

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (UYGULAMALI / KLİNİK PSİKOLOJİ)
ANABİLİM DALI

KİŞİLERARASI TARZ, KENDİLİK ALGISI, ÖFKE VE PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR

Yüksek Lisans Tezi

Esra KARSLI

Ankara-2008

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (UYGULAMALI / KLİNİK PSİKOLOJİ)
ANABİLİM DALI

KİŞİLERARASI TARZ, KENDİLİK ALGISI, ÖFKE VE PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR

Yüksek Lisans Tezi

Esra KARSLI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN

Ankara-2008

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (UYGULAMALI / KLİNİK PSİKOLOJİ)
ANABİLİM DALI

KİŞİLERARASI TARZ, KENDİLİK ALGISI, ÖFKE VE PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

.....
.....
.....

İmzası

.....
.....
.....

Tez Sınavı Tarihi

TEŞEKKÜR

Hem bu çalışmayı hazırlamamda hem de bu aşamaya gelinceye kadar üzerimde emeği olan, desteğini aldığım o kadar çok insan var ki bu sınırlı alanda isimlerini anamadan hepsine teşekkür etmekle yetinmek zorundayım.

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini ve ilgisini eksik etmeyen, katkılarıyla tezime şekil veren ve rahatlatan tavrıyla karşılaştığım sorunları çözmemi kolaylaştıran tez danışmanım Doç.Dr.Ayşegül Durak Batıgün'e çok teşekkür ederim. Sadece bu çalışmamda değil, yüksek lisans eğitimim boyunca bana kazandırdıkları, tez çalışmamın en iyi hale gelmesi için yaptığı katkıları ve emeği için Prof.Dr. Nesrin Hisli Şahin'e; tez jürimde yer alan ve tezimin son şeklini almasında değerli önerileriyle katkılar sağlayan Prof. Dr. İhsan Dağ'a çok teşekkür ederim.

Tez çalışmamın özellikle veri toplama aşamasında yardımlarını eksik etmeyen ve her zaman varlıklarını hissettiren arkadaşlarıma; yine veri toplama aşamasında bana yardımcı olan burada adını sayamadığım herkese teşekkürü borç bilirim.

Son olarak, bugüne gelmemi sağlayan annem ve babama sadece bu çalışma için teşekkür etmek ne kadar anlamsız olsa da; tezimin her aşamasında ellerinden gelenin fazlasını yaptıkları için, hayatımın her anında beni destekledikleri için, benim bu aşamaya gelmemi sağladıkları için sonsuz teşekkürler. Her zaman olduğu gibi tez çalışmamda da yanımda oldukları için ailemin diğer üyeleri ablam Hatice ve kardeşim Burcu'ya; tezimi biran önce bitirebileyim diye verdiği destek için müstakbel eşim Mustafa'ya çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ.....	1
1.1. Kişilerarası İlişkiler.....	2
1.2. Kişilerarası İlişkilere Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar.....	4
1.2.1. Kişilerarası Kuram.....	4
1.2.2. Bağlanma Kuramı.....	7
1.2.3. Kişilerarası Şemalar.....	9
1.2.4. Kişilerarası Döngü.....	12
1.3. Kendilik Algısı.....	14
1.3.1.Kendilik Kavramı.....	14
1.3.2.Kendilik Algısına Yönelik Kuramsal Bakış Açıları.....	15
1.4.Öfke.....	21
1.4.1.Öfkeye Yönelik Kuramsal Bakış Açıları.....	24
1.5.Psikosomatik Bozukluklar.....	29
1.5.1.Zihin ve Beden İlişkisi.....	31
1.5.2.Psikosomatik Hastalıklara Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar.....	33
1.5.2.1.Psikanalitik Yaklaşımlar.....	33
1.5.2.2.Özgüllük Hipotezi ve Kişilik Özellikleri.....	34
1.5.2.3.Stres Teorisi.....	37
1.5.3.Psikosomatik Hastalıklarda Sınıflama.....	41
1.5.3.1.Koroner Arter Hastalığı.....	42
1.5.3.2.Mide Hastalıkları.....	44
1.5.3.3.Cilt Hastalıkları.....	46
1.5.3.4.Diyabet.....	49
1.6.Kişilerarası İlişkiler ve Psikosomatik Bozukluklar.....	52
1.7.Kendilik Algısı ve Psikosomatik Bozukluklar.....	57
1.8.Öfke ve Psikosomatik Bozukluklar.....	62
1.9.Araştırmanın Amacı ve Soruları.....	67
2. YÖNTEM.....	70
2.1.Örnekleme.....	71

2.2. Veri Toplama Araçları.....	72
2.2.1. Bilgi Formu.....	72
2.2.2. Kişilerarası Tarz Ölçeği.....	72
2.2.3. Stres Belirtileri Ölçeği.....	73
2.2.4. Kısa Semptom Envanteri.....	75
2.2.5. Çok Boyutlu Öfke Envanteri.....	77
2.2.6. Sosyal Karşılaştırma Ölçeği.....	79
2.3. İşlem.....	80
3. BULGULAR.....	82
3.1. Stres Belirtileri Üzerinde Grup, Cinsiyet ve Yaşın Temel ve Ortak Etkileri.....	84
3.2. Stres Belirtileri Üzerinde Grup, Eğitim Düzeyi ve Medeni Durumun Temel ve Ortak Etkileri.....	85
3.3. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Psikosomatik Bozukluğu Olmayan Grupların Karşılaştırılması.....	87
3.4. Farklı Fizyolojik Sistemlere Ait Psikosomatik Hastalığı Olan Kişilerin Araştırma Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması.....	92
3.5. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Stres Belirtilerini Yordayan Değişkenler.....	96
3.6. Kişilerarası İletişim Tarzı, Öfke, Kendilik Algısı ve Psikosomatik Bozukluklar Arasındaki İlişkiler.....	101
4. TARTIŞMA.....	105
4.1. Stres Belirtileri Üzerinde Grup, Cinsiyet, Yaş, Eğitim Düzeyi ve Medeni Durumun Temel ve Ortak Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	105
4.2. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların Araştırma Değişkenleri Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	111
4.3. Farklı Fizyolojik Sistemlere Ait Psikosomatik Hastalığı Olan Kişilerin Araştırma Değişkenleri Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	115
4.4. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Stres Belirtilerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	117

4.5. Kişilerarası İletişim Tarzı, Öfke, Kendilik Algısı ve Psikosomatik Bozukluklar Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	122
4.6.Araştırmanın Sonuçları.....	123
4.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler.....	125
5.ÖZET.....	128
6.ABSTRACT.....	129
7.KAYNAKLAR.....	130

EKLER

EK 1. Bilgi Formu.....	155
EK 2 . Stres Belirtileri Ölçeği.....	158
EK 3. Kişilerarası Tarz Ölçeği.....	161
EK 4. Sosyal Karşılaştırma Ölçeği.....	164
EK 5. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği.....	165
EK 6 . Kısa Semptom Envanteri.....	167

TABLÖLAR

Tablo 2.1. Katılımcılara ilişkin çeşitli demografik değişkenler.....	71
Tablo 3.1. Stres Belirtileri düzeyi üzerinde grup, cinsiyet ve yaş değişkenlerine uygulanan varyans analizi sonuçları.....	84
Tablo 3.2. Stres Belirtileri düzeyi üzerinde grup, eğitim düzeyi ve medeni durum değişkenlerine uygulanan varyans analizi sonuçları.....	86
Tablo 3.3. Psikosomatik bozukluğu olan ve psikosomatik bozukluğu olmayan grupların stres belirtileri, kendilik algısı, kişilerarası iletişim tarzı, öfke ve genel psikolojik belirtiler (KSE) açısından karşılaştırılması.....	87
Tablo 3.4. Farklı fizyolojik sistemlere ait psikosomatik hastalığı olan kişilerin stres belirtileri, kendilik algısı, kişilerarası iletişim tarzı, öfke ve genel psikolojik belirtiler (KSE) Açısından Karşılaştırılması.....	93
Tablo 3.5. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Stres Belirtilerini Yordayan Değişkenler.....	98
Tablo 3.6. Stres Belirtileri ile Öfke ve Kendilik Algısı değişkenleri arasındaki ilişkiler.....	103
Tablo 3.7. Stres Belirtileri ile Kişilerarası İletişim Tarzı değişkenleri arasındaki ilişkiler.....	104

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. : Kişilerarası Döngü.....	13
Şekil 1.2. : Stres- bağışıklık sistemi ilişkisi.....	40

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Bireyin kendisi hakkında bilinçli bir şekilde düşünebilme yeteneği, insanı diğer tüm canlılardan ayıran en önemli psikolojik özelliktir. Bu yetenek sayesinde insanlar, zihinlerinde kendileriyle ilgili düşünceleri ve imgeleri kendi amaçları doğrultusunda yönlendirebilirler, davranışlarının sonuçlarını tahmin edebilirler, olabilecek olaylar için planlar geliştirebilirler. Aynı zamanda kendileri hakkında bilinçli bir şekilde düşünebilme yeteneği, içe bakış, kendini değerlendirme ve kendilik kavramının gelişiminin temelini oluşturur. Modern insanın kendilik farkındalığının, farklı zamanlarda gelişen bir dizi bilişsel yeteneği içerdiği varsayılmaktadır. Ekolojik kendilik, kişilerarası kendilik ve kavramsal kendilik becerisi bunlardan bir kaçıdır (Leary & Buttermore, 2003). Diğerlerinden alınan onay ve yaşanan memnun edici ilişkilerin, kendilik saygısına anlamlı katkıları vardır (Broemer & Blümle, 2003). Bireyin kendini nasıl algıladığı, diğerleriyle olan kişilerarası ilişkilerini de etkilemektedir.

Bununla birlikte, kişilerarası etkileşimlerden ayrı olarak var olabilse de; duygular, genellikle kişilerarası ilişkiler bağlamında ortaya çıkmaktadır. Başka bir deyişle, kişilerarası ilişkiler pek çok duyguyu ortaya çıkaran birincil faktördür (Wiseman, Metz, Barber, 2006). Öfke de günlük yaşam içinde farklı sebepler

sonucu ortaya çıkabilen doğal ve evrensel bir duygusal tepkidir. Öfkenin nasıl ifade edildiği bireyin kişilerarası ilişkileriyle etkileşim içindedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar erken yaşam streslerinin ruhsal hastalık gelişiminde oynadığı rolün önemini ortaya koymuştur. Bununla birlikte maruz kalınan yaşam streslerinin sadece psikiyatrik bozukluklar değil, diyabet, kalp hastalıkları ve immün sistem bozuklukları gibi genel tıbbi durumlar için de önemli bir risk etmeni oldukları gösterilmiştir (Agid ve ark, 2000; Kendler ve ark. 2000; Felitti ve ark, 1998; akt., Dumlu ve Cimilli, 2003).

Bu doğrultuda, bu çalışmanın amacı kapsamında kendilik algısı, kişilerarası ilişki tarzları, öfke ve psikosomatik bozuklukların birbirleriyle nasıl bir ilişki içinde olduklarını anlamak amacıyla bu bölümde, bahsedilen değişkenlerle ilgili kavramsal temellere ve kuramsal yaklaşımlara yer verilmektedir.

1.1. Kişilerarası İlişkiler

Kişilik kavramı; bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içermektedir. Bu zellikler, bireyin bilişsel değerlendirmelerine dayanarak i ve dış dünyaya uyum içinde geliştirmiş olduğu duyuyış, düşünüş ve davranış örüntülerini kapsamaktadır. Bu rntler, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş baş etme biçimleri ve savunma düzenekleridir. Kişiliğin oluşumunda; doğum öncesi, doğum sonrası ve çocukluk çağındaki fiziksel ve psikolojik koşullar yanında ayrıca

olgunlaşma (maturation), öğrenme ve toplumsallaşma etkenleri rol oynamaktadır (Öztürk, 2002).

