savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,339'a düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 12'de verilmiştir.



Şekil 12. Başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z = 2,42$; $p < ,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre olgun savunma mekanizmalarının başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

16. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

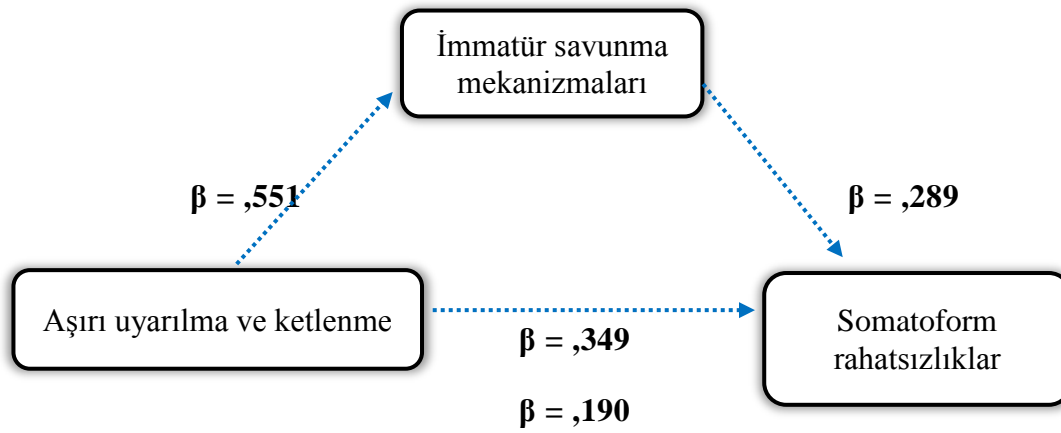
Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İmmatür savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı ,551 olarak belirlenmiştir ($p < ,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 18’de verilmiştir.

Çizelge 18. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR^2
1	Aşırı uyarılma ketlenme	ve ,149	,018	,349	8,495	,000	,122
2	Aşırı uyarılma ketlenme İmmatür	ve ,081 ,071	,020 ,012	,190 ,289	3,989 6,061	,000 ,000	,180

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %12,2’sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=72,167$; $p < ,05$). Analize ikinci basamakta immatür savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %18,0’e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=56,931$; $p < ,05$). Birinci basamakta aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanının beta katsayısı ,349 iken; ikinci basamakta modele immatür savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,190’a düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 13’de verilmiştir.



Şekil 13. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide immatür savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=5,51$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre immatür savunma mekanizmalarının aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

17. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

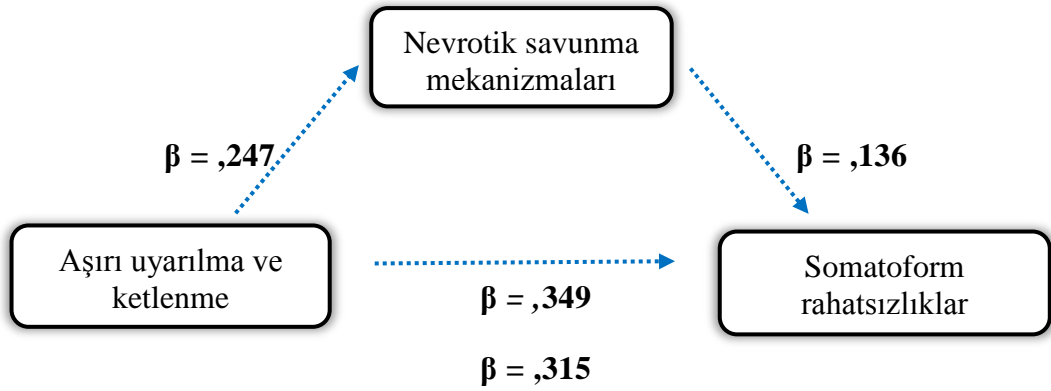
Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İmmatür savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanının incelendiği basit regresyon analizinde aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı ,247 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 19’da verilmiştir.

Çizelge 19. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR ²
1	Aşırı uyarılma ketlenme	,149	,018	,349	8,495	,000	,122
2	Aşırı uyarılma ketlenme	,135	,018	,315	7,504	,000	,139
	Nevrotik	,090	,028	,136	3,241	,001	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %12,2'sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}= 72,167$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta nevrotik savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %13,9'a yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=41,995$; $p<,05$). Birinci basamakta aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanının beta katsayısı ,349 iken; ikinci basamakta modele nevrotik savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,315'e düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 14'de verilmiştir.



Şekil 14. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=2,80$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre nevrotik savunma mekanizmalarının aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

18. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İmmatür savunma mekanizmalarının yordayıcısı olarak aşırı uyarılma ve ketlenme şema

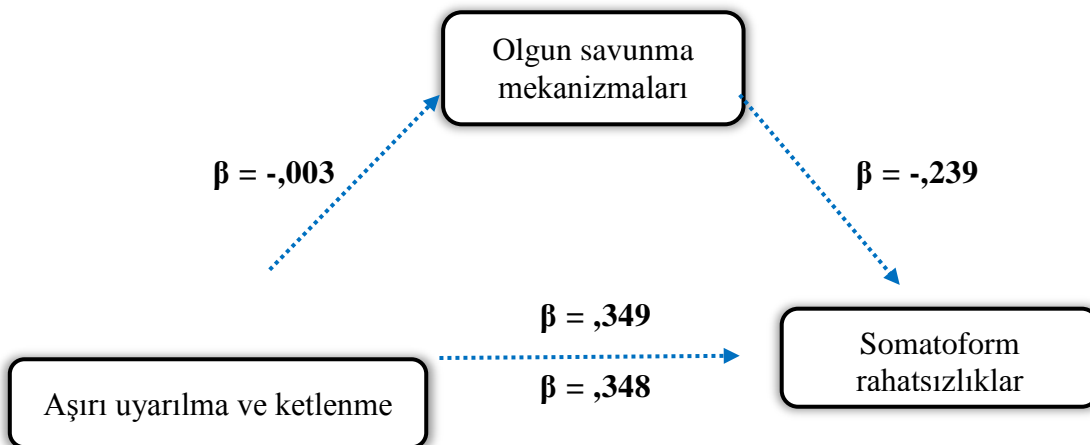
alanının incelendiği basit regresyon analizinde aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı $-,003$ olarak belirlenmiştir ($p>,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 20’de verilmiştir.

Çizelge 20. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR^2
1	Aşırı uyarılma ketlenme	$ve,149$	$,018$	$,349$	8,495	$,000$	$,122$
2	Aşırı uyarılma ketlenme	$ve,149$	$,017$	$,348$	8,759	$,000$	$,179$
	Olgun	$-,146$	$,024$	$-,239$	-6,000	$,000$	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %12,2’sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}= 72,167$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta olgun savunma mekanizmaları değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %17,9’a yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=56,515$; $p<,05$). Birinci basamakta aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanının beta katsayısı $,349$ iken; ikinci basamakta modele olgun savunma mekanizmalarının eklenmesiyle birlikte beta katsayısı $,191$ ’e düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 15’de verilmiştir.



Şekil 15. Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide olgun savunma mekanizmalarının aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlı değildir ($z=0,06$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre olgun savunma mekanizmalarının aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olmadığı söylenebilir.

19. Olgun savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü bulunmaktadır.

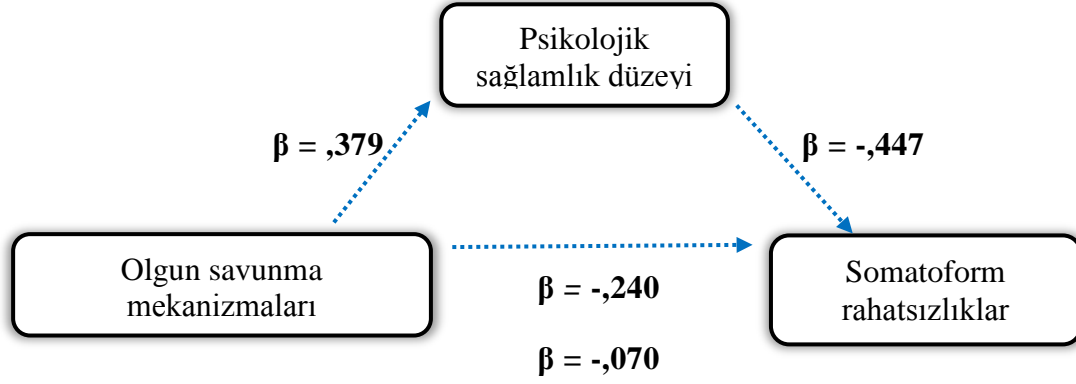
Olgun savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Psikolojik sağlamlık düzeyinin yordayıcısı olarak olgun savunma mekanizmalarının incelendiği basit regresyon analizinde kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı ,379 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 21’de verilmiştir.

Çizelge 21. Olgun savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR^2
1	Olgun	-,146	,026	-,240	-5,630	,000	,057
	Olgun	-,043	,025	-,070	-1,689	,092	,228
2	Psikolojik sağlamlık	-,546	,051	-,447	-10,721	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına olgun savunma mekanizmaları değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %5,7’sini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=31,700$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta psikolojik sağlamlık düzeyi değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %22,8’e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=76,789$; $p<,05$). Birinci basamakta olgun savunma mekanizmalarının beta katsayısı -,240 iken; ikinci basamakta modele psikolojik sağlamlık düzeyinin eklenmesiyle birlikte beta katsayısı -,070’e düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 16’da verilmiştir.



Şekil 16. Olgun savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=-7,08$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre psikolojik sağlamlık düzeyinin olgun savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

20. Nevrotik savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü bulunmaktadır.

Nevrotik savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Psikolojik sağlamlık düzeyinin yordayıcısı olarak nevroitik savunma mekanizmalarının incelendiği basit regresyon analizinde kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı $-,200$ olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

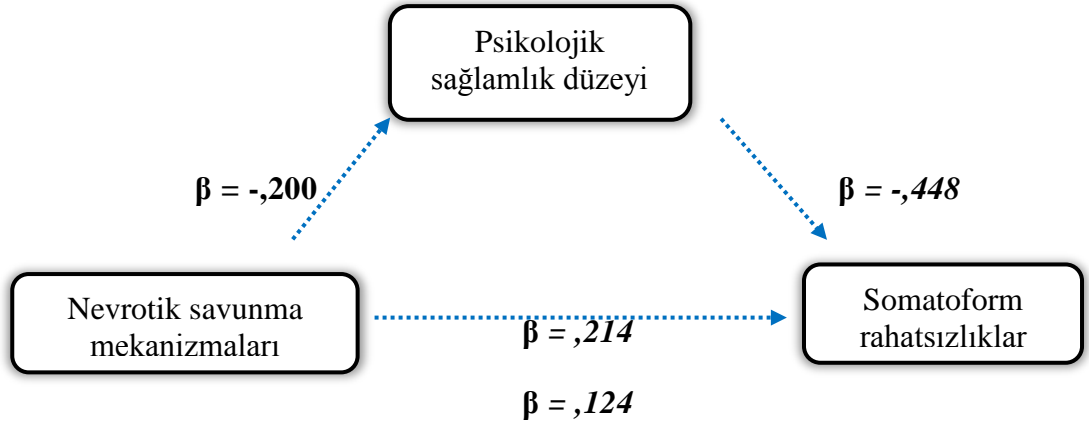
Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 22’de verilmiştir.

Çizelge 22. Nevrotik savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR^2
1	Nevrotik	,141	,028	,214	5,001	,000	,046
2	Nevrotik	,082	,026	,124	3,181	,002	,239
	Psikolojik sağlamlık	-,548	,048	-,448	-11,473	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına nevroitik savunma mekanizmaları değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın

%4,6'sını açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=25,015$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta psikolojik sağlamlık düzeyi değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %23,9'a yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=81,469$; $p<,05$). Birinci basamakta nevrotik savunma mekanizmalarının beta katsayısı ,214 iken; ikinci basamakta modele psikolojik sağlamlık düzeyinin eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,124'e düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 17'de verilmiştir.



Şekil 17. Nevrotik savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=4,34$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre psikolojik sağlamlık düzeyinin nevrotik savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

21. İmmatür savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü bulunmaktadır.

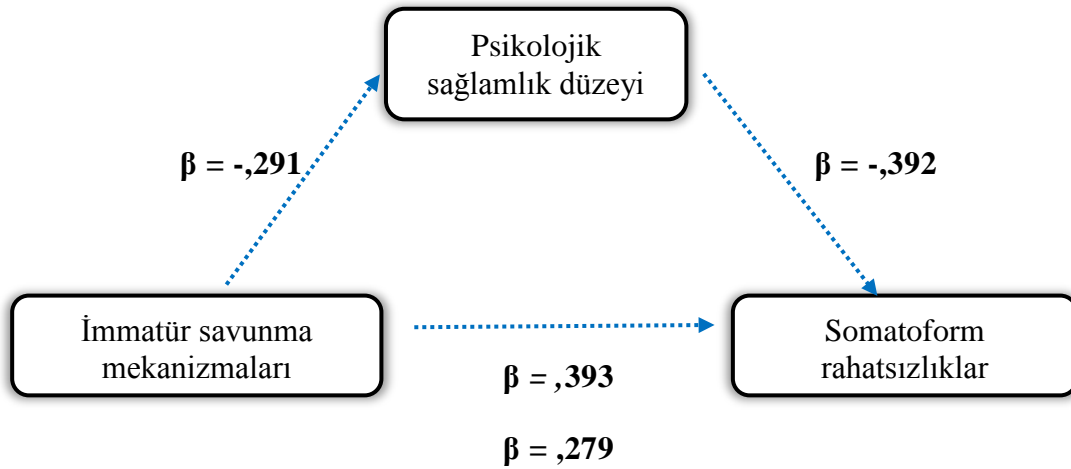
İmmatür savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolünü belirlemek amacıyla sırasıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Psikolojik sağlamlık düzeyinin yordayıcısı olarak immatür savunma mekanizmalarının incelendiği basit regresyon analizinde kopukluk ve reddedilme şema alanı değişkenine ilişkin beta katsayısı -,291 olarak belirlenmiştir ($p<,05$).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 23'de verilmiştir.

Çizelge 23. İmmatür savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolüne ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları

Model	Yordayıcı	B	SH _B	β	t	p	ΔR^2
1	İmmatür	,097	,010	,393	9,758	,000	,155
2	İmmatür	,069	,010	,279	7,250	,000	,295
	Psikolojik sağlamlık	-,479	,047	-,392	-10,180	,000	

Hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağında tek başına immatür savunma mekanizmaları değişkeninin somatoform rahatsızlıklardaki varyansın %15,5'ini açıkladığı görülmektedir ($F_{(1, 520)}=95,216$; $p<,05$). Analize ikinci basamakta psikolojik sağlamlık düzeyi değişkeni eklenmiş ve iki değişkenin birlikte somatoform rahatsızlıklardaki varyansı açıklama oranı %29,5'e yükselmiştir ($F_{(2, 519)}=108,821$; $p<,05$). Birinci basamakta immatür savunma mekanizmalarının beta katsayısı ,393 iken; ikinci basamakta modele psikolojik sağlamlık düzeyinin eklenmesiyle birlikte beta katsayısı ,279'a düşmüştür. Yapılan analizler sonucunda elde edilen beta katsayıları Şekil 18'de verilmiştir.