Belirli koşullar altında belirli bir biçimde davranma eğilimi olarak tanımlanabilen kişilik özellikleri; kişilerarası ilişkilerle ilgili ipuçları içermektedir (Somer, 1998). Blatt ve Shichman'a (1983) göre kişilik gelişimi iki temel görev içerir. Bunlar karşılıklı olarak doyurucu kişilerarası ilişkiler ile gerçekçi, kalıcı ve olumlu bir kimliğin edinilmesidir (akt., Albayrak, 1994).

İnsanın içindeki en eski içgüdü, onu diğer insanlarla ilişki kurmaya iten içgüdüdür. İnsanların, diğer insanlara bir paylaşma duygusuyla yaklaşımları sonucunda insanlık ileriye gitmiştir (Adler, 2000). Bolton'a (1979) göre iki kişi birbirleriyle iletişim kurduğunda, doğada başka hiç bir yerde bulunmayan çok özel bir durum gerçekleşir. Çünkü kişilerarası ilişkiler tüm anlamsız şeyleri anlamlı hale getirebilmektedir.

İnsan ilişkilerini bir sistem içinde düşünecek olursak, her birey içinde yaşadığı fizik ve toplumsal çevreden etkilenir. Öte yandan onun kişiliği ve davranışları, ilişkide bulunduğu kişinin düşünce ve davranışlarını etkiler. Bu ikili ilişkinin niteliği kişilerin sosyal çevrelerindeki diğer insanlarla ilişkilerine de yansır (Hortaçsu, 1997).

Kişilerarası ilişkiler, genel anlamıyla bireylerin diğer kişilerle olan ilişkilerinde yaşadıkları duygu, düşünme ve davranış stillerini ifade etmektedir

(Saymaz, 2003). Kişilerarası ilişkilerde, taraflardan her biri kendi alışlagelmiş tarzını elinde tutar ancak aynı zamanda, diğer kişinin tarzına uyum sağlamak üzere hareket eder (Sadler ve Woody, 2003).

Kişilerarası tarz ise Buss ve Craik'e (1983) göre, bireyin belirli bir durum karşısında gösterdiği davranıştan farklı olarak, çeşitli ilişki ve durumlarda genel olarak sergilediği temel davranış eğilimi ve kişilik örüntüsüdür. Bireylerin kişilik tarzlarının, kişilerarası etkileşimlerindeki uyumluluklarını etkilemesi kaçınılmazdır (Kiesler, 1983).

1. 2. Kişilerarası İlişkilere Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar

1. 2. 1. Kişilerarası Kuram

Kişilerarası ilişkilerle ilgili ilk görüşler, Freud ve sonraki psikanalitik kuramcılarla başlamıştır. Ego psikolojisine göre; içgüdüsel dürtüler birincil, obje (insan) ilişkileri ikincildir (Geçtan, 2000). Kernberg'in nesne ilişkileri kuramı, benlik ve diğerlerinin (nesne ilişkilerinin) zihinsel temsillerinin doğasını ve gelişimini ele alır. Sadece temsillerin kendisini değil, aynı zamanda bu temsillerle ilişkili duygular ve hayalleri ve bu değişkenlerin kişilerarası işlevselliğe nasıl aracılık ettiğini de içerir (Oltmanns, Neale, Davison, 2003).

İlişkiler ve kişiliğin teorik açıdan birlikte ele alınması, 1930 ve 1940'lı yıllarda Sullivan'la başlamıştır. Sullivan'ın 'kişilerarası kuramı' bireyden çok

ilişkiye vurgu yapar ve kişilerarası ilişkilerdeki davranışları ön planda tutar (Ingraham ve Wright, 1987). Sullivan, gelişimin diğer insanlarla etkileşim aracılığıyla yaşamın çok erken dönemlerinden beri aşama aşama sosyal bağlam içinde ortaya çıktığını ileri sürmektedir (Zucker, 1989).

Sullivan'a göre kişilik, kişilerarası ilişkilerin bir ürünüdür ve ilişki durumları dışında incelenemez. Kişilik alanı içinde etkinlik gösteren bazı süreçler vardır. Bunların başlıcaları; dinamizm, personifikasyon (kişileştirme) ve benlik sistemidir:

Dinamizm; kişiliğin incelenmesinde kullanılabilen en küçük birimdir ve organizmanın canlılığını sürdürmesini sağlayan sürekli enerji dönüşümleri olarak tanımlanır. Enerji dönüşümleri davranışları oluşturur. Tüm insanlar aynı temel dinamizmlere sahiptir. Ancak anlatım biçimleri, duruma ve kişinin yaşantılarına göre farklılık gösterir. Dinamizmler çevreyle etkileşimlerini sürdürebilmek için el, ağız ve üreme organları gibi beden bölgelerinden yararlanırlar. Ancak benlik ya da benlik sistemi olarak adlandırılan bir dinamizm, insan ilişkilerinin ürünü olan kaygı sonucu ortaya çıkar. Başlangıçta anneden çocuğa aktarılan kaygı, sonraki yaşamda kişinin güvenliği tehlikeye girdiği durumlarda yaşanan bir duygudur. Kişinin yaşamında kaygı yaratan olaylar arttığı oranda benlik sistemi de şişer ve kişiliğin geri kalanından kopar. Bu nedenle, benlik sistemi, bir yandan kişiyi kaygıdan korurken, diğer yandan onun diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurabilmesine engel olur (akt; Geçtan,2000).

Sullivan’a göre kaygı, bireyin kendini iyi hissetmesi ile ters yönde ilişkili olan tehlikeli bir gerginliktir ve kişilerarası ilişkilerde başarısızlığa sebep olmaktadır (akt., Safran ve Segal, 1990).

Personifikasyon, kişinin kendisine ya da bir diğer insana ilişkin olarak geliştirdiği imgedir. İhtiyaçların karşılanmasına yönelik ve kaygılı yaşantılar sonucu oluşan bazı duygu, tutum ve kavramları içerir. Örneğin çocuk, ihtiyaçlarını karşıladığı için iyi anne personifikasyonu geliştirir. Anne olumsuz tutumlar gösterdiği zaman kaygı yarattığından, çocukta ayrıca kötü anne personifikasyonu oluşur. Bu iki personifikasyon anneye ilişkin diğer personifikasyonlarla bütünleşerek karmaşık bir anne personifikasyonunu oluştururlar. Personifikasyonlar, çoğu kez mal edildikleri kişilerin gerçek niteliklerini yansıtmaz. Başlangıçta, bireyin çevresindeki kişileri değerlendirmesinde ona algı dayanağı sağlayabilmesi amacıyla geliştirilirler. Ancak, bir kez oluştuktan sonra, bireyin diğer insanlara karşı tutumlarını sürekli ve değişmez bir biçimde etkilerler. Dolayısıyla personifikasyonlar, kişinin çevresini yanlış algılamasına ve kişilerarası ilişkilerinin bozulmasına neden olurlar. Aynı durum bireyin kendisini değerlendirmesinde de söz konusudur (Geçtan, 2000).

Sullivan’ın kişilerarası kuramında ele aldığı diğer bir konu ilişki ihtiyaçlarıdır. Bebeğin davranışları kendi ihtiyaçlarına doyum sağlayabilecek oranda gelişmediğinden, ihtiyaçlarının giderilmesi de bir diğer insana bağımlıdır. Böylece, doyum sağlama olayı kişilerarası etkileşimle sonuçlanır. Fizyolojik ihtiyaçlar kolayca kişilerarası ihtiyaçlara dönüşür ve bebek, tepkilerini diğer insanlardan gelecek davranışlara göre ayarlamayı öğrenir (Geçtan, 2000).

1. 2. 2. Bağlanma Kuramı

İnsanların kiřilerarası iliřkilerinde, dűnyayı iēsel temsil yoluyla yapılandırmalarında ve yeni durumlara yűnelik tepkilerine rehberlik etmede baęlanma sűrecinde ortaya çıkan řemalar oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Dięer bir deyiřle; kiřilerarası iliřkilere nasıl anlamlar verileceęini belirlemede bu řemaların rolű bűyűktűr (Balkaya, 2005).

Bowlby'e (1989) göre baęlanma, yařamın genellikle ilk on iki ayı iēinde bireyin kendisi iēin önemli olan bařkalarıyla, tehlike ya da tehdit durumlarında duygusal baęlar kurma eęilimidir. Bebeęin ihtiyaçlarına bakım veren kiřinin vereceęi tepkiler sonucunda baęlanma dűzenlenmektedir. Bakıcıyla yinelenen iliřkiler sayesinde bebekler ne bekleyeceklerini öğrenirler. Bu beklentiler sonucunda 'kendilik' ve 'önemli dięerleri'ne iliřkin biliřsel temsiller (řemalar) oluřmaktadır. Oluřan bu řemalar, hem bakım verenin ne tűr tepkiler verebileceęini yordamada kullanılır hem de daha sonraki kiřilerarası iliřkilerde de duyguları, dűřűnceleri ve davranıřları bűyűk oranda etkilerler.

Bowlby (1973) baęlanma yařantısı sonucu oluřan iēsel temsillerin iki temel özellięi olduęunu vurgular: İlki; baęlanma figűrűnűn korunma ve destek çaęrılarına cevap veren biri olarak grűlűp grűlmedięi; dięeri ise bireyin kendisini bařkaları, özellikle de baęlanma figűrű tarafından yardıma deęer birisi olarak grűp grmedięidir. İlki, ocuęun 'dięerleri' imgesiyle ilgiliyken, ikincisi 'benlik'

imgesiyle ilgilidir. Bu imgeler karşılıklı olarak birbirlerini tamamlayıcı şekilde gelişmektedirler.

Genel olarak Ainsworth üç tür bağlanma stili tanımlamıştır: Güvenli, kaygılı/kararsız ve kaçınan bağlanma. Güvenli bağlanan çocuklar; bir ayrılıktan sonra anneleri (bakım veren) döndüğünde sevinerek karşılamakta, yakınlık ve temas aramakta ve kolayca sakinleşebilmektedirler. Kaygılı/kararsız bağlanma stilinde çocuklar, anneye karşı ikircikli davranışlar sergilemektedir. Anneleri ayrıldığında yoğun kaygı ve kızgınlık yaşamakta, yeniden birleşmeden sonra kolaylıkla sakinleşememektedirler. Kaçınan bağlanmada ise, çocuklar anneyle yeniden birleşmeden sonra yakınlık ve etkileşimden kaçınmaktadır (akt., Bartholomew & Horowitz, 1991).

Mikulincer ve Arad (1999) yakın ilişkilerde bağlanma stili ve bilişsel esneklikle ilgili yaptıkları bir çalışmada, güvenli bağlanan yetişkinlerin güvensiz (kaygılı/kararsız ya da kaçınan) bağlananlara göre, yeni bilgilere karşı daha esnek şemalara sahip olduklarını görmüşlerdir. Güvenli bağlananların dünyaya karşı daha iyimser bir tutum içinde oldukları, daha gerçekçi beklentilerinin olduğu ve yeni durumlara karşı uyum yeteneklerinin daha fazla olduğu dikkati çekmektedir.

Mikulincer (1998) yakın ilişkilerde bağlanma stilleriyle ilgili yaptığı başka bir çalışmada; kaygılı/kararsız ve kaçınan bağlanan kişilerin güven duygularının daha olumsuz, benmerkezci ve uyumsuz olduğunu gözlemiştir. Kaygılı/kararsız bağlanan kişiler kronik güvensizlik duyumlarıyla baş edebilmek için her ilişkide takıntılı bir

şekilde güven ararlar ve bu durum kaygılarını daha da artırmaktadır. Kaçınan bağlanan kişiler ise kaygı yaratacak durumları ve acı veren anıları bastırarak, bağlanma figürlerinden uzak durarak güvensizlik duyumlarıyla başa çıkarlar.