Şekil 18. İmmatür savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü

Beta katsayısında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan Sobel testi sonucu anlamlıdır ($z=5,97$; $p<,05$). Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre psikolojik sağlamlık düzeyinin immatür savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir.

V.TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmanın konusu olan somatoform rahatsızlıklar üzerinde savunma mekanizmaları, erken dönem uyumsuz şemalar ve psikolojik sağlamlığın birbiri arasındaki rolleri hakkında yapılan literatür taramasında yeterli sayıda çalışma olmaması, tartışma bölümünde bulguların destekleneceği yurt içi ve dışında benzer çalışmalar bulma konusunda zorluklara neden olmuştur. Araştırma konusu ile ilgili kısıtlı çalışma olması tezin bilimsel literatüre önemli bir katkı sağlayacağını düşündürmektedir. Bu çalışmada 18-51 yaş ve üstü bireylere uygulanan Somatizasyon ölçeği bulguları ile Savunma Biçimleri Testi, Young Şema Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Testi bulgularının aracı rolleri hakkında değerlendirmelerde bulunulacaktır.

Bu araştırmaya katılan 318 kadın ve 204 erkeğin, somatoform bozukluk düzeylerinin cinsiyet ve yaş değişkenlerine göre değerlendirilmesi sonucunda kadınların somatoform bozukluğa sahip olma oranının erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiş olup bu sonucun literatür ile de benzer olduğu görülmektedir. Literatürde kadınların erkeklerden daha fazla somatoform bozukluk belirtileri gösterdiğine dair başka araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Afifi, 2007:388; Bener vd., 2010:37; Kaya, 2002:66; Kafkaslı, 2019:39; Keskin vd., 2013:348; Kon vd.,2017:10; Sağduyu,1995:24). Kadınlarda somatoform bozuklukların erkeklere göre daha fazla görülmesinin nedeni, genel toplumsal yaklaşım olarak kadının duygularını rahat bir şekilde ifade etmesinin baskılanması olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada 18-30 yaş arasında bulunan katılımcıların somatoform bozukluk bulunma düzeylerinin, 31-50 ve 51 üstü olan katılımcıların somatoform bozukluk düzeylerinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Somatoform bozukluk ve yaş arasındaki ilişkiye yönelik olarak yapılan araştırma sonuçlarında da somatizasyon bozukluğunun ilk belirtilerinin 30-35 yaşından önce ortaya çıktığı ve başlangıcının genellikle ergenliğe kadar uzandığı ifade edilmektedir (Barsky 1989, Menson vd., 1983, Nemiah 1988, Purcell 1988, Smith 1988, Viderman

1989) . Ancak birçok hastaya erken evrede tanı konulamamakta, ilk kez orta yaşlarda hatta geç evrede tanı aldıkları görülebilmektedir (Bener, 2010:2; Sağduyu, 1994:24). Bu araştırmanın sonuçlarının literatürde bulunan diğer araştırmaların sonuçları ile tutarlılık gösterdiği görülmektedir.

Cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi dikkate alınarak yapılan araştırmalarda ileri yaşta, eğitim seviyesi düşük olan ve kadınlarda daha fazla somatizasyon görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Hiller vd., 2006:704; Karapıçak, 2010:72; Özenli vd., 2009:135; Uğur, 2015:67). Bu çalışmanın yaş ile ilgili bulgusunun farklı olmasının nedeni olarak, somatizasyon belirtilerini hissetmede eğitim seviyesinin yaş faktöründen daha etkili olduğu düşünülmektedir.

Vaillant (1977), savunma mekanizmaları konusunda yaptığı incelemeler sonucunda, savunma mekanizmalarını gelişimsel yaşam dönemlerine göre gruplama yapmıştır. Buna göre immatür savunma mekanizmalarının 5 yaş öncesinde psikotik düzeyde inkar ve yansıtma; olgun olmayan savunma mekanizmalarının 3-16 yaş döneminde hipokondriyazis, yansıtma, pasif agresiflik, eyleme vurma; nevrotik savunma mekanizmalarının 3-90 yaş arasında gelişen bastırma, karşıt tepki geliştirme, entellektüelleştirme; olgun düzeydeki savunma mekanizmalarının ise 12-90 yaş arasında mizah, yüceltme ve fedakarlık savunma mekanizmaları ağırlıklı olarak kullanılmaktadır (Vaillant, 1977; akt, Bahadır, 2019:18). Somatoform rahatsızlık durumunun 18-30 yaş arasında yüksek görülmesinin, olgun olmayan ve nevrotik savunma mekanizmalarının daha sık geliştiği ve hipokondriyazis, bastırma, yer değiştirme gibi somatoform rahatsızlıklar ile daha çok ilgili olan savunma mekanizmalarının bu yaş gruplarına denk gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Psikolojik sağlamlığın bileşenlerinden olan duygu düzenleme becerisindeki yetersizlik çeşitli psikolojik belirtilere neden olabilmektedir. Kişinin duygularının farkında olması, ifade etmesi ve negatif duygular ile uygun şekilde başa çıkabilmesinde yetersiz olması durumunda duygularını bedensel belirtilerle ifade etme yoluna yönelecektir (Gratz ve Roemer, 2004:43; Van Dijke vd., 2010:305).

Nevrotik kişilik özelliği bulunan kişilerde duygu düzenlemede yetersizlik olduğu görülmektedir. Nevrotik kişiler kaygılı, kendine güveni düşük, terk edilme korkusu yaşama, öfke ve hassaslığın hakim olduğu ilişkiler içinde

bulunmaktadırlar (Doğan, 2012; akt. Faraji ve Boran, 2021:675). Somatoform bozukluklarda da kişinin özgüveninin düşük olduğu ve ruhsal dünyasında hissettiği anksiyete, kızgınlık, korku gibi duyguları bedensel belirtiler şeklinde ifade etmeye yöneldiği düşünöldüğünde, nevrotik kişiliklerde somatoform bozuklukların da ortaya çıkma ihtimalinden bahsedilebilir.

Somatoform rahatsızlıklar ile psikolojik sağlamlık arasında normalde yüksek düzeyde negatif ilişki olduğu düşünölmektedir. Bu araştırmanın bulguları incelendiğinde, somatoform rahatsızlıklar ile psikolojik sağlamlık arasında orta düzeyde negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların genellikle eğitim seviyelerinin orta ve yüksek düzeyde olduğu düşünöldüğünde, psikolojik sağlamlık üzerinde erken çocukluk döneminde travmatik durumlara maruz kalma, kişilerarası etkileşim deneyimleri, eğitim seviyesi gibi pek çok faktörün etkili olduğu ifade edilebilir (Zoroğlu, 2001:76; Aykıl, 2019:47).

Psikolojik sağlamlığı düşük olan kişileri ruhsal ve duygusal gerginliklerin bedensel belirtiler şeklinde ifade etmesiyle ilgili olarak; duygusal ihmal ve istismar öyküsü bulunan ergenlerde somatizasyon belirtilerinin tespit edildiği (Okutan B. vd., 2017:85) ve kişilerarası ilişkilerde yetersizlik gösteren ve akranları tarafından dışlanan çocuklarda tıbbi olarak açıklanamayan karın ağrıları ve duygudurum bozuklukları göröldüğu belirlenen araştırmalar örnek olarak verilebilir (Lieb vd., 2000:198; Haugaard, 2004:172).

Yaşamın erken dönemlerindeki travmatik yaşantılar kişinin kendisi ve dış dünya hakkında uyumsuz bilişsel şemalar geliştirmesine ve bunun da ileri yaşamında birçok ruhsal rahatsızlığın temelini oluşturmasına neden olmaktadır. Bu dönemde karşılaşılan fiziksel ve cinsel istismar kişiyi bedensel tepkiler göstermeye eğilimli hale getirmekte ve bedenselleştirmenin gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Stuart ve Noyes, 1999:5; Piontek vd., 2021:6). Çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşam deneyimleri yetişkinlikte psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkilere sahip bulunmaktadır (Springer vd., 2008:864; Shaw ve Jong, 2012:321). Çocukluk döneminde deneyimlenen travmatik durumların olumsuz etkileri birçok psikiyatrik rahatsızlığın ortaya çıkma riski ile bağlantılıdır. Travmatik yaşam deneyimleri ile ilişkili olan bu rahatsızlıklarla ilgili yapılan araştırmalar sonucunda travma sonrası stres bozukluğu, depresyon alkol ve uyuşturucu kullanımı, anksiyete bozukluğu, fibromiyalji, somatizasyon

bozukluğu, kronik yorgunluk sendromu, kişilik bozuklukları gibi pek çok rahatsızlıkların ortak bileşenleri olduğu ifade edilmektedir (Norman ve ark., 2012; Hovens ve ark., 2010; Maniglio, 2010; Sansone ve Sansone, 2007; Heim ve ark., 2006; akt. Bahayi, 2021: 51).

Çocukluk döneminde diğerleriyle olan ilişkiler sonucunda gelişen erken dönem uyumsuz şemalar çeşitli psikopatolojik rahatsızlıklara eğilimi oluşturmaktadır. Erken dönem travmatik yaşantılar ile ruhsal sağlık arasında uyumsuz şemaların etkisini belirlemeye yönelik yapılan bir araştırmaya katılan 19-26 yaş arasındaki 430 üniversite öğrencisinin istatistiki değerlendirmeleri sonucunda, kopukluk ve zedelenmiş otonomi şemalarının en etkili alanlar olduğu tespit edilmiştir. Erken dönem uyumsuz şemalar, depresif belirtiler ve ebeveyn ile ilişkiler kapsamında yapılan bir araştırmada; bağımlılık, kusurluluk/utanç şemalarının ebeveyn tutumları ve depresif belirtiler arasında etkili role sahip olduğu tespit edilmiştir (Harris ve Curtin, 2002:406). Şemaların, çocukluk döneminde ebeveyn ve akranlarla deneyimlenen travmatik yaşantıların yetişkinlik yaşamında da etkisini sürdürerek psikolojik rahatsızlıklara neden olduğunu ifade eden araştırmalar da bulunmaktadır (Riso vd., 2003:77; Yiğit, 2015:54).

Bu araştırmada da aşağıda açıklandığı üzere, erken dönem uyumsuz şema alanlarının somatoform rahatsızlıkların oluşumu konusunda immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının etkili olduğu belirlenmiştir. Somatoform rahatsızlıklara yönelik belirtilerin erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisini yordayan bir araştırmada, yetişkinlere uygulanan Young Şema Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği analizleri sonucunda Somatizasyon belirtileri ile erken dönem uyumsuz şema alanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu, şema puanları yükseldikçe somatizasyonda da artış olduğu tespit edilmiştir (Biçer, 2019:57).

Savunma mekanizmaları ile erken dönem uyumsuz şemalar birbiri ile ilgili alanlardır. Savunma mekanizmaları, şemalardan daha önce hatta bebeklik döneminde gelişmiş olan bilinçdışı süreçlerdir. Kişi aslında savunma mekanizmalarını erken dönem uyumsuz şemalardan önce kullanmaya başlamakta ve dolayısıyla savunma mekanizmaları şemalara göre daha köklü bulunmaktadır. Kişide ruhsal kaygı bulunması ve bu kaygıyı bilinç düzeyinde yaşamaktan uzak durabilmesi için savunma mekanizmalarını kullanmak durumundadır. Aynı şekilde şemaların kullanımında da yoğun anksiyeteden uzaklaşmak amacı

bulunmaktadır. Dolayısıyla kişinin erken dönem uyumsuz şemalara yönelmesindeki artış doğal olarak immatür savunma mekanizmalarını kullanma sıklığını da artırmış olacaktır (Bahadır, 2020:242).

Kişinin benliğine zarar verebilecek herhangi bir tehdit durumuna karşı kendini korumak için bilinçdışı olarak çeşitli savunma mekanizmaları kullanır (Aktan, 2009:1). İmmatür savunma mekanizmaları yaşamın erken dönemlerinde gelişen ve kişinin dış dünyanın gerçekliğine adaptasyonunu olumsuz etkileyen düzeneklerdir. Yadsıma, yansıtma, içe yansıtma, bölme, pasif saldırganlık, dışa vurma, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, yer değiştirme, dissosiyasyon, rasyonalize etme ve bedenselleştirme düzenekleri yaşamın en erken dönemlerinde gelişen immatür savunma mekanizmalarıdır (West, 2018:13-18).

Somatoform rahatsızlıklarda bilişsel, davranışsal ve duygusal olarak çarpıtmalar bulunmaktadır. Bilişsel olarak kişi rahatsızlığının kaynağı olarak sadece bedensel işlevlerdeki aksamalara dikkatini yönlendirmekte, bu durumdan duygusal olarak hissettiği rahatsızlığın depresyon ya da anksiyete olarak adlandırılması ve dikkat bedene yöneldiği için davranışlarında kısıtlama ve tıbbi çare arama davranışına yönelme görülmektedir (Lieb vd., 2000:205; Bair, Robinson, Katon, Kroenke, 2003:2433; Kırpınar, 2014:88). Bu konuda bilişsel teorisyenler somatoform rahatsızlıkların yaygınlığı ve sürdürülmesinde bilişsel çarpıtmaların etkili olduğunu, bilişsel yanlış yorumlamaların beden duyularının da yanlış anlaşılmasına neden olacağını ifade etmektedirler.

Erken dönem uyumsuz şemaların depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar üzerinde etkisi bulunmaktadır. Somatoform rahatsızlıklar konusunda erken dönem uyumsuz şemalar, savunma mekanizmaları ve psikolojik sağlamlığın aracı rolleri hakkında literatür taramasında yeterli sayıda araştırma bulunmadığı görülmektedir. Travma sonrası stres bozuklukları, depresyon ve anksiyete rahatsızlıklarında şemaların, savunma mekanizmalarının ve psikolojik sağlamlığın aracı rolü olması ile ilgili yapılmış olan araştırmalarda somatoform rahatsızlıklar ile ortak bileşenleri olduğu ifade edilmektedir (Taner ve Gökler, 2004:82-86; Oei ve Baranoff, 2007:80; Carr ve Francis, 2010:343; Okutan, 2017: 81-93; Yıldırım, 2019:30; Piontek vd., 2021:9).

Psikiyatri servislerine başvuran kişilerin yarıdan fazla oranında ruhsal şikayetlerin yanı sıra; uyku problemleri, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, göğüste ağrı, mide-bağırsak rahatsızlıkları gibi bedensel belirtilerden de söz ettikleri tespit edilmiştir (Waldinger vd., 2006:130). Bedensel belirtilerin sadece somatoform rahatsızlıklar değil aynı zamanda duygudurum bozuklukları, kaygı gibi birçok ruhsal rahatsızlıklar ile ilişkili olabileceği de ifade edilmektedir (Stoudemire, 1991:366; Lieb vd., 2000:205). Örneğin; projeksiyon, mantıksallaştırma, bedenselleştirme, inkar ve bastırma mekanizmalarının depresif belirtilerle; obsesif kompulsif bozukluklarda yapma-bozma, değersizleştirme, bedenselleştirme, inkar; projeksiyon ve mantıksallaştırma düzeneklerinin, kaygı bozukluklarında ise, bedenselleştirme, yansıtma, mantıksallaştırma savunma mekanizmalarının belirleyici olduğu tespit edilmiştir (İnce, 2020:66).

Erken dönem uyumsuz şemalar ve savunma mekanizmalarının somatoform rahatsızlıklar üzerindeki aracı rolleri konusunda yapılan bu araştırmada; kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasında savunma mekanizmalarının aracı rolü bulunduğu belirlenmiştir. İmmatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının, kopukluk ve reddedilme şema alanı ve somatoform rahatsızlıklar arasında aracı rolü üstlenmektedir.

Erken yaşam deneyimlerinde ebeveyni ile güvenli bağlanma ilişkisi oluşturamamış kişilerde gelişen kopukluk ve reddedilme şema alanında bulunan şema boyutlarından terk edilme şemasında; kişi ilişkide bulunduğu diğerleri tarafından mutlaka terk edileceği, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma şemasında; diğerlerinin kendisine zarar vereceği, duygusal yoksunluk şemasında; duygusal ihtiyaçlarının karşılanması konusunda diğerlerinin yetersiz olacağı, kusurluluk ve utanç şemasında; diğerlerinin yanında her zaman kendisinin kusurlu olduğu, sosyal izolasyon şemasında ise; kişinin kendisini sosyal ortama ait hissetmemesi ile ilgili güçlü inançlarının bulunması söz konusudur (Ekşi vd., 2020:321).

Ebeveyn ile çocuk arasındaki duygusal bağda aksaklıklar olması çocuğun bedensel, duygusal ve zihinsel temsiller oluşturamayacağını çünkü ileride diğerleriyle kurulacak duygu içerikli iletişimin yaşamın erken dönemlerindeki sözlü ve ya sözsüz duygusal iletişim ile ilişkili olduğunu ifade eden psikanalistler, çevresiyle duygusal iletişim becerisi geliştirememiş kişilerin ruhsal ve bedensel belirtilerini yorumlamada, bedensel rahatsızlığı duygusal

ihtiyaçlardan ayırmada yetersizlik olacağını ifade etmektedirler (Stoudemire, 1991:368). Somatizasyon; immatür savunma mekanizmalarından olan rasyonalizasyon, yer değiştirme ve yadsıma düzeneklerini içeren içsel bilinçdışı çatışmaları fiziksel semptomlara döndürerek gerçek problemden uzaklaşmayı sağlayan bir çözüm çabasıdır (Kellner, 1990:155).

Kişinin çevresindeki olay ve durumları gerçekte olduğunun dışında yorumlaması sonucu anksiyete yaşamasına rağmen, çözüme kavuşturmak yerine görmezlikten gelip kaçmaya yönelik davranışlar sergilemesi durumunda nevroitiklikten bahsedilebilir. Bu tür davranışlarda bulunan kişilerin genellikle etrafıyla etkili iletişim içine girmeyen, anksiyete düzeyi yüksek ve mutluluk seviyesi düşük, kendini suçlu hissetme eğiliminde oldukları görülmektedir. Nevrotik tutum ve davranışlara sahip kişiler aslında bir kısırdöngü içindedirler. Kendilerini yetersiz hissetmelerinden dolayı yaşadıkları anksiyete çeşitli savunma mekanizmaları kullanarak durum ya da ortamdan kaçmalarına ve bu durumdan da yine suçluluk hissetmelerine neden olmakta, kısırdöngü bu şekilde sürmektedir. Nevrotik kişilerin anksiyete oluşturan durumlardan kaçınmak için en çok kullandığı bahanesi ise fiziksel şikayetlerdir. Bütün bilişsel ve davranışsal girişimleri, kendilerindeki yetersizlik duygusuyla yüzleşmekten kaçmayı sağlayacak biçimde organize edilmiştir (Geçtan, 1997:68).

Kopukluk ve reddedilme şema alanında kişinin kendisini kusurlu olarak görmesi, terk edileceğini ya da diğer kişilerin istismar edeceğine güçlü şekilde inanması, duygusal yoksunluk hissetmesi ve sosyal izolasyon eğiliminde bulunması söz konusudur. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişki ile ilgili bir araştırmada; duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, terk edilme ve kusurluluk şema alt alanları ile somatizasyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulgulanmış olup (Biçer, 2019:57), bu araştırmanın sonuçlarıyla tutarlılık gösterdiği görülmektedir. Borderline kişilik bozukluğunda duygu düzenleme güçlüğü konusunda yapılan bir araştırmada da yaşamın erken dönemlerinde özerklik kazanma çabasına karşılık annenin yeterince ve tutarlı olarak duygusal destekte bulunmaması sonucu gelişen terk edilme korkusunun kişide panik oluşturacağı, bu duruma da depresyon ve psikosomatik rahatsızlıkların eşlik edeceği ifade edilmektedir (Faraji, 2020:48). Bu durumda borderline kişilik bozukluğunda kişide duygusal kopukluk ve

reddedilme şema alanı ile immatür savunma mekanizmalarını kullanmaya eğilim olduğu düşünüldüğünde bu araştırma sonucunu destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Çocuklukta gelişen uyumsuz şemalar ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik araştırmada; terk edilme, değişkenlik, duygusal yoksunluk ve başarısızlık şemalarıyla depresif belirtilerin pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu şema alanlarının depresyonun bilişsel boyutuyla uyumlu olduğu ifade edilmiştir (Renner vd., 2012:587). Depresyon tanısı konulmuş kişiler arasında kullanılan nevrotik, olgun ve ilkel savunma mekanizmaları kendi içerisinde değerlendirildiğinde, ilkel savunmaların diğer savunmalara göre daha çok kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır (Aktan, 2009:52).

Somatoform bozukluk gelişmesinin ardından genellikle distimi de görülmektedir. Çünkü somatoform rahatsızlığı bulunan kişi tıbbi çare için uzun süredir uğraşmakta ve artık çaresizlik duygusuna kapılmaktadır. Depresyon belirtileri ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde, üzüntü ve kaygı, unutkanlık ve fiziksel rahatsızlıklara sık rastlanır. Depresyonda bedensel belirtilerin algı eşliğinde olan düşüş somatizasyon ile depresyon arasında kısır döngü oluşmasını sağlamaktadır (Oğuzhanoğlu, 1995:41).

Daha çok obsesif-kompulsif bozukluk, somatoform bozukluk ve yoğun stres altında bulunan nevrotik kişilerde rastlanılan nevrotik savunma mekanizmaları; yapma-bozma, psödo alturizm, idealleştirme, karşıt tepki geliştirmedir. Bu savunma mekanizmaları kişinin anksiyetesini ilk başta rahatlatır da sürekli bu eğilimde bulunması diğerleri ile ilişkisinde sıkıntılar oluşturmaktadır (Yöyen, 2018:36).

Kopukluk ve reddedilme şema alanında bulunan terk edilme, güvensizlik, duygusal yoksunluk kusurluluk ve sosyal izolasyon şema boyutlarına sahip kişide, zihninde diğerleri hakkında olumsuzluk barındıran şablonlar bulunması kişinin diğerleriyle ilişkisinde yakınlık kurmaktan kaçınmasına ve yetersiz duygu düzenleme becerileri geliştirmesine neden olmaktadır (Bowlby, 1973; Mikulincer ve Shaver, 2007, akt. Yıldız, 2018:91).

Depresyonun temel yakınma düzeyi, olgun savunma mekanizmalarıyla negatif, olgunlaşmamış savunma mekanizmalarıyla ise pozitif ilişkilidir.

Depresyonun yaygın semptomlarından olan bedensel belirtilerle ilgili şikayetlerde de olgun savunma mekanizmalarının negatif yönde ilişkisi olduğu söylenebilir. Kişinin zorlu yaşam olayları karşısında mizah savunma mekanizmasını kullanıyor olması bedensel belirtileri hissetme eşiğini de olumlu yönde etkileyecektir.

Zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasında İmmatür ve Nevrotik savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin olarak;

İmmatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü bulunmaktadır. Çocukluk dönemindeki temel ihtiyaçlardan olan özerkliğin karşılanmaması durumunda gelişen zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanının alt boyutlarından olan bağımlılık ve yetersizlik şemasında kişinin diğerlerinin desteği olmadan kendi başına herhangi bir işi yürütmekte sıkıntı yaşamasıdır. Hastalık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şeması olan kişi kendini güvende hissedememekte ve diğerlerinden her an tehlike gelebilir inancında bulunmaktadır. Başarısızlık şemasında meslek ya da okul gibi performans gerektiren alanlarda başarılı olamayacağına dair güçlü inanç bulunurken iç içe geçme ve gelişmemiş benlik şemasında kişinin etrafındaki kişilere abartılı şekilde emosyonel bağ hissetmesi söz konusudur (Ekşi vd., 2020:319).

Çocuklukta ebeveyn ve yakın çevresiyle zorlu yaşam olayları deneyimlemiş kişilerde gelişen erken dönem uyumsuz şemaların temelinde duygusal ve ruhsal ihtiyaçların karşılanmaması; fazla koruyucu, çocuğunun yerine her şeyi yapan ya da tamamen ilgisiz ebeveynler olduğu görülmektedir. Bu şema alanının alt boyutlarından aşırı tetikte olma ve baskılamada, duyguların ifade edilmesine izin verilmeyen, otoriter ebeveyn tutumları bulunmaktadır. Bu şekilde çocuk her şeye karşı tetikte olması gerektiğini öğrenmektedir. Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık şema alanında kişi, aileden ayrı ve özgür olamayacağına dair inançlara sahip olmasından dolayı, kendi yaşamını ve kimliğini oluşturmada sıkıntı yaşamaktadır. Tehditler karşısında dayanıksızlık, bağımlılık, gelişmemiş benlik ve başarısızlık şemaları zedelenmiş özerklik ve başarısızlık ile ilgili şema boyutlarıdır (Kapçı ve Hamamcı, 2010:128).

Erken dönem uyumsuz şemaların ilgili olduğu psikopatolojik rahatsızlıkları ilişkilendirmeye yönelik yapılan çalışmalara göre dayanıksızlık, başarısızlık, duyguları bastırma şemaları anksiyete ile ilgili iken bağımlılık ve kusurluluk şemaları depresyon ile ilgili (Schmidt vd., 1995:295-321) bulunurken, başka bir çalışmada dayanıksızlık, terk edilme, bağımlılık, kendini feda ve duyguları bastırma şemalarının anksiyete ile ilişkili olduğu, yetersiz otokontrol şemalarının depresyon ile ilgili olduğu ifade edilmiştir (Welburn vd., 2002:528). Sosyal anksiyete ile kopukluk/reddedilmişlik ve zedelenmiş özerklik şema alanlarının ilgili olduğu tespit edilmiş olup bu alanlarla ilgili şema boyutlarının ise duygusal yoksunluk, başarısızlık, güvensizlik, bağımlılık, tehditler karşısında dayanıksızlık olduğu ifade edilmiştir (Pinto-Gouveia vd., 2006:571-584).

Dikkat eksikliği, hiperaktivite, yaygın anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk ve yıkıcı duygudurum bozukluğunu en iyi yordayan şema alanı olarak zedelenmiş özerklik ve başarısızlık olduğu belirlenmiştir. Özellikle çocuğunun yaşına uygun olmayan becerilere yönelik beklentileri yüksek olan, aşırı koruyucu tutumlar sergileyen veya çocuklarının başarısını güçlendiremeyen anne babaların bu şemanın oluşmasında etken olabileceği ifade edilmektedir (Balaban ve Yıldız, 2020:6).

Somatoform rahatsızlıklardan olan fibromiyalji ile majör depresyon semptomları arasında yapılan karşılaştırmada duygudurum (kaygı, asabiyet, baş ağrısı), bedensel belirtiler (kas-iskelet sistemi ağrıları ve mide-bağırsak rahatsızlıkları) açısından benzerlikler olduğu tespit edilmiştir (Hudson ve Harrison, 1996:286). Fibromiyalji, gizli veya somatize edici bir depresyondur. Bu hastaların semptomları çeşitlidir. Tıbbi olarak açıklanamayan hastalıklar nedeniyle fibromiyalji hastalarının hasta olduklarını düşünmeleri, bedene artan ilgi, depresyonla ilgili kaygı ve duygusal sıkıntının bedensel belirtilere yüklenmesi gibi süreçlerin sonucudur (Kirmayer ve Kapusta, 1988:953).

İmmatür savunma mekanizmalarının zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema boyutları ile ilişkisini belirlemeye yönelik bir araştırmada da ifade edildiği gibi bağımlılık, tehditler karşısında dayanıksızlık ve başarısızlık şemalarının artması immatür savunma mekanizmalarından olan bedenselleştirmede de artış sağlamaktadır (Biçer, 2019:57). Dolayısıyla somatizasyon ile zedelenmiş özerklik

ve başarısızlık şema alanının etkileşimi sonucu somatoform rahatsızlıklar görülmektedir.

Nevrotik savunma mekanizmalarının da zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir. Örneğin; otoriter ve duyguların ifade edilmesine müsaade edilmeyen aile ortamında yetişen kişide ifade edemediği cinsel ya da agresif duygularını, karşıt tepki geliştirme nevrotik savunma mekanizması kullanarak bilince çıkmasını önlemeye çalışabilir. Bu şekilde ifade edilmesi engellenen duygular somatoform rahatsızlıklar şeklinde bedene yansiyabilir.

Olgun savunma mekanizmalarının zedelenmiş özerklik ve başarısızlık şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü bulunmaktadır. Buna sosyal ortamlara girme ve kalabalık içinde performans gösterme konusunda kaygılanan kişinin başarılı bir ressam olarak yüceltme mekanizmasını kullanması ve böylece duygusal ihtiyacını karşılaması örnek gösterilebilir.

Zedelenmiş sınırlar şema alanıyla somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide savunma mekanizmalarının aracı rolüne ilişkin olarak, İmmatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü vardır. Erken yaşam deneyimlerinde kişinin öz kontrol ve gerçekçi sınırlar gibi doğal ihtiyaçlarının karşılanmaması durumunda zedelenmiş sınırlar ile ilgili şemalar gelişmektedir. Bu alan içinde bulunan şema boyutlarından olan haklılık şemasında kişi her durumda kendini haklı görme ve güçlü olma eğilimi içinde olurken; yetersiz öz denetim şemasında kendisi ile ilgili hedefler belirleme ve sorumluluk almaktan kaçınma çabası içinde olmaktadır (Ekşi vd., 2020:319).

Bu şema alanına sahip kişinin yetiştiği aile ortamına bakıldığında aşırı anlayışlı, sınır koymayan, çocuğa kendini denetlemeyi öğretmeyen, çocuğuna üstünlük duygusu vurgulayan ebeveynler olduğu görülmektedir. Kişi diğerleriyle ilişkisinde sınırlara dikkat etme ve sorumluluk üstlenme gibi konularda sıkıntı yaşamaktadırlar (Gençelli, 2021:10). Bu şema alanının bulunduğu kişiler istek ve ihtiyaçlarını erteleyememekte olup başkalarının hak ve özgürlüklerine de saygı duymamaktadırlar (Kapçı ve Hamamcı, 2010:128).