Perris (1999) işlevsel olmayan bağlanma örüntüleri ile ilgili olarak; bozuk kişilerarası ilişkilerde üç temel örüntüden söz etmektedir: (i) diğerlerinden geri çekilme. (ii) diğerlerine aktif ya da pasif bağımlılık. (iii) sabit ilişkiler kurmada yetersizlik. Horowitz ve ark., (1993); yaşanan kişilerarası sorunların bireylerin bağlanma hikayelerinden kaynaklandığını ve dolayısıyla farklı bağlanma stillerinin farklı kişilerarası sorunlar ortaya çıkaracağını belirtmişlerdir.

Bağlanma kuramı temelde, çocuğun bağlanma figürüyle olan ilişkisinin yaşam boyunca önem taşıdığını ve kişilerarası ilişkilere yansıtacağını ileri sürmektedir (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1985).

1. 2. 3. Kişilerarası Şemalar

1980'lerin sonu ve 1990'ların başlarından itibaren, bir grup bilişsel kuramcının, bilişsel yaklaşımda gözlenen bazı tıkanmalara dikkat çekerek bunların giderilmesine yönelik bir çaba içine girdikleri gözlenmektedir. Bu doğrultuda, değerlendirme alanında benlik, kişilerarası ilişkiler ve insanın içinde yaşadığı bağlam gibi temel inançlarla ilgili merkezi bilişsel özelliklerin ölçülmesinin göz ardı edilmesi dikkat çekilen bir sınırlılık olarak belirtilmektedir (Soygüt, 1999). Soygüt'e (2003) göre, kişilerarası kuram ile bilişsel yaklaşımın bütünleştirilmesine yönelik

yapılan girişimde; bilişler, duygular ve davranışlar, kişilerarası bağlamda gelişen ve işlev gören yapılar olarak bütünleştirilerek, genişletilmiş bir bilişsel modele oturtulmuştur.

Bilişsel süreçlerin yapılandırılmasında ve organize edilmesinde benlik gelişimi önem taşımaktadır. Organize edilmiş bir benlik duygusu olmadan, duyuşal yaşantılar parçalanır, benlik ve diğerleri arasında ayırım yapılamaz. Sullivan'ın belirttiğı gibi bizler, diğerlerinin değerdendirmeleri aracılığıyla benliğimize ait kişisel özelliklerimizin farkına varırız. Bu özellikler, önemli diğerlerinin olumlu değerdendirmelerine (iyi ben) ya da olumsuz değerdendirmelerine (kötü ben) dayanır (Safran ve Segal, 1990).

Kişilerarası ilişkilerde bilişsel şemalar önem taşımaktadır. Bilişsel şemalar, kişilik ile bağlantılı bilgilerin depolanması, organize edilmesi, bütünleştirilmesi, yönlendirilmesi süreçlerinde yapısal düzeyde etkilidirler. Safran ve Segal (1990) bilişsel yaklaşım çerçevesinde, şema kavramını genişletme çabaları içine girmişlerdir. Kendini değerdendirme sorunlarını da içine alacak şekilde kişilerarası şema kavramını ileri sürmüşlerdir. Kişilerarası şema, kişilerarası yaşantıdan gelen, ben ve diğeri arasındaki etkileşimin genel bir temsilidir. Benliğin kişilerarası bir bağlam geliştirmesi, kişilerarası olayların bilişsel temsillerini içerdğini göstermektedir. Kişilerarası şema, ilişkiyi devam ettirmeye yönelik bir program olarak düşünülebilir. Kişilerarası ilişkinin devamına yönelik amaçlar, eylem planları ve eğer-o zaman (if-then) bağlantılarını içeren bilgi, kişilerarası şemaya kodlanmaktadır.

Kişilerarası şemayı, kişilerarası ilişkileri devam ettirmeye yönelik bir program olarak görmek, genel bilişsel temsil şeması ile kendilik değeri şeması arasındaki bağlantıyı aydınlatır. Kişilerarası şemalardaki kendilik değeri, kişilerarası ilişkiyi devam ettirmeye yönelik bir kural gibi işlev görür. Bu kural, bağlanma figürleriyle olan önceki yaşantılardan çıkarılır ve hem kendilik algısını hem de diğerleri algısını yansıtır. Kişilerarası şema kavramı, aynı zamanda kendilik algısı ve diğerleri algısı arasındaki ilişkiyi açıklamaya yardım eder. Kendi ve diğerleri algısının etkileşimsel olduğunu ileri sürer. Kişilerarası kuram, uyumsuz davranışların diğer insanların algılarına ya da beklentilerine dayandığı için uzun süre devam ettiğini varsaymaktadır (Safran ve Segal, 1990).

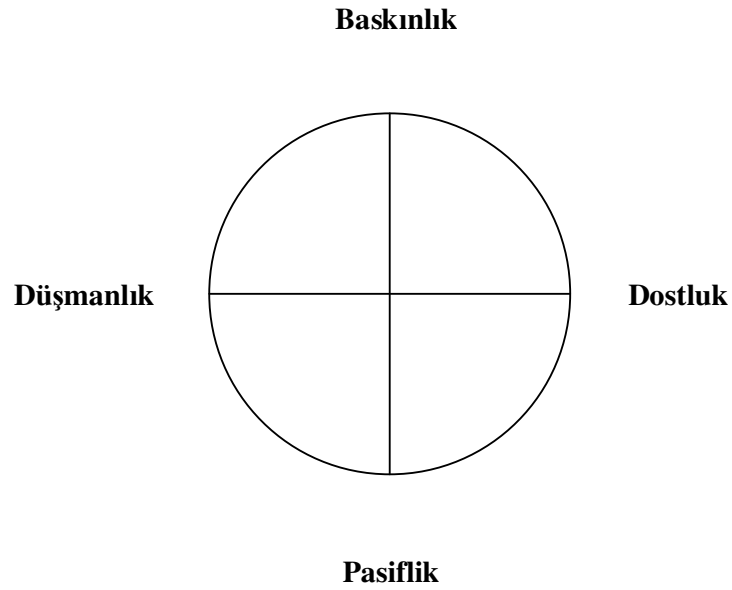
Safran ve Segal (1990) kişilerarası şemaların, erken dönemde bireyin bağlanma figürleriyle olan etkileşimlerle oluştuğunu ve dolayısıyla bağlanma figürleriyle olan etkileşimleri yordama olanağı verdiğini belirtmektedir. Kişilerarası şemalar etkileşimlere yön vermeye devam ettiklerinden, genellikle yeni durumlara adapte olamazlar. Örneğin; diğerlerinden düşmanlık göreceği beklentisi olan bir birey, nötr davranışları seçici olarak düşmanca yorumlayacaktır, düşmanca tepki verecektir ve dolayısıyla diğerlerinin düşmanca davranmasına sebep olacaktır. Bu durum, bireyin kendi ve diğerleriyle ilgili işlevsel olmayan inançlarını pekiştirecektir ve bilişsel-kişilerarası döngüsünü devam ettirmesine olanak tanıyacaktır.

1. 2. 4. Kişilerarası Döngü

Yıllar boyunca, kişilerarası kuramlar, (Benjamin, 1974; Horney, 1945; Kiesler, 1983; Sullivan, 1953; Wiggins, 1982) etkileşim halinde olan iki insan arasındaki ilişkiyi tanımlamak için ortaya çıkmışlardır. Bu kuramlar belirli noktalarda birbirlerinden ayrılrsa da, pek çoğu aynı iki temel önermeyi içerirler. Bu önermelerden ilki, kişilerarası ilişkilerin iki temel boyutta tanımlanabilmesidir. Bunlar; bir uçta dostluğun diğer uçta düşmanlığın olduğu birlikte olma boyutu ile bir uçta baskınlığın diğer uçta pasifliğin olduğu kontrol boyutlarıdır (akt., Dryer ve Horowitz, 1997; Horowitz, Locke, Morse, Waikar, Dryer, Tarnow ve Ghannam, 1991, Kiesler, 1983). Bir bireyin kişilerarası tarzının, bu iki boyutta yer alabileceği, farklı kişilerarası tarzların bu iki faktör içinde değişimleri yansıtabileceği belirtilmiştir (Sadler ve Woody, 2003).

İkinci önerme ise, etkileşimde bulunan iki insanın karşılıklı olarak birbirlerinin davranışlarını etkilemesidir (Carson, 1969, Kiesler, 1983, Leary, 1957, Sullivan, 1953; akt, Kiesler, 1983). Bu önerme kişilerarası tamamlayıcılık (interpersonal complementarity) ilkesi olarak bilinir. Davranış ve onu getiren tepki birbirini tamamlamaktadır. Birlikte olma boyutu kendisiyle (benzeriyle), kontrol boyutu ise karşıtıyla tamamlanmaktadır. Buna göre; dostluk dostluk ile, düşmanlık düşmanlık ile; diğer tarafta ise baskınlık pasiflik ile, pasiflik ise baskınlık ile tamamlanmaktadır. Sıcak ve eğlenceli insanlar, diğerlerinde sıcakkanlılığı uyandırırken; düşmanca davranan insanlar soğukluk ve hatta çatışmayı uyandırmaktadırlar (Kiesler, 1983).

Kişilerarası ilişkilerde yer alan boyutlar Safran ve Segal'in (1990) öne sürdüğü kişilerarası şema örüntüleri açısından ele alındığında; 'benlik' 'diğer'ine nasıl yaklaşırsa, 'diğer'inden ne tür kişilerarası tepkiler bekler sorusunun yanıtı kişilerarası şemalara işaret etmektedir. Örneğin; 'annemle ilgilenir ona önem verdiğimi belli edersem (benlik=dostça); annem bana yakın ya da dostça davranır (diğeri=dostça) ya da uzak durur/kayıtsız kalır (diğeri=düşmanca)' kalıpları kişilerarası şema örüntüleri hakkında ipuçları vermektedir (Soygüt, 2003).



Şekil 1.1. : Kişilerarası Döngü

Kişilerarası döngü kuramları, kişilerarası ilişkilerde birlikte olma boyutunun 'benzer karşılıklık'la, kontrol boyutunun ise 'karşıt karşılıklık'la tamamlandığını öne sürse de; Bluhm, Widiger ve Miele (1990) kontrol boyutunun büyük oranda kişilerarası süreçlere ve kişilerarası tarzdaki bireysel farklılıklara bağlı olduğunu

belirtmişlerdir. Buss ve Craik'e (1983) göre, kişilerarası tarz, bireyin belirli bir durum karşısında gösterdiği davranıştan farklı olarak, çeşitli ilişki ve durumlarda genel olarak sergilediği temel davranış eğilimi ve kişilik örüntüsüdür. Bireylerin kişilik tarzlarının, kişilerarası etkileşimlerindeki uyumluluklarını etkilemesini beklemek yerinde olacaktır (Kiesler, 1983).

1. 3. Kendilik Algısı

1. 3. 1. Kendilik Kavramı

Kendilik kavramı, kendi yaşam deneyimlerimizin algısı ve organizasyonu için bir çerçeve çizmektedir. Aynı zamanda kendilik kavramı, diğerlerinin duygu, düşünce ve davranışlarını anlamada kullandığımız geniş ve sistematik bir yapıdır (Markus, Moreland ve Smith, 1985).

Franzoi'ye göre kendilik; sosyalleşme ve olgunlaşma yoluyla edinilen, sembolik iletişim kurma ve benlik farkındalığında bulunma gibi nitelikleri olan sosyal bir varlık olarak tanımlanabilir. İnsan toplumdan kopuk olarak gelişemediği, ancak ve yalnızca sosyal bir bağlamda var olabildiği için benlik de sosyal bir varlıktır (akt, Sümer, 1999).

Markus (1977); kendilik kavramını daha iyi tanımlayabilmek için kendilik şemasından söz etmektedir. Kendilik şeması, bireyin geçmiş yaşantılarından gelen ve sosyal yaşantısında kendisiyle ilgili bilgiyi işlemesine rehberlik eden bilişsel bir

yapıdır. Kendilik şemaları, kendilikle ilgili bilgi üzerinde sistematik bir etkiye sahiptir. Bireyin belirli bir alandaki davranışlarını organize etmek, özetlemek ya da açıklamak için yapılan girişimler, kendilikle ilgili bilişsel yapılarla sonuçlanacaktır. Kendilik şeması, bireyle ilgili özel durumlardan gelen bilişsel temsilleri içerdiği kadar, bireyin kendisi ve çevresindeki diğerleri tarafından yapılan davranışlarının değerlendirmesi ve tekrar eden sınıflamalardan gelen daha genel temsilleri de içerir. Belirli bir alanda kendilik şemasına sahip olan bireyler, o alanda çok çabuk, emin ve tutarlı bir şekilde kendileriyle ilgili yargılarda bulunabilirler. Bireyin hem geçmişteki duygu, düşünce ve davranışları hem de gelecekle ilgili tahminleri, kendilikle ilgili bilişsel yapılardan etkilenmektedir.

Kuiper ve Rogers (1979) çalışmalarında kişisel bilginin işlenmesinde kendiliğin önemli bir etmen olduğunu ileri sürmekle birlikte kendilik şeması gibi bilişsel bir yapının diğerleri hakkındaki bilgiyi işlemeyle de ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Kuiper (1981), Kuiper ve Derry (1981), Rogers, Kuiper, Kirker'e (1977) göre de kendilik şeması aynı zamanda, birey için diğer insanlar hakkında bir referans noktasıdır (akt., Lewicki, 1984). Lewicki' nin (1984) çalışması da, önceki araştırmalarla aynı doğrultudadır ve kendilik şemasının diğerleri hakkındaki bilgiyi işlemede etkili olduğunu göstermektedir.

1. 3. 2. Kendilik Algısına Yönelik Kuramsal Bakış Açıları

‘Kendimizi nasıl tanırız?’ sorusuna verilen cevap, insan doğasının ve kişilerarası ilişkilerin anlamını şekillendirir. Kendilik bilgisiyle ilgili sorunun

cevaplanmasında iki etkili yol vardır: bu yollardan biri, bireyin kendilik algısı sürecidir; diğeri ise içsel bilişlere ulaşma ve onları kavramadır (Robak, Ward, Ostolaza, 2006).

Kendilik algısı, çok eskiden beri filozofları ve sosyal bilimcileri ilgilendiren bir konudur. Çağdaş psikologlara göre iki farklı baskın görüş vardır. Bir görüşe göre; kendilik algısı sosyal olarak paylaşılan gerçeğe dayanır, diğerlerini algılamayla aynı süreçlerden ortaya çıkar ve davranış ve deneyimin kesin yansımaları olarak düşünülür. Diğer görüşe göre ise; temelde kendilik algısı çarpıtılmıştır, kendine hizmet eder ve sürekli olarak diğerlerinin algıları tarafından savunulandan daha olumludur (John ve Robins, 1994).

Kendilik kavramının sosyal kökenine vurgu yapan ilk araştırmacılarından biri Mead'dir. Mead'e (1934) göre; birey kendisini, dolaylı olarak, ait olduğu sosyal grubun genel görüş noktasından bir bütün olarak görür (akt., John ve Robins, 1994).

Kendilik algısıyla ilgili en çok tartışılan kuram Bem'in (1972) "kendilik algısı kuramı"dır. Bu kuram, Patten'a (2003) göre, kişilerarası ilişkilerle ilgili bir diğer kuram olan Festinger'in "bilişsel çelişki kuramına" alternatif olarak geliştirilmiştir. Festinger'a göre, kişiler tutumlarına ters düşen bir davranışta bulunduklarında, bu davranışlarını kendi dışlarındaki bir takım zorluklar ve ödüllerle açıklamaya çalışacaklar, bunu yapamıyorlarsa, nedenini kendi içlerinde arayarak davranışları ile uyumlu olmadıklarına inandıkları düşüncelerini değiştireceklerdir. Bilişsel çelişki kuramı, kişilerin başkalarını olumsuz değerlendirmelerini de aynı yolla açıklamaktadır.

Adil dünya görüşüne göre, adil bir dünyada iyiler cezalanamaz, bu mantıkla eğer bir insan acı çekiyorsa, bunu hak etmiştir (Hortaçsu, 1997).

Bem'in kendilik algısı kuramına göre ise; insanlar nasıl diğerlerine ait bilgiyi onların davranışlarını gözlemleyerek ediniyorlarsa; kendi duyguları, tutumları, inançları ve diğer içsel durumlarıyla ilgili bilgiyi de kendi davranışlarını gözlemleyerek edinmektedirler (Bem ve McConnell, 1970; Haemmerlie ve Montgomery, 1982). İçsel ipuçları zayıf, belirsiz ve yorumlanamaz olduğunda, birey içsel durumunu anlamak için dışsal ipuçlarına güvenir ve yine aynı şekilde bir dış gözlemci gibi kendi davranışlarını gözlemler (Bem ve McConnell, 1970). Birey kendi davranışlarını dışardan bir gözlemci gibi izleyerek, kendi tutumları hakkında bilgi sahibi olmaya çalışmaktadır (Sakallı, 2001).

Kwan, Kenny, John, Bond ve Robins (2004) benliği güçlendirmeye yönelik ortaya koydukları yaklaşımlarının temelinde, kendilik algısının kişilerarası bir fenomen olduğu yatmaktadır. Kendilik algısı, kişilerarası algı gerçeğinden ayrı tutularak çalışılmaz. Birey her zaman hem bir sosyal algılayıcı hem de sosyal algının bir hedefi gibi davranır. İnsanların kendilerini nasıl algıladıkları ile diğerleri tarafından nasıl algılandıkları iç içe geçmiş durumlardır ve karşılıklı olarak birbirlerini etkilerler.

Pek çok teorist kendilik, dünya ve gelecekle ilgili doğru algıların zihinsel sağlık için gerekli olduğunu öne sürmektedir. Benliği güçlendirme ihtiyaçlarını tatmin etmeye yönelik olarak bireyler, hatalı bir şekilde olumlu kendilik algısına sahiptirler. Taylor ve Brown (1988), bu abartılmış olumlu kendilik algılarını olumlu çarpıtmalar

olarak nitelendirirler ve üç türü olduğunu öne sürerler. Bir türü; insanlar kendilerini gerçekte olduklarından daha olumlu olarak gördüklerinde ortaya çıkar. İkincisi, insanlar olaylar üzerinde gerçekte olduğundan daha fazla kontrol sağladıklarına inandıklarında ortaya çıkar. Üçüncü tür ise; insanlar gelecekle ilgili gerçekçi olmayan bir şekilde iyimser olduklarında ortaya çıkar (akt.,Bromgard, Trafimov & Bromgard, 2006).

Kohut'un ciddi narsistik bozukluklar gösteren hastaların psikanalitik tedavisi sırasında edindiği izlenimler sonucu geliştirdiği kendilik psikolojisi, insanın kendine verdiği değeri ve bütünlüğünü koruyabilmesinde diğer insanlarla olan ilişkisinin önemini vurgular. Bu yaklaşıma göre, tedaviye gelen kişi, kendini iyi hissedebilmek için diğer insanlardan gelecek olumlu tepkilere aşırı bir ihtiyaç duyar (Geçtan, 2000). Robbins ve Dupont (1992) uyumsuz kişilerarası tepkilerin türü ne olursa olsun, bunların hassas bir kendiliğin sonucu olduğunu ileri sürmektedirler. Kötü kişilerarası tepkilerin bozuk kişilerarası ilişkilerle sonuçlanması ve beraberinde kırılan kendilik hissinin cesaretlendirmek için aynı hatalı kişilerarası stratejilerin pekiştirilmesiyle bir kısır döngü oluşur. Bu doğrultuda; Mead (1934) de bireyin önemli diğerleriyle olan kişilerarası süreçlerinin kendilik algısını ve kendisiyle ilgili değerlendirmelerini etkilediğini ileri sürmektedir. Kişilerarası süreçler, kişinin kendi içindeki (intrapersonal) süreçlerden önce gelmektedir ve onları belirlemektedir (akt.,Malloy, Albright, Kenny, Agatstein, Winqvist, 1997).

Gelişimin ilk aşamalarından itibaren; her insan, kendilik algısı ve dış dünya algısı gibi iki ayrı, ancak eş zamanlı boyutu ayırıştırarak bütünleştirmeye

çalışmaktadır. Bu durumda dış dünyayla ilgili herhangi bir bilgi, her zaman ve kaçınılmaz bir şekilde kendilikle ilgili bilgiyle uyum içinde olmalıdır. Kişinin kendilik bilgisi daima gerçeklik kavramıyla ilişkilidir. Bilginin ilişkilendirilmesi birimsel bir süreçtir ve dünya ile kendilik arasında dinamik bir etkileşimle gerçekleşmektedir (Guidano & Liotti, 1986).

Kendilik algısının gelişiminde çocukluk çağı yaşantılarının önemli bir yeri vardır. Hopkins ve Klein (1993), kendilik algısının ortaya çıkmasında ebeveynin önemli bir rolü olduğuna dikkat çekmişler ve kendilik algısının anne-baba bakımıyla ilişkisini inceledikleri çalışmalarında; kendilik algısını genel olarak, yetenekler ve sosyal ilişkiler boyutlarına ayırarak ele almışlardır. Kızlar, yakın ilişkiler ve mizahla ilgili kendilik algısının gelişiminde annenin verdiği bakımı daha önemli görürken; erkekler görünüm, ahlak ve yaratıcılıkla ilgili kendilik algısının gelişiminde babanın verdiği bakımı daha önemli görmektedirler. Genel olarak araştırma sonucu; hem kızların hem de erkeklerin annelerini babalarından daha fazla bakım veren kişi olarak gördüklerini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Singer ve Weinstein (2000) çocuklarına farklı şekilde muamele eden ebeveynlerin, ileri ergenlerde kendilik algısı ve başarıyı yordadığını öne sürmüşlerdir. Anne ve babalar çocuklarına ne kadar çok farklı davranırlarsa, kendilik algıları o kadar çok olumsuz olmakta ve başarıları o kadar düşmektedir. Yine; Yılmaz'ın eşler arasındaki uyum, anne-baba tutumu ve kendilik algısı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada; eşler arasındaki uyum yüksek ve ebeveyn-çocuk etkileşimi olumlu ise çocukların kendilerine ilişkin algılarının da yüksek olduğunu ve kendilerini çeşitli alanlarda daha olumlu değerlendirdiklerini ileri sürmüştür (Yılmaz, 2001).

Bağlanma stilleriyle kendilik arasındaki ilişkiye bakıldığında, farklı bağlanma stillerinin yakın ilişkilerde kendilik algısını etkilediği görülmüştür. Broemer ve Blümle'in (2003) çalışmalarında; yakın ilişkilerde kendilik algısındaki değişimlerin, ya bağlanma stillerindeki bireysel farklılıkların ya da geçici olarak harekete geçen bağlanma yaşantılarının ve bunların bir eş olarak bireyin kendi davranışları üzerindeki belirgin etkisinin sonucu olduğu gözlenmiştir. Güvenli bağlanmış bireylerin, güvensiz bağlananlara göre kendilik yapılarının daha dengeli olduğu başka bir deyişle, benliğin hem olumlu hem de olumsuz yönlerinin daha kolay harekete geçtiği; bunun yanında kaçınan bağlananların ise ilişkinin gereklerini inkar etme ve ilişkiyle ilgili olumsuz anıları gizleme eğiliminde oldukları ileri sürülmüştür.