Özel hak ve ayrıcalıkları olduğuna inanan bu kişiler, kendilerini diğer kişilerden üstün ve yetenekli olduklarını düşünerek, diğer insanlara hükmetme çabası içinde bulunmaktadır. Başkaları ile ilişkilerinde rekabetçi, talepkar, kurallara uymayan, empatiden ve öz denetimden yoksun tutum sergilemektedirler. Zedelenmiş sınırlar şema alanının narsisizmin temelinde bulunan en etkili şemalardan olduğu ifade edilmektedir. (Young vd., 2003; akt. Üzümcü, 2016:22).

Narsisistik kişilik örgütlenmesine sahip kişi gerçekte düşük benlik saygısına sahip ve kendisini yetersiz olarak görmesine rağmen yansıtma, izolasyon ve rasyonalizasyon savunma mekanizmalarını kullanarak kendisinde gördüğü olumsuzluklardan kurtulma çabası içinde bulunmaktadır. Özellikle kırılğan narsisistik kişiler içlerindeki öfke ve saldırganlık duygularını dış ortama aktaramamakta ve bundan dolayı hissettikleri suçluluk duygularını da bedenlerine yönlendirmektedirler. Bu bağlamda somatizasyonun narsisistik kişilerin de kullandıkları savunma mekanizmalarından olduğu ifade edilebilmektedir. Kırılğan narsistik özellikleri gösteren kişilerde bedenselleştirme ile ilgili yapılan araştırmalarda zihinselleştirme konusundaki yetersizliklerinden dolayı bedenselleştirme belirtilerinin görüldüğü tespit edilmiştir (Lefebvre, 1980:10; İkiz, 2008:114; Sever, 2019:81; akt. İnce, 2020:63).

Olgun savunma mekanizmalarının zedelenmiş sınırlar şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir. Normal sınırlar içerisinde kişinin kendisini önemli ve haklı görmesi ya da özdenetiminde esneklik gösterebilmesi ego bütünlüğü açısından sağlıklı olarak kabul edilebilmektedir (Arıcı vd., 2021:136).

Yüceltme, mizah, baskılama gibi olgun savunma mekanizmalarının temelinde gerçekte olgun olmayan savunma mekanizmaları bulunsa da sosyal ilişkilerde karşılaşılan yaşam deneyimleri karşısında kullanıldığında etkili olmaktadır. Kişinin yaşam deneyimlerine adaptasyonunu ve olumlu şekilde başa çıkmayı sağlayan mekanizmalardır (Yöyen, 2018:36).

İmmatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü vardır. Erken yaşam deneyimlerinde, duygu, istek ve ihtiyaçlarını ifade etmesine izin

verilmeyen kişilerde gelişen başkalarına yönelimlilik şema alanında üç adet şema boyutu bulunmaktadır. Boyun eğme şemasında, kişi kendi istek ve ihtiyaçlarını göz ardı ederek diğer kişilerin istek ve ihtiyaçlarını önem vermektedir. Feda etme şemasında başkalarının istek ve ihtiyaçlarını karşılamaya abartılı şekilde çaba gösterme söz konusudur. Onay Arayıcılık Şemasında kişi diğerlerinin takdirini kazanmak için aşırı uğraş içerisinde bulunmaktadır (Ekşi vd., 2020:319).

Başkaları yönelimlilik şema alanı, sevginin ve takdir etmenin koşullu olarak gösterildiği aile ortamında yetişen çocuğun başkalarının sevgi ve onayını elde etmek için kendi istek ve ihtiyaçlarından vazgeçmeye yönelmesi doğrultusunda gelişmektedir. Bu şema alanına sahip kişi diğerleri ile ilişkilerini devam ettirebilmek, onlar tarafından sevilebilmek ve tepki görmekten kaçınabilmek için kendisinden çok fazla taviz vermektedir. Başkalarının istek ve ihtiyaçları ile aşırı ilgilenme sonucunda kişi kendi duygusal ihtiyaçlarının farkına varamayacak ve öfkelerini bastıracaktır (Gençelli, 2021:11).

Başkalarına yönelimlilik şema boyutları ve somatizasyon arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, onay arama ve kendini feda şema boyutlarının puanları arttıkça somatizasyon puanının da arttığı tespit edilmiştir (Biçer, 2019:57). Bu şema alanına sahip kişilerin kendi istek ve ihtiyaçlarından ziyade başkalarını ön planda tuttuğu görülmektedir. Çocukluk deneyimlerinde ilgi, istek ve ihtiyaçlarına müdahalede bulunulmuş, şartlı olarak kabullenildiği hissettirilmiş, ebeveynin istek ve seçimlerine uymak zorunda kalmış kişilerde gelişen bu şemada kişi yetişkin yaşamında da başkalarının sevgisini ve takdirini kazanabilmek için kendi için önemli olan ihtiyaçlarını baskılama gereği duymaktadır. Bu şemaya sahip kişiler, başkaları tarafından tepki almamak için öfkelerini bile denetim altında tutmak için aşırı uğraş içine girmektedirler. Bunun sonucunda da öfke patlamaları, psikosomatik şikayetler gibi olumsuz durumlar ortaya çıkmaktadır (Seyitoğlu, 2018:22).

Sosyal kaygı yaşayan insanlar diğerleri tarafından kabul edilmek ve reddedilmekten kaçınmak isterler (Trower & Gilbert, 1989:21-27; Leary & Kowalski, 1995). Başkalarına yönelimlilik alanındaki şemaların da sosyal kaygı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Başkalarına yönelimlilik alanındaki şemalara sahip olan bireyler de diğerlerinin tepkilerinden kaçınıp onlardan sevgi ve onay almak isterler (Young, Klosko, & Weishaar, 2009:36-41). Başkaları yönelimlilik

şema boyutlarından özellikle kendini feda şemasının kaygı bozukluğu ve depresif belirtileri yordayıcı olduğu ifade edilmektedir. Kendini feda şemasında kişi kendini göz ardı ederek, başkalarından tepki almamak ya da sevgisini elde etmek amacıyla ihtiyaç ve duygularını bastırma mekanizması ile hareket etmektedir (O'Dougherty vd., 2008:66). Dolayısıyla bastırılan duygu ve ihtiyaçlar kişide ruhsal çatışma oluşturacak, tepki almaktan ya da diğerlerinin sevgisini kaybetmekten korktuğu için sözel olarak kendini ifade etmekten kaçınmaya ve bedensel belirtiler şeklinde hissederek çatışmadan kurtulmaya yönelecektir. Bu durumda somatoform rahatsızlıklar konusunda başkaları yönelimlilik şema alanı ile immatür ve nevrotik savunma mekanizmaları arasında ilişki olduğu söylenebilir.

Olgun savunma mekanizmalarının başkaları yönelimlilik şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir. Başkaları yönelimlilik şema alanının gelişmesindeki temel ihtiyaç diğerlerinin takdir ve sevgisini kazanmak olumsuz tepkilerinden kaçınmak olduğuna göre kendisinde bu şema alanının olumsuz etkisiyle sosyal kaygının bedensel belirtilerini hisseden kişi, mizah ya da beklenti gibi olgun savunma mekanizmalarını kullanarak bu belirtilerin etkisini azaltıp sosyal ilişkilerinde daha rahat olabilir.

İmmatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir. Çocuklukta oyun ve eğlence ihtiyacına gerekli destek ve onayın verilmediği aile ortamında yetişen kişide gelişen aşırı tetikte olma ve baskılama şema alanında dört şema boyutu bulunmaktadır. Karamsarlık şemasında kişi her şeyde kötü bir şeyler olacağı inancı içinde bulunmaktadır. Duyguları bastırma şemasında kişi kendi duygusal istek ve ihtiyaçlarını kontrol altında tutamazsa hatalı olacağına dair inanç içinde bulunmaktadır. Cezalandırıcılık şemasında hata yapan kişilere mutlaka yaptırım uygulanması gerektiği gibi katı bir inanç vardır. Yüksek standartlar şemasında ise her konuda mükemmel olunması gerektiği inancı bulunmaktadır (Young vd., 2009; akt. Ekşi vd., 2020:319).

Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanına sahip kişilerin, katı kuralları olan, duygularını açmayan aile ilişkileri ve belirlenmiş kural ve sorumlulukların mutlaka yerine getirilmesine ve çocuğun oyun ve eğlence ihtiyacından ziyade

başarılı olmasına önem verilen aile ortamında yetiştiği ifade edilmektedir. Kişi kendi duygularını, istek ve ihtiyaçlarını bastırma gereği duymaktadır. Literatür incelendiğinde panik bozukluğu, anoraksiya nevroza ve hastalık kaygısı ile en ilişkili şema alanının aşırı uyarılma ve ketlenme olduğu, nevrotik kişilerde özellikle yüksek standartlar ve cezalandırma şemalarının bulunduğu belirlenmiştir (Balaban ve Yıldız, 2020:7).

Hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık, terk edilme, sosyal izolasyon şemaları gibi pek çok şema boyutunun anksiyete rahatsızlığı ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Bu araştırmalara göre, başta tehditler karşısında dayanıksızlık şema alanı olmak üzere birçok şemanın anksiyete belirtilerinin görülmesinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Ekşi vd., 2020:321). Anksiyete belirtilerinden olan çarpıntı, terleme, titreme gibi bedensel belirtiler ile somatoform rahatsızlıklarda karşılaşılan bedensel rahatsızlık şikayetleri arasındaki benzerlik düşünüldüğünde tehditler karşısında dayanıksızlık şema alanının somatoform rahatsızlıklar ile de ilişkili şema alanı olduğu söylenebilmektedir.

Sıklıkla karşılaşılan duygudurum bozuklukları ve depresyon; zorlu yaşam olayları ve bedensel rahatsızlıklar sonucunda, yaşamın her döneminde ortaya çıkabilmekte ve diğer ruhsal rahatsızlıklar ile de etkileşim halinde bulunmaktadır (Sayıl, 2004:86-87). Örneğin; depresyon rahatsızlığı bulunan kişilerin kendi doğal davranışlarını ve duygularını bastırma, sınırlı iletişim kurma eğiliminde oldukları, herhangi bir olumsuz durum karşısında aşırı seviyede tepki gösterdikleri, tahammüllerinin düşük olduğu bilinmektedir. Bu durum aşırı uyarılma ve ketlenme şeması ile de ilişkili olabileceği gibi, bastırılan duygu, istek ve ihtiyaçlar bedenselleştirmeye de neden olmaktadır (Davoodi vd., 2018:6). Bu bilgilerden yola çıkarak araştırmamızın bulgularının tutarlı olduğu görülmektedir.

Olgun savunma mekanizmalarının aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanı ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olmadığı söylenebilir. Genel olarak bakıldığında aşırı uyarılma ve ketlenme şemasına sahip kişilerde diğerlerine karşı yoğun öfke duygularının hakim olduğu görülmektedir (Young vd., 2009; akt. Ekşi vd., 2020:319). Aşırı uyarılma ve ketlenme şema alanının altındaki şema boyutlarına bakıldığında kişinin hem kendisine hem de çevresindekilere karşı daha katı inançlara sahip olduğu şema boyutlarının

olmasından dolayı, aşırı uyarılma ve ketlenme şeması karşısında olgun savunma mekanizmalarının somatoform rahatsızlıklar üzerinde etkili olamayacağı düşünülmektedir.

Psikolojik sağlamlık düzeyinin olgun savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir. Bedensel ve psikolojik olarak sağlıklı olmak, olgun savunma mekanizmaları kullanıldığını göstermektedir (Vaillant, 1971).

Pek çok araştırmacı psikolojik sağlamlığın ne olduğunu belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmalar sonucunda; kişinin özsaygısının ve kendisine yönelik olumlu algısının pozitif ilişkili olduğu, pozitif kendilik algısı ve özsaygı sayesinde kişinin diğerleriyle sağlıklı ve etkin ilişkiler içine girmesini sağlayarak psikolojik sağlamlığı da geliştirdiğini ifade etmişlerdir. (Werner, 1984; Werner, 1986; Rutter, 1986; Beardslee & Podorefsky, 1988; Marton, Golombek, Stein, & Korenblum, 1988; Bolig & Jens & Gordon, 1991; Zolkoski, S. M ve Lyndal M. Bullock, L. M. 2012). Kişinin gelişimine ve adaptasyonuna engel olan travmatik deneyimler karşısında güçlü olabilme ve toparlanma becerisi (Masten, Best & Garmezzy, 1990; Masten, 1994; Masten 2001), yıpratıcı yaşam olaylarına rağmen çevresine etkili şekilde uyum sağlayabilme (Luthar & Cicchetti, 2000; Masten, 2001; Luthar, 2003) şeklinde farklı açılardan tanımlamalarda bulunmuşlardır. Bu tanımlara bakıldığında genel olarak olgun savunma mekanizmaları kullanımının psikolojik sağlamlığı geliştirdiği ve somatoform rahatsızlıkların oluşmasına negatif etki yaptığı ifade edilebilir.

Psikolojik sağlamlık düzeyinin immatür ve nevrotik savunma mekanizmaları ile somatoform rahatsızlıklar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu söylenebilir. Genel ifade ile psikolojik açıdan sağlam olan kişiler yaşamlarında herhangi bir tehdit unsuru ile karşılaştıklarında normal seviyede endişe hissetmektedirler. Meydana gelen bu endişeden kurtulmak ve karşılaştığı tehdit unsurlarına karşılık verip, önlemler alabilmek için farkında olmadan savunma mekanizmalarını kullanmaya yönelecektir. Kişi hissettiği endişeye karşı savunma mekanizmalarını kullanamaz, abartılı şekilde kullanır ya da tehdit unsuru karşısında etkisiz kalırsa psikolojik sağlık olumsuz etkilenecek, endişe bedensel ve psikolojik belirtiler şeklinde ifade edilecektir (Ezer, 2017:22).

Somatoform rahatsızlığı bulunan kişiler ile yapılan bir araştırmada; katı ve gelişmemiş benlik yapısına sahip olmak ile somatoform rahatsızlıklar arasında etkileşim olduğu tespit edilmiştir (Davoodi vd., 2018:6). Psikolojik sağlamlık için önemli bir kavram olan bilişsel esneklik, aynı zamanda immatür ve nevroitik savunma mekanizmalarının kullanımı konusunda etkili olmaktadır. İmmatür ve nevroitik savunma mekanizmalarının somatoform rahatsızlıkların yordayıcısı olduğu bilindiğine göre psikolojik sağlamlık düzeyinin de somatoform rahatsızlıklar üzerinde etkili bir faktör ifade edilebilmektedir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda somatoform bozuklukların savunma mekanizmaları, erken dönem uyumsuz şemalar ve psikolojik sağlamlık değişkenlerinin birbiri üzerindeki aracı rolleri ile ilişkili olarak etkilendiği belirlenmiştir. Somatoform bozukluk semptomları gösteren bireyler ile terapi sürecini yürüten klinisyenlerde, araştırma bulgularının yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Somatoform gibi psikopatolojik rahatsızlıkların temelinde olumsuz erken yaşam deneyimleri bulunmaktadır. Psikopatolojiler ise immatür ve nevrotik savunma mekanizmaları, erken dönem uyumsuz şemalar ve psikolojik sağlamlığın yetersiz olmasından etkilenmektedir. Bundan dolayı somatoform rahatsızlıklar ile ilgili klinik uygulamalarda hem erken dönem uyumsuz şemalara hem de savunma mekanizmalarına odaklanılması daha hızlı iyileşme sağlayacaktır.