Kendilik ve kendilik algısını etkileyen önemli bir faktör de kültürdür. Kağıtçıbaşı'na (1999) göre; kültürlerarası psikoloji çalışmalarında esas olarak iki tür kendilikten (benlikten) söz edilmektedir. Birçok batı kültüründe yaygın olarak ayrışık, başkalarından ayrılmış bir varlık olarak bireyci benlik ve batı dışındaki toplulukçu kültürlerde görülen başkalarıyla iç içe girmiş, sosyal bağlamdan koparılamayan, ilişkili bir benlik dikkati çekmektedir. Kişisel yeteneklerin, zekanın, kişilik özelliklerinin, bireysel amaç ve tercihlerin dikkate alındığı bireyci kültürlerde bu özelliklere sahip olmayan insanların o kültürle barışık yaşaması zordur. Bireyci kültürlerde benlik, başkalarından açıkça ayrılmıştır. Benlikle diğer kişilerin benlikleri arasında bir örtüşme yoktur. İlişkili benlik yapısında ise; sınırlar katı çizgilerle başka benliklerden ayrılmaz, başka benliklerle örtüşme görülür. Duygu, düşünce ve davranışları öncelikle etkileyen bireyin kişisel özellikleri değil, kişilerarası ilişkileridir. Farklı benlik yapıları, farklı benlik algısına yol açtıkları gibi;

başkalarının algılanmasında da farklılıklar ortaya çıkarmaktadırlar. İlişkili benlik yapısı, başkalarını da kişilerarası ilişkiler çerçevesinde ve daha somut olarak algılamayı beraberinde getirmiştir.

Kendilik yapısının; duyguların yaşanması, ifade edilmesi ve düzenlenmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülür (Kim & Zane, 2004). Markus ve Kitayama'ya (1991) göre öfke, gurur ve hayal kırıklığı gibi bireyin içsel atıflarına dayanan ego odaklı duygular, bağımsız kendilik yapısına sahip kişiler tarafından daha sık yaşanır ve ifade edilir (akt. Kim & Zane, 2004).

1.4. Öfke

Öfke, günlük hayatın kaçınılmaz bir parçasıdır ve insanlar bu duygularını farklı yollarla ifade ederler ve yönetirler (Tangney, Hill-Barlow, Wagner, Marschall, Borenstein, Sanftner, Mohr ve Gramzow, 1996). Öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal ve evrensel bir duygusal tepkidir. Öte yandan, belki de en zarar verici olabilen duygusal yaşantı olarak da tanımlanabilir (Soykan, 2003). Benzer şekilde; Hankins ve Hankins (1988) de; öfkeyi belirli bir saldırı, eleştiri ya da engel karşısında kişinin yaşadığı içsel ve evrensel bir duygu olarak tanımlamışlardır (akt., Batıgün; 2004).

Öfke, Martin ve Watson' a göre; kişilerarası ilişkilerde sorunlara, boşanmaya, çalışma yaşamında üretkenliğin, işlevselliğin bozulmasına, fiziksel ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlara neden olabilmektedir (akt., Soykan, 2003).

Kimi zaman öfke ve saldırganlık kavramları birbirine karışabilmektedir. Öfke, yoğunluğunda ve süreğenliğinde çeşitlilik gösteren içsel duygusal bir yaşantıyken; saldırganlık, kişiye, nesneye ya da sosyal sisteme zarar verebilen davranışlardır. Öfke ve saldırganlığın birlikte gittiği durumlar da söz konusu olabilmektedir (Dobson ve Craig, 1998).

Hem dışsal hem de içsel faktörler öfkenin ortaya çıkmasını tetikleyebilmektedir. Dobson ve Craig'e (1998) göre; bir arkadaşınız, çocuğunuz, trafiğin sıkışıklığı ya da daha önceden başınızdan geçen ve sizi öfkeliendiren bazı olaylarla ilgili anılarınız, kişisel sorunlarınızla ilgili endişeleriniz öfkenin ortaya çıkmasında tetikleyici rol oynayan faktörler olarak görülebilmektedir.

Öfkenin ifade edilmesinde; genel olarak üç yoldan söz edilmektedir. Öfke duygularının saldırganlıkla değil de, duygu ve düşünceleri yansıtacak şekilde ifade edilmesi en sağlıklı yoldur. İkinci yol; öfkenin bastırılıp daha sonra dönüştürülmesi ya da başka yöne yönlendirilmesidir. Bu yöntemin amacı bireyin öfkesini bastırıp, daha yapıcı davranışlara dönüştürmesi olmakla birlikte, öfke duygularına sürekli bu şekilde yaklaşmak çok sağlıklı olmayabilir. Bu durumda, öfke eğer açık bir biçimde ifade edilemezse, bir süre sonra bu duygu kişinin kendine döner ve psikosomatik rahatsızlıklara ya da depresyon gibi sorunlara yol açabilir (Şahin, 1997). Ayrıca Biaggio'ya (1980) göre, bilişsel yeterliliği engellemek de, kişilerarası ilişkilerde tehlikeye neden olabilmektedir. Madlow'a (1972) göre, başkalarından uzak durma, onlarla işbirliğini reddetme, bağımlılık davranışları, aşırı alttan alma, çekingen davranma, ağlama, stres altında olma duygusunun varlığı gibi belirtiler de öfkenin

dolaylı olarak ifade edilmesini gösteren işaretlerdir (akt., Soykan, 2003). Öfkenin ifade edilmesinde üçüncü yol ise, sadece dışsal davranışların değil, nefes alıp verme, kalp hızı gibi içsel tepkilerin de kontrol altına alınarak, sakinleşmenin sağlanmasıdır (Şahin, 1997).

Öfkenin yapıcı bir şekilde ifade edilmesi sırasında öfkeli birey, diğer kişiyle olumlu bir ilişki kurmakta ve yürütmektedir. Birey kendi duygularına ilişkin doğrudan ve gerçek bir ifade kullanmaktadır ve kendini kontrol etmektedir. Öfkenin yıkıcı bir şekilde ifade edilmesinde ise, öfkeli birey ne pahasına olursa olsun kazanmak istemektedir ve fiziksel ya da sözel saldırıda bulunur. Ayrıca kendine zarar verici davranışlar içerisine de girebilmektedir. Birey öfkelenildiği kişiye karşı, öfkesini defarlarca ifade etmezse, çeşitli psikosomatik belirtiler geliştirmeye meyilli hale gelmektedir (Holt, 1970).

Biaggio (1980), öfke ve kişisel özellikler arasındaki ilişkileri incelediği araştırmasında; fazla öfke tepkisi gösteren bireylerin; sosyalizasyon, kişisel kontrol, tolerans, esneklik ve sorumluluk alanlarında daha düşük değerler gösterdiklerini belirtmiştir. Günlük hayatta öfke yaratan olaylar, diğerleriyle olan kişilerarası ilişkiler etrafında toplanmaktadır. Duygular kişilerarası etkileşimlerden ayrı olarak var olabilse de, genellikle kişilerarası ilişkiler bağlamında oluşan geçmiş, şimdiki ve hayali etkileşimlerin bir sonucudurlar. Başka bir deyişle, kişilerarası ilişkiler pek çok duyguyu ortaya çıkaran birincil faktördür (Wiseman, Metzl, Barber, 2006). İnsanlar genellikle diğerleri üzerinde etki bırakan öfke tepkisinin farkındadırlar. Duyguların ifade edilmesinde sosyal bağlamın rolünü araştıran Evers, Fischer, Mosquera,

Manstead (2005), pek çok kişilerarası sonucunun olması nedeniyle öfke üzerinde sosyal değerlendirmenin (appraisal) rolünün özellikle açık olabileceğini ileri sürmektedirler. Kadınlar ve erkekler farklı tepki verseler de, öfke durumlarında diğerlerinin tepkilerine duyarlıdırlar. Kadınlar, sosyal bağlamda öfkelenedikleri kişiye karşı, erkeklere göre daha fazla öfkelerini bastırma eğilimindedirler ve daha olumsuz sosyal değerlendirmelerde bulunurlar.

Araştırmalar, belli bir düzeydeki öfkenin olumlu işlev gördüğünü öne sürmektedir. Öfke, bireyin kendisini tehlike karşısında koruması için harekete geçirir ve bireye enerji sağlar. Öfkenin yapıcı bir şekilde ifade edilmesi, kişilerarası ilişkilerde güven, yakınlık ve empatinin gelişmesini sağlar ve kişisel kontrol hissi vererek iletişim için temel oluşturur (Biaggio, 1980; Tangney ve ark., 1996).

1. 4. 1. Öfkeye Yönelik Kuramsal Bakış Açıları

Öfkeyle ilgili araştırmalar, kaygı ve depresyon gibi diğer duygusal problemlerle ilgili araştırmaların arkasından gelmesine rağmen, uygulamalı psikolojide öfke daha fazla ilgi görmeye başlamıştır. Spielberger, Krasner ve Solomon (1988) durumluk-sürekli kişilik kuramını öfkeye uyarlamışlardır. Durumluk öfke; öznel duygular ve fizyolojik faaliyetten oluşan geçici bir duygusal-fizyolojik duruma işaret eder. Durumluk öfke, fizyolojik uyarılda çok az ya da hiç değişim ile göze çarpan sempatik uyarılma, yüz ve iskelet kaslarında artan gerilim ve adrenal hormonların salınması arasında değişiklik gösterir. Bu nedenle durumluk öfke; yoğunluğu değişen ve kısa aralıklarla inip çıkan ani bir duruma tepki olarak

beliren duygusal-fizyolojik bir durumdur. Diğer taraftan sürekli öfke ise; öfke eğilimli sabit bir kişilik boyutu ya da durumluk öfke yaşama eğilimidir. Dolayısıyla, fazla sürekli öfke gösteren bireyler, daha sık ve daha yoğun durumluk öfke yaşamaktadırlar (akt., Deffenbacher ve ark., 1996).

Deffenbacher ve ark. (1996) sürekli öfke gösteren bireylerin daha kolay öfkelenediklerini, daha yoğun ve güçlü öfke tepkisi verdiklerini, öfkeyle baş etmede daha az iyi olduklarını belirtmişlerdir. Bu bireyler kendilerini ifade ederken daha az olumlu ve daha az yapıcı yollar kullanmaktadırlar.

Bağlanma kuramı, öfke ve bağlanma tarzı arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Bağlanma kuramı, insanlar ile kişilerarası davranış, duygusal uyum ve ilişkiler içinde beklenti oluşumu üzerinde etkileri olan duygusal bağlar arasındaki ilişkiye vurgu yapmaktadır. Özellikle güvensiz bağlanan çocuklar, güvenli bağlananlara göre ev ortamında annelerine/bakım verenlere daha fazla öfke göstermektedirler. Kaçınan bağlanmada, birey bağlanma sisteminin aktivasyonunu baskılama eğilimindedir. Kaçınan bireyler tehlike ya da sıkıntı anında, bu sıkıntılarıyla baş edemezlerse öfkelenirler. Öfkelerini doğrudan ve güçlü bir şekilde ifade ederler (Bowlby, 1973). Kaçınan yetişkinlerin bağlanma sistemlerini harekete geçiren durumlar, öfke ve engellenme duygusu ortaya çıkarır ve bunların bir kısmı romantik eşe yönlendirilmiş olabilir (Rholes, Simpson & Orina, 1999).

Kaygılı bağlanmada ise, genelde birey, herhangi bir engel karşısında bakım verenin desteğine güvendiği için öfkelenmez. Ancak, bakım veren yeterli desteği

sağlamadığı zaman ya da psikolojik olarak ulaşamaz olduğunda kaygılı birey öfkelenir. Ancak bakım vereni kaybetmekten korktuğu için öfkesini açık bir şekilde ifade etmek istemez (Bowlby, 1973).