Somatoform rahatsızlıkları bulunan kişilerin sağlık kurum ve kuruluşlarında psikiyatri servislerine gitmeden önce yıllarca diğer polikliniklerde çare arayışı hem zaman kaybına hem de farklı psikososyal olumsuzluklara neden olmaktadır. Bu açıdan somatoform rahatsızlıklardan muzdarip kişilerin sık sık ziyaret ettiği polikliniklerde de somatoform rahatsızlıkları belirlemeye yönelik test ve ölçeklerin uygulanması ya da psikiyatri servisine başvurmaları konusunda yönlendirme yapılması zaman ve maddi kazanç sağlarken, gereksiz ilaç kullanımını da azaltacaktır.

Somatoform rahatsızlıklar ile daha fazla ilgili olan savunma mekanizmaları ve erken dönem uyumsuz şema alanlarının birbiri üzerindeki aracı rollerine ilişkin daha fazla araştırmanın yapılması, bu rahatsızlıklara yönelik tanı, terapi ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine olanak sağlayacaktır.

VII. KAYNAKLAR

KİTAPLAR

“**American Psychiatric Association**”, Diagnostic and statistical manual mental disorders (DSM-I), American Psychiatric Publication, Washington,1952.

“**American Psychiatric Association**”, Diagnostic and statistical manual mental disorders (DSM-II), American Psychiatric Publication, Washington,1968.

“**American Psychiatric Association**”, Diagnostic and statistical manual mental disorders (DSM-III), American Psychiatric Publication, Washington,1980.

“**American Psychiatric Association**”, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third Edition - Revised DSM-III-R), American Psychiatric Publication, Washington, 1987.

“**American Psychiatric Association**”, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), American Psychiatric Publication, Washington, 1994.

“**American Psychiatric Association**”, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), American Psychiatric Publication, Washington, 2013.

“**Amerikan Psikiyatri Birliği**”, Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı (yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı, DSM-IV-TR), (E. Köroğlu, Çeviri Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.

ARNTZ, A. (2019). **Uygulamada Şema Terapi**, Çev. G. Soygüt, Ankara, Nobel Yayınevi.

BAHAYI, K. (2021). **Çocuklukta Cinsel Travma ve Sonrası**, İstanbul, İksad Yayınevi.

- BLACKMAN, J. S. (2012). **Zihnin Kendini Koruma Yolları: 101 Savunma**, Çev. Ö. Karakaş, İstanbul, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- BUTCHER, J. N., MINEKA, S., HOOLEY J. M. (2013). **Anormal Psikoloji, Temel Kavramlar**, Çev. O. Gündüz, İstanbul, Kaknüs Yayınları.
- CÜCELOĞU, D. (1998). **İnsan ve Davranışı**, İstanbul, Remzi Kitabevi.
- FREUD, S. & BREUER, J. (2001). **Histeri Üzerine Çalışmalar**. Çev. E. Kapkın, İstanbul, Payel Yayınları.
- FREUD, S. (2018). **Psikopatoloji Üzerine, Histerik Fanteziler, Paranoya, Ketlemeler, Semptomlar ve Kaygı**, Çev. S. Budak, Ankara, Öteki Yayınları.
- GABBARD, G.O. (2004). **Uzun Süreli Psikodinamik Psikoterapi, Temel Bir Metin**, Çev. H. Atalay, Washington D.C. ve Londra, U.K, Amerikan Psikiyatrik Yayıncılık A.Ş.
- GEÇTAN, E. (1996). **Psikanaliz ve Sonrası**, İstanbul, Remzi Kitabevi.
- GEÇTAN, E. (1997). **Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar**, İstanbul, Remzi Kitabevi.
- HOFFART, A. (2012). **The Wiley-Blackwell Handbook of Scheman Therapy: Theory, Research, and Practice** Chichester, United Kingdom, John Wiley and Sons Ltd.
- HOLLİFIELD, M.A. (2007). **Somatoform Bozukluklar**. Çev. H. Aydın ve A. Bozkurt, Ankara, Güneş Kitabevi.
- İKİZ, T. (2008). **Psikosomatik**, İstanbul, Bağlam Yayınları.
- KAYA B. (2002). **Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi**, İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları
- KÖROĞLU, E. (2011). **Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Temel Kavramlar, Temel Yaklaşımlar**, Ankara, Esenkal Yayıncılık.
- KULAKSIZOĞLU, I.B. vd. (2009). **Psikiyatri**, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- MARTY, P. (2012). **Zihinselleştirme ve Psikosomatik**, Çev. A. E. Yavuz Sever, İstanbul, Bağlam Yayınları.

- MASTERSON, J.F. (2008). **Bağlanma Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimi Açısından Kişilik Bozuklukları**, İstanbul, Litera Yayınları.
- MCDUGALL, J. (1982). **The Theatres Of The Mind**, New York, Basic Books.
- MCWILLIAMS, N. (2020). **Psikanalitik Tanı**, Çev E. Kalem, İstanbul, Bilgi Ü. Yayınları.
- MILLON, T., (2019), **Modern Yaşamda Kişilik Bozuklukları**, Çev. E.O.Gezmiş , İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- ÖZTÜRK, M. O. VE ULUŞAHİN, N. A. (2018). **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri.
- PARMAN, T. (2005). **Psikanaliz Yazıları Psikosomatik**, İstanbul, Bağlam Yayınları.
- PERRY, J. C. ve COOPER, S. H. (1986). **Empirical Studies Of Psychological Defense Mechanisms**, New York, Basic Books.
- RAFAELİ, E., BERNSTEİN,D.P. ve YOUNG, J.E. (2018). **Şema Terapi Ayırıcı Özellikler** Çev. A. Karaosmanoğlu, N. Azizlerli, İstanbul, Psikonet Yayınları.
- RANK, O. (1924). **The Trauma Of Birth**, Ct, Usa, Martino Publishing.
- SAYIL, I. (2004). **Bireyden Topluma Ruh Sağlığı**, İstanbul, Erler Matbaacılık.
- TAYLOR, G. J., BAGBY, R. M., ve PARKER, J. D. A. (1997). **Disorders Of Affect Regulation: Alexithymia İn Medical And Psychiatric Illness**, Cambridge, Cambridge University Press.
- TAYLOR, S. ve ASMUNDSON, G.J.G. (2004). **Treating Health Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach**, New York, The Guilford Press.
- WİNNİCOTT, D. W. (1965). **The Maturation Process And Facilitating Environment: Studies İn The Theory Of Emotional Development**, New York, International Universities Press.
- YOUNG, J. E. (1999). **Cognitive Therapy For Personality Disorders: A Schemafocused Approach**, 3.Baskı, Professional Resource Press.
- YOUNG, J.E., KLOSKO, J.S., WEİSHAAR ve M.E. (2003). **Schema Therapy A Practitioner's Guide**, Guilford Press.

YURTDAŞ, T.G ve İKİZ, T. (2018). **Savaş ve Psikoloji: Psikoloji Bilimi Çerçevesinden Birinci Dünya Savaşına Bir Bakış**, İstanbul, Hiperyayın.

MAKALELER

AAMİR S., JAHANGİR S.F, FAROOQ S. (2009). “Family Functioning Among Depressive and Dissociative (Conversion) Patients”, **Journal of the College of Physicians and Surgeons**, cilt 19, sayı 5, ss.300-303.

AFİFİ, M. (2007). “Ruh sağlığında cinsiyet farklılıkları”, **Singapur Tıp Dergisi**, cilt 48, sayı 5, ss.385.

ARICI Ö.E., KARACA K.B., DÖNMEZ K.B. (2021). “Fibromiyalji Sendromu tanısı alan ve almayan hastaların erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılması: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Fibromiyalji”, **Klinik Psikoloji Dergisi**, cilt 5, sayı 2, ss.128-144.

ASLAN, H.S. (2000). “Beden Dismorfik Bozukluğu: Bir gözden geçirme”, **Düşünen Adam Dergisi**, cilt 13, sayı 13, ss.33-41.

ATMACA, M. (2012). “Somatoform bozukluklarda nörogörüntüleme: Bir gözden geçirme”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, cilt 23, sayı 4, ss.274-280.

ATMACA, M., SIRLI B., YILDIRIM, H., KAYALI, A. (2011). “Hippocampus and amygdalar volumes in patients with somatization disorder, Prog”, **Neuropsychopharmacol Psychiatry**, cilt 37, sayı 7, ss.1699-1703.

BAHADIR E., ASTAR M., ANLI İ. (2020). “Erken Dönem Uyumsuz Şemaları ile Savunma Düzenekleri Arasındaki İlişkilerin Çocukluk Çağı Travmaları Açısından İncelenmesi”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, cilt 21, sayı 3, ss.237-244.

BAİR MJ, ROBINSON RL, KATON W, KROENKE K. (2013). “Depresyon ve Ağrı Komorbiditesi: Bir Literatür İncelemesi”, **Arch Stajyer**, cilt 163, sayı 20, ss.2433–2445.

BALABAN,G., YILDIZ, B. (2020). “Ergenlerde Görülen Ruhsal Bozukluklar ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar: Cinsiyetin Düzenleyici Rolü”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, cilt 21, sayı 6, ss.600-608.

- BARSKY, A. J. & KLERMAN, G. L. (1983). "Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles", **American Journal of Psychiatry**, Sayı 140, ss.273-283.
- BAURSTEN B. D'ESOPPO R. (1965). "The obligation to remain sick", **Arch Gen Psychiatry**, Sayı 12, ss.402-407.
- BEGUN, A.L. (1993). "Human Behavior and The Social Environment: The Vulnerability, Risk and Resilience Model", **Journal of Social Work Education**, cilt 29, sayı 1, ss.26-35.
- BENER, A., GHULOUM, S., AL-MULLA, AA., AL-MARRİ, S., HASHİM, MS., ve ELBAGİ, İE., (2010). "Prevalence of somatisation and psychologisation among patients visiting primary health care centres in the State of Qatar", **Libyan J Med**, cilt 16, sayı 5, ss.1-8.
- BENER, A., GHULOUM, S.VE BURGUT, F. T. (2010). "Gender differences in prevalence of somatoform disorders in patients visiting primary care centers", **J Prim Care Community Health**, cilt 1, sayı 1, ss.37-42.
- BOGOUSSLAVSKY, J. (2011). "Hysteria after Charcot: Back to the Future. Following Charcot: A Forgotten History of Neurology and Psychiatry", **Front Neurol Neurosci**, Sayı 29, ss.137-161.
- BOGOUSSLAVSKY, J. (2018). "Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus. Part II – From Psychiatry to Neurology", **Front Neurol Neurosci**, Sayı 42, ss.72–80.
- BRODSKY, C.M. (1984). "Sociocultural and interactional influences on somatization", **Psychosomatics**, Sayı 25, ss.673-680.
- BUSCH, F. N. (2014). "Clinical Approaches to Somatization", **Journal of Clinical Psychology**, cilt 70, sayı 5, ss.419.
- CARR, S. N.ve FRANCİS, A. JP. (2010). "Erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozukluğu belirtileri", **Klinik olmayan bir örnekleme bir inceleme**, cilt 83, sayı 4, ss.333–349.
- CHESCHEİR, M. W. (1985). "Some implications of Winnicott's concept for clinical practice", **Clinical Social Work Journal**, cilt 13, sayı 3, ss.218-233.

- CLONİNGER, C. R., REİCH, T. VE GUZE, S. B. (1975). “The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relationship between sociopathy and hysteria, (Briquet's syndrome)”, **The British Journal of Psychiatry**, cilt 127, sayı 1, ss. 23-32.
- CRAMER, P. (2015). “Çocukların Dışsallaştırma ve İçselleştirme Davranış Sorunlarında Değişim”, **Sinir ve Akıl Hastalıkları Dergisi**, cilt 203, sayı 3, ss.215–221.
- CRAMER, P. ve FRANCİS, D.K. (2010). “Çocuklarını İstismar Eden Ebeveynlerde Bağlanma Tarzı ve Savunma Mekanizmaları”, **Sinir ve Akıl Hastalığı Dergisi**, cilt 198, sayı 9, ss.619-627.
- CRAMER, P. ve JONES, J. C. (2008). “Psikolojik Sağlıkta Narsisizm, Özdeşleşme ve Boylamsal Değişim”, **Dinamik Tahminler**, cilt 42, sayı 5, ss.1148-1159.
- CUMURCU, E. B., KARLIDAĞ, R. ve ÖZCAN, A.(2005). “Yapay Bozukluk: Bir Olgu Sunumu”, **Erciyes Tıp Dergisi**, cilt 27, sayı 2, ss.84-87.
- ÇETİN, Ş. VE VARMA, S. G. (2021). “Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry**, cilt 13, sayı 4, ss.790-804.
- DOĞAN, Ş. K., AY, S., EVCİK, D. (2013). “Nörolojik Bozuklukları Taklit Eden Konversiyon Bozukluğu: Olgu Sunumu”, **Kocatepe Tıp Dergisi**, Sayı 14, ss.101-104.
- DOĞAN, T. (2015). “Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, **The Journal Of Happiness & Well-Being**, cilt 3, sayı 1, ss.93-102.
- EASSER, B. R.; LESSER, S. R. (1965). Histerik Kişilik: Bir Yeniden Değerlendirme. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(3), 390-405.
- EDWORTHY, Z., CHASEY, R. ve WILLİAMS, H. (2008). “The Role Of Schema And Appraisals İn The Development Of Post-Traumatic Stress Symptoms Following Birth”, **Journal Of Reproductive And Infant Psychology**, cilt 26, sayı 2, ss.123-138

- EKŞİ, H., TUNÇER, B. ve SEVİM, E. (2020), “Ergenlerde Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar”, **Düzce Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, cilt 10, sayı 2, ss.318-326.
- ELDOĞAN, D. ve BARIŞKIN, E. (2014). “Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları ve Sosyal Fobi Belirtileri: Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü Var mı?”, **Türk Psikoloji Dergisi**, cilt 29, sayı 74, ss.108-115.
- ESCOBAR, J. I., GARA, M. A., DÍAZ-MARTÍNEZ, A. M., INTERÍAN, A., WARMAN, M., ALLEN, L. A., WOOLFOLK, R. L., JAHN, E., & RODGERS, D. (2007). “Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms”, **Annals of Family Medicine**, cilt 5, sayı 4, ss.328–335.
- ESCOBAR, J.I., BURNAM, M. A., KARNO, M., FORSYTHE, A., GOLDİNG, J. M. (1987). “Toplumda Somatizasyon”, **Arch Gen Psikiyatri**, cilt 44, sayı 8, ss.713–718.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1952). “The Nature Of Hysterical States. In From Instinct To Self: Selected Papers, Northvale”, **Nj And London: Jason Aronson**, Sayı 1, ss.13-40.
- FARAJİ, H. ve BORAN, B.N. (2021). “The Relationship Of Psychological Resilience And Jealousy İn Adults”, **Sosyal Araştırmalar ve Davranış Bilimleri Dergisi**, cilt 7, sayı 13, ss.662-680.
- FORD, C.V. ve FOLKS, D.G. (1985). “Conversion Disorders: An Overview”, **Psychosomatic**, cilt 26, sayı 5, ss.371-383.
- FOX, H.M. (1959). “Dönüşüm Süreci Teorisi”, **Amerikan Psikanaliz Derneği Dergisi**, cilt 7, sayı 1, ss.173-181.
- FREUD S. (1914). “On Narcissism: An İntroduction, İn Complete Psychological Works”, **Hogarth Press**, Sayı 14, ss.67-102.
- FRIBORG, O., BARLAUG, D., MARTINUSSEN, M.,ROSENVINGE, J. H. ve DIN, H. (2005). “Kişilik ve Zeka İle İlgili Esneklik”, **Psikiyatrik Araştırmalarda Uluslararası Yöntemler Dergisi**, cilt 14, sayı 1, ss.29-42.

- GAGNÉ, M. VE DECI, E.L (2005). “Self-Determination Theory And Work Motivation”, **Published In Journal Of Organizational Behavior**, cilt 26, sayı 4, ss.331-362.
- GARMEZY, N. (1993). “Children in poverty: Resilience despite risk”, **Psychiatry**, cilt 56, sayı 1, ss.127-136.
- GONZALES, V. A., MARTELLI, M. F., BAKER, J. M. (2000).” Psychological Assessment Of Persons With Chronic Pain”, **Neurorehabilitation**, cilt 14, sayı 2, ss.69-83.
- GOUVEIA, J.P., CASTILHO, P., ANA GALHARDO, A. ve CUNHA, M. (2006). “Erken Uyumsuz Şemalar ve Sosyal Fobi”, **Cogn Ther Res**, Sayı 30, ss.571-584.
- GRATZ, K. L., ve ROEMER, L. (2004). “Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in 72 emotion regulation scale”, **Journal of psychopathology and behavioral assessment**, cilt 26, sayı 1, ss.41-54.
- HADJISTAVROPOULOS, H. D., CRAIG, K. D., ve HADJISTAVROPOULOS, T. (1998). “Cognitive And Behavioral Responses To İllness İnformation: The Role Of Health Anxiety”, **Behaviour Research And Therapy**, Sayı 36, ss.149–164.
- HALVORSEN, M. vd. (2009). “Early Maladaptive Schemas, Temperament And Character Traits İn Clinically Depressed And Previously Depressed Subjects. Clinical Psychology And Psychotherapy Clin., Psychol”, **Psychother**, Sayı 16, ss.394–407.
- HARRİS, A.E., LİSA CURTİN, L. (2002). “Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults”, **Bilişsel Terapi ve Araştırma** Sayı 26, ss.405-416.
- HAUGAARD, J. J. (2004). “Şiddetli Kötü Muamele Görmüş Çocuklarda ve Ergenlerde Yaygın Olmayan Davranışsal ve Duygusal Bozuklukları Tanıma ve Tedavi Etme: Somatizasyon ve Diğer Somatoform Bozukluklar”, **Çocuklara Kötü Muamele**, cilt 9, sayı 2, ss.169-176.

- HAWKE, L.D., PROVENCHER, M.D. VE ARNTZ, A. (2011). “Bipolar Spektrum Bozuklukları Riskinde Erken Uyumsuz Şemalar”, **Journal of affective disorders** cilt 133, sayı 3, ss.428-436.
- HEİNRİCH, T. W. (2004). “Medically Unexplained Symptoms And The Concept Of Somatization”, **Wisconsin Medical Journal**, Sayı 103, ss.83-87.
- HİLLER, W., RİEF, W., ve BRÄHLER, E. (2006). “Somatization İn The Population: From Mild Bodily Misperceptions To Disabling Symptoms”, **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, cilt 41, sayı 9, ss.704-712.
- HOTOPF, M. (2002). “Childhood experience of illness as a risk factor for medically unexplained symptoms”, **Scand J Psychol**, cilt 43, sayı 2, ss.139-146.
- HUDSON, J. I. VE HARRİSON G.P. (1996). “Fibromiyalji İle Major Depresif Bozukluk Arasındaki İlişki”, **Rheum Dis Clin**, cilt 22, sayı 2, ss.285–303.
- HURWİTZ, T. A. (2003). “Somatization And Conversion Disorder”, **Can J Psychiatry**, Sayı 49, ss.172–178.
- JAİN, A. ve SİNGH, K.K. (2019). “Genç Şema Anketinin Doğrulanması: Hint Popülasyonunda Kısa Form 3”, **Psikolojik Çalışmalar**, cilt 64, sayı 2, ss.118-130.
- KANDEMİR, G. ve AK, İ. (2013). “Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Psikiyatrik Yönü”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, cilt 5, sayı 4, ss.479-506.
- KAPÇI, E.G., HAMAMCI, Z. (2010). “Aile İşlevi İle Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki: Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü”, **Klinik Psikiyatri**, Sayı 13, ss.127-136.
- KAYGISIZ, A. (1999). “Konversiyon Bozukluğunda I. Ve II. Eksen Ruhsal Bozukluk Eş Tanıları”, **Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Türk Psikiyatri Dergisi**, cilt 10, sayı 1, ss.33-39.
- KELLNER, R. (1990). “Somatisation: Theories And Research”, **J Nerv Men Dis**, Sayı 178, ss.150-160.
- KESEBİR, S., KAVZOĞLU, Ö, S., ÜSTÜNDAĞ, F.M. (2011). “Bağlanma ve Psikopatoloji”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, cilt 3, sayı 2, ss.321-342.

- KESKİN, A., ÜNLÜOĞLU, İ., BİLGE, U. ve YENİLMEZ, Ç. (2013). “Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma İle İlişkisi”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, Sayı 50, ss.344-351.
- KEYFİTZ, L., LUMLEY, M., HENNİG, K. ve DOZOİS, D. (2012). “The Role Of Positive Schemas İn Child Psychopathology And Resilience”, **Cognitive Therapy And Research**, cilt 37, sayı1, ss.97-108.
- KIRMAYER, J., LOOPER, M. D. ve YOUNG, A. (1998). “Culture And Somatization: Clinical, Epidemiological”, **And Ethnographic Perspectives, Psychosomatic Medicine**, Sayı 60, ss.420-430.
- KIRPINAR, İ., DEVECİ, E., ÇAMUR, Z.D. ve KILIÇ, A. (2014). “Somatoform Bozukluğu Olan Hastalarda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar”, **Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi**, Sayı 3, ss.84-93.
- KIZILAĞAÇ, F. ve CERİT, C. (2019). “Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi”, **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, cilt 1, sayı 32, ss.14-22.
- KİRMAYER, L., ROBBİNS, J. ve KAPUSTA, M. (1988). “Fibromiyalji Sendromunda Somatizasyon ve Depresyon”, **Amerikan Psikiyatri Dergisi**, cilt 145, sayı 8, ss.950-954.
- KİRMAYER, J., GROLEAU, D. ve LOOPER, M.D. (2004). “Explaining Medically Unexplained Symptoms”, **Can J Psychiatry**, Sayı 49, ss.663-672.
- KİRMAYER, L. J. ve LOOPER, K. J. (2006). “Anormal Hastalık Davranışı: Sıkıntıyla Baş Etmenin Fizyolojik”, **Psikolojik ve Sosyal Boyutları, Psikiyatride Güncel Görüş**, cilt 19, sayı 1, ss.54-60.
- KLEIN, M. (1946). “Notes On Some Schizoid Mechanisms”, **Envy And Gratitude And Other Works**, Sayı 3, ss.1-24.
- KOCAMAN, N. (2008). “Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler”, **Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, cilt 11, sayı 1, ss.101-112.
- KON YAVUZ, F., ATAĞLU, A., ÖZÇETİN, A., ÖLMEZ, S. B., KUDUBAN, A. K. ve BAŞAR KOCAGÖZ, Z. (2018). “Somatoform Bozukluk ve

- Fibromyalji Hastalarında Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması”, **Duzce Medical Journal**, cilt 19, sayı 1, ss.8-13.
- KOPTAGEL İLAL, G. (1999). “Somatizasyonu Nasıl Anlamalıyız? Psikodinamik Değerlendirme”, **Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi**, cilt 1, sayı 1, ss.27-33.
- KOZLOWSKA, K. (2007). “The Developmental Origins Of Conversion Disorders”, **Clin Child Psycholo Psychi**, Sayı 2, ss.487-511.
- KRYSTAL, H. (1997). “Desomatization And The Consequence Of İnfantile Trauma”, **Psychoanal. Inq.**, Sayı17, ss.126-150.
- KWAK, K.H. ve LEE, S.J. (2015). “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırmalı Bir Çalışması”, **Psikiyatri Araştırması**, cilt 230, sayı 3, ss.757-762.
- LANE, R. D. ve SCHWARZ, G. E. (1987). “Levels Of Emotional Awareness: A Cognitive-Developmental Theory And İts Application To Psychopathology”, **American Journal Of Psychiatry**, Sayı 144, ss.133-143.
- LAZARUS, R. S. (1982). “Thoughts On The Relations Between Emotion And Cognition”, **University Of California, Berkeley**, cilt 37, sayı 9, ss.1019-1024.
- LERNER, P. M., VAN-DER KESHET, Y. (1995). “A Note On The Assessment Of İdealization”, **Journal Of Personality Assessment**, cilt 65, sayı 1, ss.77-90.
- LİEB, R., PFİSTER, H., MASTALER, M., & WİTTCHEN, H. U. (2000). “Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments”, **Acta psychiatrica Scandinavica**, cilt 101, sayı 3, ss.194–208.
- LİM, S. L. ve KİM, J. H. (2005). “Depresyon, Panik ve Somatoform Bozuklukta Duygusal Bilginin Bilişsel İşlenmesi”, **Anormal Psikoloji Dergisi**, cilt 114, sayı 1, ss.50-61.

- LİPOWSKI Z. J. (1988). “Somatization: the concept and its clinical application”, **The American journal of psychiatry**, cilt 145, sayı 11, ss.1358-1368.
- LOCHNER, C., SİMEON, D., NİEHAUS, D. J., VE STEİN, D. J. (2002). “Trichotillomania And Skin-Picking: A Phenomenological Comparison”, **Depression And Anxiety**, cilt 15, sayı 2, ss.83-86.
- LUTHAR, S.S ve ZİGLER, E. (1991). “Vulnerability And Competence: A Review Of Research On Resilience İn Childhood ”, **Amerikan Orthopsychiatric Association**, cilt 61, sayı 1, ss.6-22.
- LUTHAR, S. S., CİCCHETTİ, D., & BECKER, B. (2000). “The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work”, **Child Development**, cilt 71, sayı 3, ss.543-562.
- LUTHAR, S. S. (2003). “The culture of affluence: Psychological costs of material wealth”, **Child Development**, cilt 74, sayı 6, ss.1581-1593.
- MAJİD SJ, HAMİD RH, MOHAMMAD MB. (2014). “The relationship between defense styles and early maladaptive schemas with resilience in boy students of high school in Tehran city”, **J Thought Behav Clinic Psychol**, cilt 8, sayı 30, ss.7-16.
- MARKUS, H. (1977). “Kendilik Şemaları ve Kendilik Hakkında Bilgi İşleme”, **Kişilik ve Sosyal Psikoloji Dergisi**, cilt 35 sayı 2, ss.63-78.
- MASTEN A. S. (2014). “Global Perspectives On Resilience İn Children And Youth”, **Child Development**, cilt 85, sayı 1, ss.6-20.
- MASTEN, A. S., BEST, K. M. AND GARMEZY, N. (1990). “Resilience And Development: Contributions From The Study Of Children Who Overcome Adversity”, **Development And Psychopathology**, Sayı 2, ss.425-444.
- MASTEN, A.S., COATSWORTH, J. D. (1998). “Uygun ve Elverişsiz Ortamlarda Yeterliliğin Geliştirilmesi: Başarılı Çocuklar Üzerine Yapılan Araştırmalardan Alınan Dersler”, **American Psychologist**, cilt 53, sayı 2, ss.205-220.

- MAUNDER, R. G. VE HUNTER, J. J. (2008). "Attachment Relationships As Determinants Of Physical Health. J. Amer. Acad. Psychoanal", **Dynam. Psychiatry**, cilt 36, sayı 1, ss.11–32.
- MCCRANIE E.J (1979). "Hypochondriacal Neurosis", **Psychosomatics** Sayı 20, ss.11-15.
- MORAWA, E., DRAGANO, N., JÖCKEL, K. H., MOEBUS, S., BRAND, T. VE ERİM, Y. (2017). "Somatization Among Persons With Turkish Origin: Results Of The Pretest Of The German National Cohort Study", **Journal Of Psychosomatic Research**, Sayı 96, ss.1-9.
- NİLÜFER, G. VE ÇINARBAŞ, D. C. (2018). "Doğum Sırası, Algılanan Ebeveynlik Biçimleri ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Arasındaki İlişki", **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi**, cilt 25, sayı 2, ss.125-139.
- O'DOUGHERTY, M., CRAWFORD, E. ve CASTILLO, D. (2009). "Üniversite Öğrencileri Arasında Çocuklukta Duygusal Kötü Muamele ve Daha Sonra Psikolojik Sıkıntı: Uyumsuz Şemaların Aracı Rolü", **Child Abuse & Neglect**, cilt 33, sayı 1, ss.59–68.
- OEİ, T. P., & BARANOFF, J. (2007). "Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues", **Australian Journal of Psychology**, cilt 59, sayı 2, ss.78-86.
- OĞUZHANOĞLU, N.K., ÇULHA, F. ve ÜLKEROĞLU, F. (1995). "Somatoform Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon", **Düşünen Adam**, cilt 8, sayı 2, ss.37-42.
- OKUTAN, B. S., ARI, E. ve CİN, F. M. (2017). "Riskli Davranış Gösteren Ergenlerde, Çocukluk Çağı Travmaları İle Ruhsal Durum Arasındaki İlişki", **İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi**, cilt 31, sayı 1, ss.81-93.
- ON, A.Y. (2017). "Kronik Ağrı Etiyopatogenezi, Türkiye Klinikleri", **J Pm&R-Special Topics** cilt 10, sayı 3, ss.234-241.
- ÖNCÜLOĞLU, H. ve ELTUTAN, N. Y. (1998). "Somatoform Bozuklukların İlaçla Tedavisi", **Klinik Psikiyatri**, Sayı 2, ss.109-114.