Davranışçı yaklaşımlar, öfkenin çevresel uyaranlara verilen öğrenilmiş bir tepki olduğunu belirtmektedirler. Buna göre; öfke yaratan engelleyici nesne ve durumlar yeterince tekrarlanırsa, birey engele karşı öfke içeren bir koşullanmış tepki kazanmaktadır (Morgan, 2000).

Sosyal öğrenme kuramı açısından bakıldığında; bizler her zaman kendi kendimizi pekiştirerek değil, başka insanların davranışlarını ve bu davranışların sonuçlarını gözlemleyerek dolaylı pekiştirmeler aracılığıyla da öğreniriz (Schultz & Schultz, 2002). Bu doğrultuda; bireyin içinde bulunduğu kültür ve çevresel faktörler öfke ifadesinin ve davranışının oluşmasına önemli katkılarda bulunmaktadır. Thomas'a (2003) göre tüm kültürlerde çocuklar duygusal ifadeleri, etkili rol modelleri gözleyerek öğrenmektedir. Bandura, insanların korku, öfke, öfori gibi duygusal uyarılma yaşadıklarında bu durumun, belirli somatik ipuçlarına değil, bir dizi dışsal tanımlayıcı etkilere dayandığını ileri sürmektedir. Diğer duygularda olduğu gibi öfke de; geçmiş olayları hatırlatan belirli durumların olmaması halinde de ortaya çıkabilir (akt., Rubin, 1986). Geleneksel cinsiyet rolü erkeklerin üzüntü ve incinebilirlik duygularını bastırırken, öfkelendiklerinde saldırgan davranışlar sergilemeleri için cesaretlendirmektedir (Thomas, 2003).

Bilişsel kuramcılar; duyguların bireyin düşüncelerini, yargılarını ve kararlarını etkilemesi üzerinde durmaktadırlar. Olumlu duygular daha iyimser ve olumlu bir bakış açısı sağlarken, olumsuz duygular daha kötümser bir bakış açısına neden olmaktadır. Olumsuz duygular bireyin dikkatini sınırlandırarak bilişsel süreçlerini yönlendirir. Öfkeli birey, başına gelen talihsizlikten diğerlerini sorumlu olarak algılama eğilimindedir (Keltner, Ellsworth, Edwards, 1993). Birey öfkелendiğinde sıklıkla düşünceleri gerçeği yansıtmaz, olayların abartılmış ve çarpıtılmış bir şekilde algılandığını yansıtmaktadır (Şahin, 1997).

Fiziksel ya da psikolojik iyi olma halimizi tehdit eden dışsal bir olay algıladığımızda; içsel süreçlerin döngüsü başlatılır. Algımız oluştuğunda, tehdidin olası tehlikesi hakkında tahminler yapılır. Eğer tehdidin çok büyük olmadığı ya da ona başarıyla karşı koyacak yeterli güce sahip olduğumuz sonucuna varırsak, sakin bir tepki oluşabilir. Ancak tehdidin tehlikeli olduğu ya da onunla başa çıkamayacak kadar güçsüz olduğumuz sonucuna varırsak, öfke, kişi tehdidini ortadan kaldırmak ya da azaltmak için büyük bir güçle ortaya çıkar (Jones & Banet, 1976; akt. Willhite & Eckstein, 2003).

Sosyal ilişkiler bağlamında, bireyin yaptığı nedensel değerlendirmelere işaret eden yükleme tarzlarına bakıldığında; birey olumsuz olayları dışsal, kasıtlı ve kontrol edilebilir nedenlere yüklediğinde, daha fazla öfke yaşama ve bunu ifade etme eğilimindedir; ayrıca düşmanca yükleme tarzı sergilemektedir (Aquino, Douglas, Martinko, 2004). Öfke, kişilerarası iletişimi etkileyen sosyal bir duygu olarak ortaya çıkmaktadır (Mayne & Ambrose, 1999). İnsanlar öfkeyi, kişilerarası ilişkilerini

herhangi başka bir duygudan daha fazla olumsuz bir şekilde etkiliyor olarak algılamaktadırlar (Digiuseppe & Tafrate, 2001).

Pek çok araştırmacı öfkenin genel bir yaşantı olduğunu belirtir ancak öfke yaşantısı ve ifadesi kişinin kültürel mirasından ve dünya görüşünden etkilenebilmektedir. Kişinin ırk, kültür ve etnik artalanının etkisine dayanan sosyal çevre algısı ve yaşam deneyimlerindeki farklılıklarını da dikkate almak gerekmektedir. Çünkü etnik artalan kişinin değerlerini ve algılarını şekillendirir ve bunun kişinin öfke yaşantısını ve ifadesini de etkileyeceğini varsaymak uygun olacaktır (Sharkin, 1996). Ancak buna ek olarak, öfkeye eşlik eden fizyolojik uyarılma örüntüsü (artan kalp hızı ve kan basıncı gibi) kültürler arasında aynıdır (Mayne & Ambrose, 1999).

Son yıllarda öfke duygusunun araştırılmasının psikolojik araştırmalar açısından özellikle de psikopatoloji, psikoterapi, psikosomatik ve sağlık psikolojisi alanlarında önemi artmıştır. Franz Alexander, öfke algısının psikosomatik belirtilerle ilişkili olduğunu varsaymıştır (Gollwitzer, Eid ve Jürgensen, 2005). Psikoanalitik kuramcılar, insanları öfkelerini açıkça ifade etmeleri için cesaretlendirmelerinin en önemli sebebi, bastırmanın enerjiyi fizyolojik patolojilere dönüştürdüğüne inanmalarıdır. Freud öfke tepkilerinin bastırıldığında temsilleriyle yer değiştirdiğini ileri sürmektedir. Benzer şekilde Ellis de öfke ifadesi ile hastalık arasındaki ilişkiye vurgu yapmakta ve hem bastırılan hem de dışa vurulan öfkenin yüksek kan basıncı, kalp sorunları, ülser ve diğer çeşitli fiziksel durumları da içeren psikosomatik tepkilerle sonuçlanabileceğini belirtmektedir (akt., Rubin, 1986).

Suinn'e (2001) göre öfke ve kaygı insanların hastalığa olan hassasiyetini artırmaktadır. Öfke ve stres, bağışıklık sistemine zarar verdiğinden sağlık için risklidir. Yine kolesterol, kardiyovasküler bozukluk, otonom sinir sistemi, endokrin sistem üzerinde etkileri vardır. Aynı zamanda, öfkenin düşük sosyal destek ve yüksek kişilerarası çatışmayı içerdiğini ve bunların da yine sağlığı etkilediği belirtilmiştir.

1.5. Psikosomatik Bozukluklar

“Psiko” ruh ve “soma” beden anlamına gelen iki Yunanca kelimenin birleştirilmesiyle oluşmuş psikosomatik deyiimi, bedenle ruh arasındaki karşılıklı iletişim ve etkileşime işaret eden bir kavramdır. Psikosomatik hastalıklar ise; psikolojik ve bedensel bulguların birbirini tamamlayıp bütünleştikleri, etiyolojisinde psikososyal streslerle ruhsal çatışmaların önemli oranda rol oynadığı bazı bedensel hastalıklardır (Çevik, 2000).

“Psikosomatik hastalıklar” terimi yerine “Psikofizyolojik Bozukluklar” teriminin kullanılmasının daha uygun olduğunu öne süren Davison ve Neale (2004); psikofizyolojik bozuklukları, duygusal faktörlerle oluşan ya da daha kötüye giden gerçek fiziksel belirtiler olarak tanımlamaktadırlar.

Hipokondriasis, konversiyon ve somatizasyon bozukluğu psikosomatik bozukluklarla karıştırılmamalıdır. Bu bozuklukların aksine, psikosomatik bozukluklar bedende hasarların olduğu gerçek hastalıklardır. Duygusal faktörlere

bağlı olduğu düşünölen psikosomatik hastalıklarda, hastalık durumu hayali değildir (Davison ve Neale, 2004).

Tarih öncesinden beri ilkel toplumlarda ruh ve beden arasında bir ilişkinin varlığı bilinmekte ve hastalıkların kötü ruhlar tarafından meydana getirildiğı düşünölmekteydi. M.Ö. 2500-500 yılları arasında Asur ve Babil uygarlıkları döneminde tıp, dinin egemenliğine girmiş ve insan, her yönüyle psikosomatik bir anlayış içinde düşünölmüştür (Çevik, 2000). Psikosomatik hastalıklar kavramının gelişim sürecine tarihsel açıdan bakıldığında; Antik Yunan kültüründe ilk defa Platon'un somato'yu etkileyen psişe'den söz ettiğı görölür, ancak çağdaş psikosomatik bütönlükten farklıdır. Socrates; "Ne başsız bir gözü, ne de bedensiz bir başı tedavi etmek uygundur" diyerek psikosomatik tümcü anlayışı ortaya koymuştur (Velioğlu, 1991). Kaplan ve Sadock'a (1985) göre, ruhsal yapı ile bedeni birlikte alıp inceleyen "psikosomatik tıp" kavramı ilk defa 1818'de Alman psikiyatrist Heinroth tarafından uyku bozukluğu (insomnia) için kullanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 1977) psikosomatik deyimini özel bir şekilde stresle bağlantılı olan fiziksel bir koşul ve bazı bireylerde hastalığa karşı genel bir psikofizyolojik eğilim olduğunu göstermek için kullanmıştır (akt., Tuğcu, 1987).

Psikosomatik bozuklukların tümü için yaygınlık oranını toplamak olanak dışıdır. Fakat bunların her toplumda çok yaygın, bilinen hastalıklar olduğu da gerçektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve her türlü hastanede bu tür hastalıklar en sık görölen bozukluklardır (Öztürk, 2002). Psikosomatik bozuklukların çoğunun kadınlarda erkeklerden daha sık ortaya çıktığı görölmüştür (Tamada, 2005).

Psikosomatik bozukluklar DSM II’de “psikofizyolojik” bozukluklar başlığı altında; DSM III’de ise, “Fiziksel durumları etkileyen psikolojik faktörler (FDEPF)” şeklinde yer almıştır. DSM IV’te psikosomatik bozukluklar terimine yer verilmemiştir (Tüzer, 1997).

1. 5. 1. Zihin ve Beden İlişkisi

Zihnimizin fiziksel sağlığını, fiziksel sağlığımızın da zihnimizi etkilediği görüşüne açıklık getirmede üç temel yoldan söz edilmektedir. İlk olarak; zihin klinik anlamda hasta olmasak da bizi hasta olduğumuza inandırabilmektedir. Psikolojik ya da duygusal durum, beden belirtilerinin algısını etkileyebilir. Ancak zihin, fiziksel iyi oluşu algılamayı etkilemenin ötesinde, gerçekten fiziksel sağlığı etkileyebilmektedir. Bunun dışında; zihnimizin fiziksel sağlığımız üzerindeki etkisi davranışlarımız aracılığıyla olabilmektedir. Psikolojik ya da duygusal faktörler, hastalık ya da ölüm riskini artıracak şekilde sigara içme gibi sağlıksız davranışlarda bulunmamıza sebep olabilmektedir. Ayrıca zihin, bedenin biyolojik savunma mekanizmasını etkileyerek, hastalığa hassasiyeti artırabilmektedir (Martin, 1999).

Duygusal yaşantımızın rahat ve engelsiz bir şekilde olmasının psikolojik sağlığımız için olduğu kadar fizyolojik sağlığımız için de hayati önem taşıdığıyla ilgili çalışmalar giderek artmaktadır. Araştırmalar üzücü yaşam olayları nedeniyle bastırılan duyguların strese ve bağışıklık sisteminde zayıflamaya sebep olduğunu gösterirken; bu duyguların rahat bir şekilde ifade edilmesinin ise fiziksel aktivitenin yavaşlamasını ve bağışıklığın güçlenmesini sağladığını göstermektedir (Selva, 2006).

Kaygı, düşmanlık, öfke, depresyon gibi olumsuz duygular hastalık ve ölümle ilişkilidir. Bu tür duygular bazı hastalık süreçlerine katkıda bulunabilmektedirler. Örneğin; kronik öfke ve düşmanlığın kalp damar sistemi üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Olumsuz duyguların sağlığı etkilemesi çeşitli yollarla olabilmektedir. Sağlık davranışları ya da perhize uyma gibi dolaylı yollardan olabileceği gibi; merkezi sinir sisteminin, bağışıklık sisteminin, endokrin sistemin ya da kalp damar sisteminin işleyişindeki değişimler aracılığıyla da olabilmektedir. Hastalıkla olumsuz duygular arasındaki ilişkide yaşın etkisine baktığımızda psikolojik, sosyal ve biyolojik değişmelere bağlı olarak bireysel ayrılıklar göstermekle birlikte; yaşlı bireylerin olumsuz duygulara daha hassas oldukları ancak bununla birlikte duygusal tepkilerin yoğunluğunun yaşla birlikte azalabileceği söylenebilir (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, Glaser, 2002).

“Davranışsal tıp” ve “sağlık psikolojisi” gibi alanlar 1970’lerden bu yana psikolojik faktörlerin sağlık ve hastalıktaki yaygın rolünü incelemektedirler (Davison & Neale, 1998). 1970 ve 1980’lerde ortaya çıkan “biyopsikososyal yaklaşım” fiziksel bozuklukların fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin dinamik bir etkileşimi olduğunu ileri sürmektedirler (Gatchel, 2004). Biyopsikososyal bakış açısına göre; zihin beynin bir aktivitesidir ve beynin bu aktivitesi hastalığa, yaşlanmaya, ölüme karşı ve sağlık ve iyi oluş için bedenin ilk savunmasıdır. Nörotransmitterler, hormonlar ve sitokinler; sinir sistemi, endokrin sistem ve hormon sistemi arasında bilgi taşıyan mesajcılar olarak görev yaparlar. Bu yapılar iki temel içerir; düşünce süreçleri beynin işlevidir ve bizler zihnimizi (düşüncelerimizi)

değiştirdiğimizde, beynimizi ve dolayısıyla bedenimizi değiştirmiş olmaktadır (Ray, 2004).

1. 5. 2. Psikosomatik Bozukluklara Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar

1. 5. 2. 1. Psikanalitik Yaklaşımlar

Psikanalitik yaklaşıma göre; psikosomatik hastalıklar, çatışmaların kişinin içinde düşünsel ve duygusal düzeyde yeterince işlenip çözülemediği durumlarda ortaya çıkar. Bedensel belirtiler kişinin erken çocukluk yıllarındaki gelişimi sırasında duyguların algı ve anlatımının bedensel düzeyden ruhsal düzeye geçmesindeki yetersizliğin işaretidir (İlal, 1998).

19. yüzyılın sonlarına doğru Charcot, Bernheim, Breuer ve Freud gibi hekimlerin çalışmaları ile birçok psikiyatrik bozukluğun o zaman sanıldığı gibi beyinde bir yozlaşmayla değil, bilinçli ya da bilinçdışı duygular ve heyecanlarla ilgili olabileceği ileri sürülmüştür. 20. yüzyılın başlarında kaygının psikanalitik açıdan tanımlanması ve konversiyon düzeneği ile organlarda işlev bozukluğu olabileceği görüşü psikiyatride yeni bir dönem açmıştır (Öztürk, 2002). Bu dönemde Freud'a göre konversiyon histerisi bilinçaltı çatışmaların sembolik bölünmelerinin bir ifadesidir ve istemli sinir kasları veya duyumsal-motor sinir sistemi tarafından yönlendirilen iç organlarımızı kapsamaktadır (Tuğcu, 1987).

İlk sistematik psikanalitik çalışmayı Dunbar yapmıştır. Dunbar 1954'te yaptığı çalışmasında, kişilik profilleri ile bedensel hastalıklar arasında bağlantı kurmaya çalışmıştır (akt., Karaman, 1990). Freud'un psikosomatik belirtilerin ortaya çıkışında bastırılmış arzu ve dürtülerin rolü olduğu görüşünü reddetmiştir. Dunbar'a göre; psikosomatik hastalığın sebebi, kişiyi duygusal gerginlikten kurtaran otonom sistemin ileri derecede yüklenmesi ve endokrin sistemin aşırı çalışmasıdır (akt., Aslaner, 1989).

1. 5. 2. 2.Özgüllük Hipotezi ve Kişilik Özellikleri

Psikosomatik bozuklukları inceleyen en önemli araştırmacılarından biri Franz Alexander'dır (1950). Alexander, hastalığın ortaya çıkışında özgül etkenlerin sorumlu olduğunu belirterek 'özgüllük hipotezi'ni ortaya atmıştır. Bu hipoteze göre; özgül etkenler özgül olan hedef bir organa, sonuçta hastalık oluşturan özgül yollar aracılığıyla ulaşmaktadır. Ancak daha sonra yapılan çalışmalar özgüllük hipotezini desteklememektedir (Kerimoğlu, 1979; Nemiah, 1982; akt., Karaman, 1990).

Bazı araştırmacılar; özgüllük hipotezine dayanan tanımlamalar yapmışlardır: Kişilik özgüllüğü; her bir psikosomatik hastalık için özgül kişilik özelliklerinin olduğunu ileri sürmektedir. Psikosomatik hastalıkların etiyolojisinde, bireyi hastalığa yatkın yapan bir etken olarak, hastanın kişiliği gösterilse de, Ress'e (1983) göre, kişiliğin hastanın yaşam değişikliklerini tehdit edici olarak algılamasını da etkilediğini ileri sürmektedir. Yaşam olayları özgüllüğü kavramı da; psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışında belirli yaşam olaylarının olduğuna işaret eder. Ancak

Rees'in 1983'te yaptığı çalışmasına göre; bazı hastalarda hastalığın ortaya çıkışı ile yaşam durumları arasında ilişki bulunmuş olmakla birlikte, belirli bir psikosomatik hastalık için özgül bir yaşam olayını saptamak olanağı yoktur. Diğer bir kavram ise; organ özgüllüğüdür. Bu hipoteze göre; genetik ve yapısal bozukluklar veya çocuklukta geçirilmiş bazı hastalıklar, ilgili olduğu organda bir yatkınlık oluşturmaktadır. Daha sonra organizmaya etki edecek fizyolojik veya psikolojik etmenler bu organda kolaylıkla bozukluklar ortaya çıkarabilmektedir (akt., Tuğcu, 1987).

Bilinçdışı çatışma özgüllüğü hipotezinde Alexander'a (1961) göre, insan davranışları iki ana grupta toplanmaktadır. Birinci gruptakiler; stres karşısında kolaylıkla kavga veya kaçma eylemine geçebilmektedirler. İkinci gruptakiler ise, tehlike anında geri çekilmeyi ve başkalarına bağımlı olmayı tercih etmektedirler. Kavga ve kaçmaya yönelik davranışlar sempatik sistem; bağımlılık, desteklenme ve yardım isteme davranışları ise parasempatik sistem tarafından yönlendirilmektedir. Uyarılmış olan sempatik ya da parasempatik sistemin eski haline dönebilmesi için, o sistem ile ilgili belirli bir boşalmanın sağlanması gerekmektedir. Saldırganlık gibi duyguların uyardığı sempatik sistem, o sistem ile ilgili bir davranışla gerekli boşalmı sağlayamazsa, sempatik sistemin devamlı uyarılması söz konusu olmaktadır. Bu devamlı uyarılma durumları psikosomatik hastalıkların oluşmasında önemli bir etmen olarak görülmektedir. Sempatik sistemi uyarıldığı halde çatışmaya girmeyen kimselerde, psikosomatik hastalıkların ortaya çıkması beklenmektedir (akt., Tuğcu, 1987).

Psikosomatik hastalığı olan bireyler, kendi iç dünyaları ile ilinti kuramamış, duygusal yaşamlarına kapıları kapalı, kişilerarası ilişkilerinde genelde oldukça uyumlu, baş eğici ve sorun yaratmayan, soyut düşünce biçimini benimseyen kişiler olarak görülmektedir. İlk kez Alexander bu bireylerin, duygusal yönden cahil (emotional illiterate) olduklarını ifade etmiştir. İç görülerinin az olduğunu, psikoterapilere oldukça dirençli oldukları, hastalık bilincinin çok az geliştiği kabul edilir. Duygularını ve sorunlarını sözelleştireceklerine, bunların eş değeri olarak kabul edilen bedensel yakınmalarını dile getirirler. Bu hastaların duygularını sözelleştirememelerine aleksitimi denilmektedir (Çevik, 2000). Aleksitimi terimi ilk kez Sifneos (1970) tarafından kullanılmıştır ve psikoterapiden yarar sağlayamayan hastalarla yapılan bir dizi gözlemsel çalışma sonunda ortaya atılmıştır. Sifneos'a göre aleksitiminin dört boyutu bulunmaktadır: a) kendi duygularını ifade etmede belirgin bir yetersizlik b) hayal gücünden yoksunluk (bu bireyler olaylar ya da istekler hakkında düşünmek yerine harekete geçmeyi tercih ederler) c) olaylar ve (bedensel ya da duygusal) belirtiler arasındaki ilişkinin farkına varamama d) somut kişilerarası ilişkiler. Aleksitiminin psikosomatik bozukluğu olan hastalarda da yaygın olduğu belirtilmektedir (akt., Wright, 1991).

Siltanen ve arkadaşları 1975'te yaptıkları araştırmada koroner kalp hastası olan kişilerin saldırgan, kaygılı, yükselme hırslı olan kişiler olduklarını bulmuşlardır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, koroner kalp hastalığı ile stresli olaylar ve saldırgan kişilik özelliği arasında bir ilişki olduğunu gösteren bulgular elde edilmiştir. Cameron ve Rychlak (1985) ülserli hastaların pasif, uysal ve yumuşak görünümünün arkasında, öfke ve kin duygularının yattığını saptamıştır. Stokes,

Kulchar, Pillsburg (1935) kronik ürtikerli hastaların kişilik tipini yönlendirici, gerilimli ve rakabet i olarak tanımlarken; Musaph (1969), kolayca utanan, sıkılğan, yüzü kızaran, bir dereceye kadar pasif, bağımlı ve olgunlaşmamış, aynı zamanda teşhirciliğe eğilimli olarak tanımlamıştır. Bu kişilerin öfkelerini ifade etmede güçlük çektikleri saptanmıştır (akt., Tuğcu, 1987). Greenwald (1984) gastrointestinal hastaları ve cilt hastalarıyla yaptığı araştırmada; gastrointestinal hastaların daha tepkisel (responsive) tarzda olduğunu, cilt hastalarının ise daha duyarsız (nonresponsive) olduklarını belirtmektedir.

1. 5. 2. 3. Stres Kuramı

Son yıllarda psikosomatik hastalıkların ortaya çıkmasında stresin rolüne ilişkin araştırmalara ilgi artmıştır. Lipowski'ye (1977) göre; stres genel anlamda içeriden ve dışarıdan gelen uyaranların organizmanın dengesini (homeostasis) bozması, yeniden uyum sağlamaya yönelik işlevler yüklemesi anlamını taşımaktadır (akt., Karaman, 1990).