- ÖZ, F. ve YILMAZ, B. E. (2009). “Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık”, **Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**, cilt 16, sayı 3, ss.82-89.
- ÖZENLİ, Y., YOLDAŞCAN, E., TOPAL, K. ve ÖZÇÜRÜMEZ, G. (2009). “Türkiye’de Bir Eğitim Fakültesinde Somatizasyon Bozukluğu Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenlerinin Araştırılması”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, cilt 10, sayı 2, ss.131-136.
- PELLERONE, M., CRAPARO, G. VE TORNABUONİ, Y. (2016). “In Psychology Relationship Between Parenting And Cognitive Schemas In A Group Of Male Adult Offenders”, **Frontiers**, cilt 7, sayı 302, ss.1-11.
- PHİLLİPS K. A. (2001). “Somatoform And Factitious Disorders Ed. Review Of Psychiatry Series”, **American Psychiatric Publishing**, cilt 20, sayı 3, ss.9.
- PİLOWSKY, I. (1970). “Primary And Secondary Hypochondriasis”, **Acts Psychiatr Scand**, Sayı 46, ss.273-285.
- PİONTEK, K., WİESMANN, U., APFELBACHER, C., VÖLZKE, H. ve GRABE, H.J. (2021). “Yetişkin yaşta çocukluk çağı kötü muamele, somatizasyon ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ilişkisi: Nüfus temelli bir kohort çalışmasının sonuçları”, **Çocuk İstismarı ve İhmali**, cilt 120, sayı 105226, ss.1-11.
- POOLE, J. C., DOBSON, K. S. ve PUSCH, D. (2017). “Çocukluk Çağı Sıkıntıları ve Yetişkin Depresyonu: Psikolojik Dayanıklılığın Koruyucu Rolü”, **Çocuk İstismarı ve İhmali**, Sayı 64, ss.89-100.
- RENNER, F., LOBBESTAEL, J., PEETERS, F., ARNTZ, A. & HUIBERS, M. (2012). “Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment”, **Journal of Affective Disorder**, cilt 136, sayı 3, ss.581-590.
- RİSO LP, DU TOİT PL, BLANDİNO JA, PENNA S, DACEY S, DUİN JS, PACOE EM, GRANT MM, ULMER CS. (2003) “Cognitive aspects of chronic depression”, **J Abnorm Psychol**, cilt 112, sayı 1, 72-80.
- ROSEN G, KLEİNMAN A, KATON W. (1982). “Aile Hekimliğinde Somatizasyon: Biyopsikososyal Bir Yaklaşım”, **Aile Hekimliği Dergisi**, cilt 14, sayı 3, ss.493-502.

- SAG, B. VE BİLİCAN, I. F. (2020). “Bilişsel Faktörler İle Depresif Semptomlar ve İyi Oluş Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılığın Aracı Rolü”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, cilt 12, sayı 1, ss.49-164.
- SAĞDUYU, A. (1995). “Sağlık Ocağına Başvuranlarda Somatizasyon”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, sayı 6, ss.21-29.
- SALİMOĞLU, K. B. (2015). “Lise Öğrencilerinin Uyum Bozucu Şemalarının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Kırgızistan ve Türkiye Örneği”, **Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi**, cilt 4, sayı 2, ss.137.
- SAPIENZA, J. K. ve MASTEN, A. S. (2011). “Çocuklarda ve Gençlerde Dayanıklılığı Anlamak ve Teşvik Etmek”, **Psikiyatride Güncel Görüş**, cilt 24, sayı 4, ss.267-273.
- SCHMİDT, N. B, JOİNER, T. E, YOUNG J, E. vd. (1995). “The Schema Questionnaire: Investigation Of Psychometric Properties And The Hierarchical Structure Of A Measure Of Maladaptive Schemas”, **Cognit Ther And Res**, Sayı 19, ss.295-321.
- SCHULTE I. E ve PETERMANN F. (2011). “Somatoform Disorders: Thirty Years Debate About Criteria. What About Children And Adolescents?”, **J Psychosom Res.**, sayı 70, ss.218–228.
- SHAH, R. ve WALLER, G. (2000). “Ebeveyn Tarzı ve Depresyona Açıklık: Temel İnançları Rolü”, **Sinir ve Akıl Hastalıkları Dergisi**, cilt 188, sayı 1, ss.19-25.
- SHAW, M., DE JONG, M. (2012). “Çocuk istismarı ve ihmali: önemli bir halk sağlığı sorunu ve çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin rolü”, **Psikiyatrist**, cilt 36, sayı 9, ss.321–325
- SLAVNEY, P. R. ve TEİTELBAUM, M.L. (1985). “Patients With Medically Unexplained Symptoms: Dsm-Iıı Diagnoses And Demographic Characteristics”, **Gen Hospital Psychiatry**, Sayı 7, ss.21-25.
- SOYGÜT, G., ÇAKIR, Z. KARAOSMANOĞLU, A. (2008). “Ebeveynlik Biçimlerinin Değerlendirilmesi: Young Ebeveynlik Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme”, **Türk Psikoloji Yazıları**, cilt 11, sayı 22, ss.17-30.

- SPİTZER, C., BARNOW, S., GAU, K., FREYBERGER, H. J. ve GRABE, H. J. (2008). “Childhood Maltreatment İn Patients With Somatization Disorder”, **Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry**, cilt 42, sayı 4, ss.335-341.
- SPRİNGER, K. W., SHERİDAN, J., KUO, D. (2003). “The long-term health outcomes of childhood abuse”, **J Gen Intern**, Sayı 18, ss.864-870.
- STOUDEMİRE A. (1991). “Somatothymia, Parts I And Iı”, **Psychosomatics**, cilt 32, sayı 4, ss.365-381.
- STUART, S. ve NOYES, R.,J., (1999). “Somatizasyonda Bağlanma ve Kişilerarası İletişim”, **Psychosomatics**, cilt 40, sayı 1,ss.0-43.
- ŞAFAK, Y. ve TÜRKÇAPAR, H. (2013). “Somatoform Bozukluklarda Bilişsel Davranışçı Terapi”, **Psikiyatride Güncel**, Sayı 3, ss.84-94.
- ŞAR, V., AKYÜZ, G., KUNDAKÇI, T., KIZILTAN, E. ve DOĞAN, O. (2004). “Childhood Trauma, Dissociation And Psychiatric Comorbidity İn Patients With Conversion Disorder”, **American Journal Of Psychiatry**, cilt 161, sayı 12, ss.2271-2276.
- TANER, Y., VE GÖKLER B. (2004). “Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri”, **Acta Medica**, cilt 35, sayı 2, ss.82-86.
- TAYCAN, O., ÖZDEMİR, A. ve ERDOĞAN, T. S. (2017). “Depresif Hastalarda Aleksitimi ve Somatizasyon: Somatik Belirti Atfı Tipinin Rolü”, **Noro Psikiyatri Arsivi**, cilt 54, sayı 2, ss.99-104.
- TOPÇUOĞLU, V. (2003). “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görümler”, **Klinik Psikiyatri**, Sayı 6, ss.46-50.
- TORGERSEN, S. (1986). “Genetics Of Somatoform Disorders”, **Arch Gen Psychiatry**, Sayı 43, ss.502-505.
- TÜTÜNCÜ, R., GÜNAY, H. (2011). “Kronik Ağrı, Psikolojik Etmenler ve Depresyon”, **Dicle Tıp Dergisi**, cilt 38, sayı 2, ss.257-262.
- ÜNAL, S. (1999). “Somatoform Bozukluklar; Nozoloji ve Tarihçe”, **T Klin Psikiyatri**, Sayı 1, ss.1-6.

- VAİLLANT, G. E. (1994). “Savunmanın Ego Mekanizmaları ve Kişilik Psikopatolojisi”, **Anormal Psikoloji Dergisi**, cilt 103, sayı 1, ss.44–50.
- VAN, DİJKE, A., FORD, JD., VAN, DER, HART, O., VAN, SON, M., VAN, DER, HEİJDEN P., BÜHRİNG, M. (2010). “Affect dysregulation in borderline personality disorder and somatoform disorder: differentiating under- and over-regulation”, **J Pers Disord**, cilt 24, sayı 3, ss.296-311.
- VOLKMAR, F.R. vd. (1989). “An Examination Of Social Typologies İn Autism”, **Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi**, cilt 28, sayı 1, ss.82-86.
- VUİLLEUMİER, P., CHİCHERİO, C. VE ASSAL, F. (2001). “Functional Neuroanatomical Correlates Of Hysterical Sensorimotor Loss”, **Brain**, cilt 124, sayı 6, ss.1077-1090.
- WAHL CW. (1963). “Unconscious Factors İn The Psychodynamics Of The Hypochondriacal Patient”, **Psychosomatics**, Sayı 4, ss.9-14.
- WALDİNGER, R. J., SCHULZ, M. S., BARSKY, A. J., & AHERN, D. K. (2006). “Mapping The Road From Childhood Trauma To Adult Somatization: The Role Of Attachment”, **Psychosomatic Medicine**, cilt 68, sayı 1, ss.129-135.
- WARWİCK HM. SALKOVSKİS PM. (1989). “Cognitive And Behavioural Characteristics Of Primary Hypochondriasis”, **Scandinavian Journal Of Behaviour Therapy**, Sayı 18, ss.85-92.
- WARWİCK, H. M., & SALKOVSKİS, P. M. (1990). “Hypochondriasis”, **Behaviour Research And Therapy**, Sayı 28, ss.105-117.
- WEİSS, ERİCA L., LONGHURST, JAMES G., MAZURE, CAROLYN M. (1999). “Kadınlarda Depresyon için Risk Faktörü Olarak Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı: Psikososyal ve Nörobiyolojik İlişki”, **Amerikan Psikiyatri Dergisi**, cilt 156, sayı 6, ss.816-828.
- WELBURN, K. vd. (2002). “The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis And Relationship Between Schemas And Symptoms”, **Cognitive Therapy And Research** cilt 26, sayı 4, ss.519-530.

- WERNER, EE (1984). “Dayanıklı çocuklar”, **Küçük Çocuklar**, cilt 40, sayı 1, ss.68-72.
- WERNER, EE (1986). “Alkoliklerin dirençli çocukları: doğumdan 18 yaşına kadar uzunlamasına bir çalışma”, **Alkol Araştırmaları Dergisi**, cilt 47, sayı 1, ss.34-40.
- WISE, T. N VE LEE, S. M. (1995). “Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Somatik Belirtilerin Atfedilmesi”, **Comprehensive Psychiatry**, cilt 36, sayı 6, ss.407-410.
- WOOL, C. A., VE BARSKY, A. J. (1994). “Do Women Somatize More Than Men?, Gender Differences In Somatization”, **Psychosomatics**, cilt 35, sayı 5, ss.445-452.
- WOOLEY, S., BLACKWELL, B. ve WINGET, C. (1978). “A Learning Theory Model Of Chronic Illness Behavior: Theory”, **Treatment, And Research, Psychosom Med.**, cilt 40, sayı 5, ss.379-401.
- WOOLFOLK, R. L., ALLEN, L. A., ve TIU, J. E. (2007). “New Directions In The Treatment Of Somatization”, **Psychiatric Clinics Of North America**, cilt 30, sayı 4, ss.621-644.
- YALUĞ, İ., ÖZTEN, E. ve TUFAN, E. (2007). “Konversiyon Bozukluğu İle İlgili Literatürün Bir Olgu Nedeni İle Gözden Geçirilmesi”, **Türkiye Klinikleri**, Sayı 27, ss.458-462.
- YILDIZ, D.A. (2018). “Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Yalnızlığın Üniversite Uyum Düzeyi İle İlişkisi”, cilt 33, sayı 81, ss.82-94.
- YILMAZ, N., GENÇÖZ, T., & AK, M. (2007). “Savunma biçimleri testi'nin psikometrik özellikleri: güvenilirlik ve geçerlik çalışması”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, cilt 18, sayı 3, ss.244-253.
- YİĞİT, İ. VE ERDEN, G. (2015). “Çocukluk Çağı İstismar Yaşantıları İle Genel Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü”, **Türk Psikoloji Dergisi**, cilt 30, sayı 75, ss.47-59.
- YÖYEN, E.G. (2018). “Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları İle Ego Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişki”, **Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi**, cilt 53, sayı 1, ss.34-45.

ZOLKOSKİ, S. M VE LYNDAL M. BULLOCK, L. M. (2012). “Çocuklarda ve Gençlerde Dayanıklılık: Bir İnceleme”, **Children And Youth Services Review**, Sayı 34, ss.2295-2303.

ZOROGLU, S. S., TÜZÜN, Ü., SAR, V., ÖZTÜRK, M., KORA, M. E., ve ALYANAK, B. (2001). “Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları / Probable results of childhood abuse and neglect”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, cilt 2, sayı 2, ss.69-78.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

BAKANLIĞI, M.E., (2012). “Anksiyete, Somatoform, Dissosiyatif ve Duygu Durum Bozuklukları”, Alanlar Ortak, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Anksiyete,%20Somatoform,%20Dissosiyatif%20Ve%20Duygu%20Durum%20Bozukluklar%C4%B1.pdf, (Erişim Tarihi: 19.10. 2021).

BİROĞLU, E. (2018). Dora's Case By Freud, https://www.researchgate.net/publication/327755593_Dora's_Case_By_Freud, (Erişim Tarihi: 27.10. 2021).

BOEREE, G. (2006). “Personality Theories”, Psychology Department Shippensburg University Original, <http://www.polsci.tu.ac.th/singmund2.pdf>, (Erişim Tarihi: 29.10. 2021).

CRAMER, P. (1991). “The Development of Defense mechanisms”, Theory, Research, and Assessment, <https://sci-hub.ee/10.1007/978-1-4613-9025-1>, (Erişim Tarihi: 04.11. 2021).

DAVOODİ, E. vd. (2018). “Early Maladaptive Schemas İn Depression And Somatization Disorder”, Journal Of Affective Disorders, <https://sci-hub.ee/10.1016/j.jad.2018.04.017>, (Erişim Tarihi: 06.11. 2021).

ÖZER, S. (2010). “Yaşlılık Döneminde Somatizasyonun Klinik Görünümü”, http://www.akademikgeriatri.org/files/Akademik_Geriatri_2010/Konusma_Metinleri/21.pdf, (Erişim Tarihi: 06.11. 2021).

TEZLER

- AKAR, A. (2018). “Psikolojik Sağlamlık Programının Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyine Etkisi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi.
- AKHUN, M. (2012). “Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Ebeveynlik Biçimleri, Erken Dönem Uyumsuz Şemaları, Benlik Kurgusu, Ayrılma-Bireyleşme ve Duygu Düzenleme Güçlüğünün Psikolojik Belirtilerle İlişkisi”, (Yayımlanmamış doktora tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi.
- AKTAN, Ö. (2009). “Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayetleri Olmayan Kişilerin Kullandıkları Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi.
- ALBAYRAK, G. (2018). “Hastalarında Psikososyal Uyum ve Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişki”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Üsküdar Üniversitesi.
- ALFASFOS, L. (2009). “The Early Maladaptive Schemas and their Correlations with the Psychiatric Symptoms and the Personality Accentuations for Palestinian Students”, (Doktora tezi), Psikoloji Fakültesi, Hamburg Üniversitesi.
- ARAS, M. (2021). “Savunma Mekanizmalarının Kardeş Sayısı ve Doğum Sırasına Göre İncelenmesi”, (Yüksek lisan tezi), Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Gelişim Üniversitesi.
- ARSLAN, R. (2017). “Algılanan Ebeveynlik Biçimleri, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Kişiler Arası Bağımlılık Eğilimi Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi.
- AYDIN, E. (2018). “Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Psikolojik Sağlamlık ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- AYKIL, A. (2019). “Çocukluk Çağı Travmaları, Bilişsel Duygu Düzenleme ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, (Yayımlanmamış

yüksek lisans tezi), Psikoloji Anabilim Dalı, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.

BAHADIR, E. (2019). “Erken Dönem Uyumsuz Şemaları ile Savunma Düzenekleri Arasındaki İlişkilerin Çocukluk Çağı Travmaları Açısından İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.

BAYKARA, S. (2015). “Konversiyon Bozukluğu Olan Hastalarda Serebellar Hacim”, (Uzmanlık tezi), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Fırat Üniversitesi.

BAYLAN, N. (2019). “Çocukluk çağı travmalarının somatizasyon ile ilişkisinde aleksitimnin aracı rolü”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Işık Üniversitesi.

BİÇER, F. (2019). “Genç Yetişkinlerde Psikosomatik Belirtilerin Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ile İlişkisi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gelişim Üniversitesi.

BİLGİ, M. M. (2013). “Gastroözofageal reflü hastalığının psikopatoloji, mizaç-karakter yönünden incelenmesi” (Tıpta uzmanlık tezi), Ege Üniversitesi.

BORA, A. (2019). “Çocukluk Çağı Örselenmelerindeki Savunma Mekanizmaları ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Borderline ve Narsistik Kişilik Örgütlenmeleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi”, (Doktora tezi), Cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi.

CALLAK, Y.(2019). “Psikolojik Belirtiler İle Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkide Şemaların Aracı Rolü”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gelişim Üniversitesi.

CANDANSAYAR, S. (1994). “Somatizasyon ve Konversiyon Bozukluğu Olan Bir Grup Kadın Hastada Tanı Sınırları ve Psikosoyal Özelliklerin Değerlendirilmesi”, (Uzmanlık tezi), Gazi Üniversitesi, Ankara.

CANER, M. (2009). “Evli Bireylerde Kendi Ebeveynlerini Algılama Biçimleri, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Eşe Yönelik Değerlendirmeler Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi.

- ÇAKAR, B. (2015). “Hemşirelerin Dürtüsellik, Anksiyete ve Öfke Düzeyleri ile Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- ÇALIŞKAN, B. (2017). “The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Perceived Maternal Parenting Style, Emotion Regulation Difficulties And Psychological Well-Being”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doğu Üniversitesi.
- ÇETİN, Ş. (2018). “Bedensel Belirti Bozukluğu Olan Hastalarda Epigenetik Değişiklikler, Duygu Tanıma ve İfade Becerisi İle Travmatik Yaşantıların İlişkisi”, (Uzmanlık tezi), Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi.
- ÇELİK, E. (2021). “Yetişkin Bireylerde Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Duygusal Yeme ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkiler”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Dicle Üniversitesi.
- DÜLGERLER, Ş. (2000). “İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeği’ nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, (Yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi.
- EMİR, S. B.(2012). “Somatizasyon Bozukluğu Olan Hastalarda Orbitofrontal Korteks Hacimleri ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi”, (Uzmanlık tezi), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Fırat Üniversitesi.
- EZER, H.İ. (2017). “Ergenlik Döneminde Yaygın Kullanılan Savunma Mekanizmaları ve Mutluluk Düzeyi Arasındaki İlişki: Hatay İl Merkezi Örneği”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çağ Üniversitesi.
- FARAJI, H. (2020). “Borderline Kişilik Bozukluğunda Duygu Düzenleme ve İlk Nesne İlişkileri ile Ruhsal İşleyişin Rorschach Testindeki Görünümü”, (Doktora tezi), Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doğu Üniversitesi.
- GENÇELLİ, B. (2021). “Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Başa Çıkma Tutumları ve Kişilerarası İlişkiler Üzerine Etkisi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Üsküdar Üniversitesi.

- GÖK, A. (2012). “Associated Factors Of Psychological Well-Being: Early Maladaptive Schemas, Schema Coping Processes, and Parenting Styles”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- GÜNEÇ, Ü. (2020). “Aleksitimi, Somatizasyon ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” (Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- GÜNER, O. (2013). “10-16 Yaş Çocuk Ve Ergenler İçin Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (Çeşöt)’ Nin Geçerlik, Güvenirlik ve Norm Çalışması”, (Doktora tezi), Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi.
- İMAMOĞLU, A. H. (2018). “Narsisizm: Algılanan Ebeveyn Tutumları ve Savunma Mekanizmaları Açısından Bir İnceleme”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi.
- İNCE, İ. (2020). “Büyükleme ve Kırılgan Narsisizmin Ego Savunma Mekanizmaları ve Psikolojik Rahatsızlıklar İle İlişkinin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), , Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- KAFKASLI, R., (2019). “Evli Bireylerde, Problem Çözme Becerisi ve Evlilik Doyumu İle Somatizasyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Işık Üniversitesi.
- KARAKUŞ, Ç. (2017). “Lise öğrencilerinde psikolojik savunmalar açısından narsisizm ve benlik saygısının karşılaştırılması”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- KARAPIÇAK, E.Ö.K. (2010). “Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı”, (Uzmanlık tezi), Gazi Üniversitesi.
- KÖRÜK, S. (2016). “Ergenlerde Riskli Davranışların Güvensiz Bağlanma ve Algılanan Sosyal Destek Tarafından Yordanmasında Psikolojik Belirtilerin Aracı Rolü”, (Yüksek lisans tezi), Osman Gazi Üniversitesi.

- MERDOĞLU, E. (2019). “Evli Kadınlarda Evlilik Doyumu ve Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Okan Üniversitesi.
- OCAK, H.T. (2014). “Ergenlerde Mutluluk Ve Yaşam Doyumunun Yordayıcısı Olarak Psikolojik Sağlamlık ve Psikolojik İhtiyaç Doyumu”, (Yüksek lisans tezi), Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya Üniversitesi.
- POOLE, J. (2016). “Olumsuz Çocukluk Deneyimleri ve Yetişkin Depresyonu: Moderatör Olarak Dayanıklılık”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Calgary, AB, Calgary Üniversitesi,
- SAĞ, B. (2016). “Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Pozitif Algının, Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi.
- SAĞDUYU, A. (1994). “Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon ve Somatoform Ağrı Bozukluğu Tanıları Üzerine Bir Çalışma”, (Uzmanlık tezi), Psikiyatri Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi.
- SEYİTOĞLU, Z.P. (2018). “Algılanan Ebeveynlik Stilleri İle Sosyal Kaygı Bozukluğu Arasındaki İlişki: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Aracı Rolü”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Okan Üniversitesi.
- SEZER, T. (2021). “Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Düzeyi İle Bağlanma Stilleri ve Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Arel Üniversitesi.
- ŞAHİN, C. (2015). “20-40 Yaş Arası Bireylerde Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve İlişki İstikrarı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haliç Üniversitesi.
- TABAKCI, A. S. (2014). “Majör Depresyonda Antidepresanların Mizaç, Karakter ve Savunma Mekanizmaları Üzerine Etkileri”, (Uzmanlık tezi), Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- TAŞKENT, A. (2010). “Alkol ve/veya Madde Bağımlıları İle Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk

Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi.

TETİK, S. (2018). “Yetişkinlerde Algılanan Ebeveyn İlişki Tutumları İle Aşka Dair Görüşler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haliç Üniversitesi.

TİHAN, A.K. (2009). “Beden Dismorfik Bozukluğunda Klinik, Sosyodemografik Verilerin İncelenmesi ve Bilişsel İşlevlerin Nöropsikolojik Testlerle Değerlendirilmesi”, (Tıpta uzmanlık tezi), Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi.

UYARAĞALAR, T. (2019). “The Mediating Role Of Interpersonal And Intrapersonal Emotion Regulation In Relation To Early Maladaptive Schemas And Social Anxiety Symptoms”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bahçeşehir Üniversitesi.

ÜLKER, S. (2020). “Konversiyon Bozukluğu Tanısı Alan Kadınların Libidinalizasyon ve Nesne İlişkileri Ekseninde Projektif Testler İle Değerlendirilmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi.

ÜZÜMCÜ, E. (2016). “Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisistik Kişilik Özellikleri İle İlişkili Faktörlerin Şema Terapi Modeli Çerçevesinde İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi.

WEST, A. E. (2018). “Yetişkin Bağlanma Stillerinin Savunma Mekanizmaları ve Yaşam Doyumuyla İlişkilerinin İncelenmesi”, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Işık Üniversitesi.

YATAR, M.D. (2020). “Üniversite Öğrencilerinde Somatizasyon Eğiliminin Yordanmasında Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Genel Öz Yeterlik İnancı ve Bilişsel Esnekliğin Rolü”, (Yüksek lisans tezi), Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi.

YAZGAN, N. N. (2019). “Yetişkinlerde Savunma Mekanizmalarının, Bağlanma Stilleri ve Bilişsel Esneklik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Aydın Üniversitesi.

- YILDIRIM, S. (2019). “Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Duygusal Zeka Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Üsküdar Üniversitesi.
- YILDIZ, G. T. (2020). “Egonun Savunma Mekanizmaları İle Bilinçli Farkındalık Ve Mutluluk Korkusu Arasındaki İlişki”, (Yüksek Lisans Tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yakın Doğu Üniversitesi.
- YILDIZOĞLU, H. (2013). “Okul Yöneticilerinin Beş Faktör Kişilik Özellikleriyle Çatışma Yönetimi Stili Tercihleri Arasındaki İlişki”, (Yüksek Lisans Tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi.

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek-2: Demografik Bilgi Formu

Ek-3: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Ek-4: Savunma Biçimleri Testi

Ek-5: Somatizasyon Ölçeği

Ek-6: Young Şema Ölçeği

Ek-7: Etik Kurul Onayı

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma İstanbul Aydın Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Havva ÖZKAN tarafından, Dr. Öğretim Üyesi Haydeh FARAJİ danışmanlığında yürütülmektedir.

Bu anketler, somatoform rahatsızlıkların savunma biçimleri, şema alanları ve psikolojik sağlamlık ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla uygulanmaktadır. Kıymetli zamanınızı ayırıp emek verdiğiniz için teşekkürlerimi sunarım. İsminizi yazmadan işaretleyeceğiniz bu anketlerdeki bilgileriniz başka kişi ya da kurumla paylaşılmayacaktır. Yalnızca tez araştırmasında ilgili konulardaki sonuçlara ulaşmak için kullanılacaktır.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz [psk.havvaozkan@gmail](mailto:psk.havvaozkan@gmail.com) adresinden iletişim kurabilirsiniz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ek-3: Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	1	2	3	4	5

Ek-4: Savunma Biçimleri Testi

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (X) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 ~~5~~ 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen' mişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissedirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırısam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

Ek-5: Somatizasyon Ölçeği

YAŞ:

CİNSİYET:

TARİH:

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre **DOĞRU** ya da **YANLIŞ** olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın.

Bazı sorular birbirinin aynısı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışın.

- | | |
|--|-------|
| 1- Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur. | Doğru |
| Yanlış | |
| 2- İştahım iyidir. | Doğru |
| Yanlış | |
| 3- Başım pek az ağrır. | Doğru |
| Yanlış | |
| 4- Ayda bir iki defa ishal olurum. | Doğru |
| Yanlış | |
| 5- Midemden oldukça rahatsızım. | Doğru |
| Yanlış | |
| 6- Çoğu kez midem ekşir. | Doğru |
| Yanlış | |
| 7- Bazen utanınca çok terlerim. | Doğru |
| Yanlış | |
| 8- Sağlığım beni pek kaygılandırmaz. | Doğru |
| Yanlış | |
| 9- Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok. | Doğru |
| Yanlış | |
| 10- Bazen başımda sızı hissederim. | Doğru |
| Yanlış | |
| 11- Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır. | Doğru |
| Yanlış | |
| 12- Sağlığım birçok arkadaşımın ki kadar iyidir. | Doğru |
| Yanlış | |

- 13- Pek seyrek kabız olurum. Doğru
Yanlış
- 14- Ensemde nadiren ağrı hissederim. Doğru
Yanlış
- 15- Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur. Doğru
Yanlış
- 16- Çabucak yorulmam. Doğru
Yanlış
- 17- Pek az başım döner ya da hiç dönmez. Doğru
Yanlış
- 18- Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem. Doğru
Yanlış
- 19- Soğuk günlerde bile kolayca terlerim. Doğru
Yanlış
- 20- Çoğu zaman yorgunluk hissederim. Doğru
Yanlış
- 21- Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum. Doğru
Yanlış
- 22- Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir. Doğru
Yanlış
- 23- Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım. Doğru
Yanlış
- 24- Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi. Doğru
Yanlış
- 25- Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım. Doğru
Yanlış
- 26- Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir. Doğru
Yanlış
- 27- Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim. Doğru
Yanlış
- 28- Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur. Doğru
Yanlış
- 29- Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim. Doğru
Yanlış

- 30- Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır. Doğru
Yanlış
- 31- Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım. Doğru
Yanlış
- 32- Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birden bire her yanıma ateş basar. Doğru
Yanlış
- 33- Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissedirim. Doğru
Yanlış

Ek-6: Young Şema Ölçeği

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığımız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. ____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. ____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. ____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. ____ Uyumsuzum.
5. ____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. ____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. ____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. ____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.

9. ____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. ____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. ____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. ____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseydiğimi göstermek gibi).
13. ____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. ____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. ____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. ____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. ____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. ____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. ____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hiss ediyorum.
27. ____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.

28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. _____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. _____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. _____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. _____ İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.

51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissedirim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissedirim.
57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum- Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.

69. ____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. ____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. ____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. ____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. ____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak
veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. ____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. ____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. ____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. ____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. ____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. ____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. ____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. ____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. ____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. ____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.

85. _____Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. _____Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. _____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

Ek-7: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.06.2021-13317



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-88083623-020-13317
Konu :Etik Onayı Hk.

03.06.2021

Sayın Havva ÖZKAN

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 26.05.2021 tarihli ve 2021/06 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin KAZAN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BS43M18E7Z Pin Kodu : 08162

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Keş Adresi : iau.yazisleri@iau.hs03.kep.tr

Bilgi için : Tuğba SÜNNETÇİ

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı

Tel No : 31002



ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyadı: Havva ÖZKAN

ÖĞRENİM DURUMU

Lisans: Selçuk Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü (96-2000)

Yüksek Lisans: İstanbul Aydın Üniversitesi Tezli Klinik Yüksek Lisans (2. Sınıf 2. Dönem)

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER

2000-2005 Yozgat Rehberlik ve Araştırma Merkezi Psikolojik Danışman

2005-2008 Gemlik Koza Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Psikolojik Danışman

2008-2010 Talas Lisesi Psikolojik Danışman

2010 - 2013 Yüksek Mimar Selçuk Karakimseli İlkokulu Psikolojik Danışman

2013 -75. Yıl Mühibe Germirli Ortaokulu Psikolojik Danışman olarak görev yapmaktayım.

ALMIŞ OLDUĞUM EĞİTİMLER:

- a. Duygu Odaklı Bireysel Terapi Eğitimi - Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi
- b. WISC-R Zeka Testi Eğitimi
- c. Objektif Testler Eğitimi Çocukları Değerlendirmede Kullanılan Projektif Testler Eğitimi
- d. Oyun Terapisi Eğitimi
- e. Çocuk Resimlerinin Psiko-Pedagojik Analizi ve Projektif Çizim Testleri Eğitimi

- f. Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi - Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi
- g. Minnesota Çok yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) Eğitimi
- h. EMDR (Göz Hareketleriyle Sistemik Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme)
- i. 10-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Psikolojik Sağlık Programı (ÇEPSP-101)
- j. Yetişkinler İçin Tematik Algı Testi (TAT) - Çocuklar İçin Tematik Algı Testi (CAT)
- k. Sınav Kaygısının Azaltılmasında REFCAD Programı