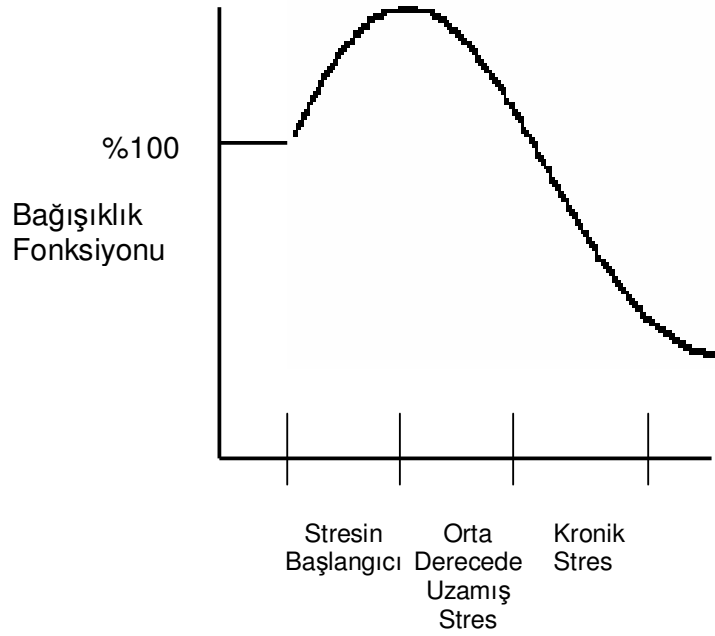
Stres ile hastalık ortaya çıkışı arasındaki ilişkiyi ilk kez Selye “Genel Adaptasyon (Uyum) Sendromu” olarak tanımlamıştır. Genel uyum sendromu, uzun süren strese karşı biyolojik tepkileri tanımlamaktadır. Modelde 3 dönem tanımlanmaktadır. “Alarm tepkisi” denen birinci dönem iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada organizma bir çok içindedir. Bu, homeostatik dengenin bozulduğu ve gerilimin yaşandığı aşamadır. Bu sırada organizma “savaş ya da kaç” tepkisi içine girerek, ikinci aşama olan “çok karşıtı” uyum süreçlerini başlatır. Aynı anda

organizmanın bütün alt sistemleri (endokrin, otonom sinir sistemi) ve onlara bağlı tüm organ ve kas sistemleri harekete geçer. Gelen uyaran, kişi tarafından stres faktörü olarak yorumlandığında, otonom sistemi aynı anda endokrin sistemini de uyarır ve bireyde canlılığını ve dengeyi sürdürmeye yönelik pek çok mekanizma harekete geçer (Şahin, 1998). Örneğin; daha iyi görebilmek için göz bebeği genişler, kalp daha fazla enerji için gerekli olan kanı ilgili yerlere ulaştırabilmek için daha hızlı çalışır, glikoz salgısı artarak tüm sistemin hızlanan faaliyeti için gerekli enerjiyi sağlamaya çalışır. “Direnç” denilen ikinci dönemde organizma eldeki başa çıkma mekanizmalarıyla strese uyum yapar. Eğer stres devam eder ya da organizma etkili bir şekilde tepki veremezse “tükenme” denen üçüncü dönem başlar. Organizma ölür ya da geriye dönemeyecek hasar meydana gelir (Davison & Neale, 1998).

Eğer zararlı uyaran ve bunun harekete geçirdiği bedensel savunmalar alarm döneminden öteye geçip direnç dönemine kadar ulaşacak olursa, organizmada değişik biçimlerde doku zedelenmeleri olacaktır. Başka bir deyişle, birey her stresli durumla, ortaya çıktığı anda başa çıkmaya çalışıp, daha sonra hemen stres öncesi düzeye dönebilirse bedeni ciddi bir zarar görmez. Ancak, bedensel işlevlerimiz, devam eden streslere tepki olarak aynen kısa süreli streslerde olduğu gibi bir artış gösterirler. Stres faktörü ortadan kalkmadıkça, fizyolojik tepkilerimiz de artarak sürer. Bu tepkiler bir şekilde azalsa bile, hiçbir zaman tam olarak stres öncesi düzeye dönemez. Beraberinde sürekli bir kaygı, hayal kırıklığı ve üzüntü getirmekle birlikte, uzamış, çözümlenememiş ve kronikleşmiş stres durumları pek çok hastalığın başlangıç ve devamında da önemli bir rol oynamaktadır (Şahin, 1998).

Stres yaşantısının ortaya çıkardığı fizyolojik değişimler; hem sinir sistemi hem de endokrin (hormon) sistemin işleyişi ile ilgilidir. Akut stres yaşantısı sırasında, hipotalamusun uyarılmasıyla sempatik sinir sistemi devreye girmektedir. Sempatik sinir sistemi de ya omurilikteki sinir yolları aracılığıyla doğrudan organlara etki eder ya da böbrek üstü bezleri (adrenal medulla) uyararak adrenalin ve noradrenalin salgılanmasına neden olur. Akut stres tepkisinin oluşumunda rol oynayan diğer bir sistem “hipotalamus-pituiter-adrenal korteks” (HPA) eksenidir. Fizyolojik stres tepkisini başlatmak için uyarılan hipotalamus, kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) aracılığıyla pituiteri (hipofiz) uyarır. Pituiterden salgılanan ACTH hormonu, stres yaşantısında önemli bir yeri olan kortizol hormonunun salgılanmasını artırır. Stres yaşantısının tetiklediği sinir sistemi ve endokrin sistem arasındaki ilişki daha pek çok yapı ve hormonu tetikleyerek, fizyolojik değişikliklere sebep olmaktadır. Akut stres tepkileri işlevsel olmakla birlikte, süresi ve sıklığı arttıkça, başka bir deyişle stres kronikleştikçe sağlığı tehdit edici hale gelmektedir (Sapolsky, 2000; Sternberg, 2001; Şahin, 1998).

Psikosomatik hastalıklarda, stres faktörü ve merkezi sinir sistemi arasındaki ilişkide bağışıklık sisteminin rolüne de önemli vurgu yapılmaktadır. Selye’ye (1970) göre strese karşı bedenin uyum sağlama ihtiyacının sürekli artması, bedenin direncinin azalmasına yol açmaktadır. Bu ise, sonuçta bedenin bağışıklık sisteminde parçalanmaya neden olmaktadır. Dolayısıyla böyle bir durum bazı psikosomatik bozuklukların görülmesine sebep olmaktadır (akt., Tuğcu, 1987).



şekil 1. 2. : Stres- bağıklık sistemi ilişkisi (Sapolsky, 2000).

Stres, bireysel özellikler gösterir. Bir uyarının stres tepkisi oluşturmasında, o uyarının birey tarafından tanınması, o birey için ne anlam taşıdığı, bilişsel olarak değerlendirilmesi ve buna eşlik eden duygular etkili olmaktadır. İçinde bulunduğu çevrenin uyuma elverişli olup olmadığı da bireyin değerlendirmesine bağlıdır (Velioğlu, 1991).

alışmalar; dūřüncelerimizin, duygularımızın ve inançlarımızın fiziksel sağlığımız üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Yeni sağlık görüşü; psikolojik, sosyal ve manevi faktörlerin (spiritual) biyolojik ve genetik faktörler kadar iyi oluşumuz üzerinde doğrudan etkileri olduğunu ileri sürmektedir (Selva, 2006).

1. 5. 3. Psikosomatik Bozukluklarda Sınıflama

Psikosomatik bozukluklar, belirti veren organların ait olduğu sisteme göre sınıflanır.

1-Deri ile ilgili hastalıklar: Ürtiker, egzema, psöriyazis, pelat.

2-Kas-iskelet sistemi ile ilgili olanlar: Eklem ağrıları, romatoid artrit, spazmodik tortikolis.

3-Solunum sistemi ile ilgili olanlar: Hiperventilasyon sendromu, bronşial astma, allerjik rinitis.

4-Dolaşım sistemi ile ilgili olanlar: Koroner damar hastalığı, migren, esansiyel hipertansiyon, vazopressör senkop.

5-Sindirim sistemi ile ilgili olanlar: Ülseroz kolit, mide ve düodenum ülseri, ülseroz kolit, kardiaspazm, dispepsi, spastik kolon.

6-Endokrin sistemle ilgili olanlar: Diabetes mellitus, tiroit bozuklukları.

7-Üretim-boşaltım sistemi ile ilgili olanlar: Aybaşı bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yalancı gebelik, enurezis, enkoprezis, kısırlık.

8-Özel duyu organları ve diğer sistemlerle ilgili olanlar: Atrofik rinit, saman nezlesi gibi allerjik türden reaksiyonlar, tik, kore.

Bu çalışmada, koroner arter hastalığı, mide hastalıkları, cilt hastalıkları ve diyabet ele alınacaktır.

1. 5. 3. 1. Koroner Arter Hastalığı

Kardiyovasküler hastalıklar psikososyal durumla oldukça ilişkilidir. Aynı belirtiler birincil olarak psikiyatrik ya da birincil olarak kardiyolojik durumların habercisi olabilir. Bu nedenle psikolojik durum ile kardiyak patofizyoloji arasındaki ilişkinin farkında olmak gereklidir. Koroner arter hastalığının ilk tanımlamalarından beri, A tipi davranış örüntüsü, öfke, depresyon, sosyal destek azlığı ve düşük sosyoekonomik düzey gibi bir takım etkenlerin hastalığın ortaya çıkışı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Yazıcı ve Yazıcı, 2003).

Kardiyovasküler sistem fonksiyonlarında duygu durumuna bağlı değişimler en sık karşılaşılan durumlardır. Korku, kaygı, öfke, heyecan ve sevinç durumlarında kalbin ritmi, hızı ve pompalama gücü ile hacminde değişiklikler görülür. Ayrıca kan basıncında da önemli değişimler olmaktadır. Bu duygusal durumlar bireyin çevresinden kaynaklandığı gibi bireyin kendi iç dünyasında belirgin kayıp ve kazançlar yaşadığında da kardiyovasküler sistemde değişime yol açar. Psikolojik tepkiler sadece kardiyovasküler işlev bozukluğu ve semptomlarını artırmakla kalmaz aynı zamanda uyumsuz baş etme stratejilerine de yol açarak diğer psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedir (Çevik, 1998).

Koroner damar hastalığı, kalbe kan akışının yavaşlamasına neden olarak epizodik göğüs ve kalp ağrısına, huzursuzluğa veya baskı hissine yol açar. Genellikle bir stres faktörü ile oluşur, dinlenme ve dilaltı nitrogliserinle düzelme olur (Çevik, 1998).

Koroner damar hastalığı da, diğer psikosomatik hastalıklar gibi çok faktörlü bir etiyoloji göstermektedir. Aşırı şişmanlık, hareketsizlik, yağlı yiyecek tüketimi ve sigara içmek gibi geleneksel risk faktörleri koroner kalp hastalığının etiyolojisini tam olarak açıklayamamaktadır. Koroner damar hastalığına hazırlayıcı etkenlere yönelik araştırmalar psikolojik faktörlere odaklanmıştır. Friedman (1969) ve Rosenman (1975) koroner bağlantılı davranışı A Tipi davranış örüntüsü olarak adlandırmıştır. A tipi kişilerin başarı ve ilerleme için yoğun ve rekabetçi güdüleridir ve abartılmış zaman baskısı duygusu ve acele etme gereksinimi görülür. Başkalarına karşı oldukça saldırgan ve düşmanca davranırlar. İşlerine aşırı düşkündürler, sıklıkla iki işi birden yapmaya kalkarlar ve bir işin iyi olması için o işi kendilerinin yapması gerektiğine inanırlar. Çabuk düşünüp, çabuk konuşurlar, dizlerini sallarlar (akt., Davison ve Neale, 2004).

B tipi davranış örüntüsü gösteren kişiler ise daha sakin ve bu tip baskıları hissetmezler. Batı Grup Çalışma Birliği'nin (Western Collaborative Group Study) yaptığı 8,5 yıllık izleme çalışmasında; A tipi olarak tanımlanmış bireyler B tipi olarak tanımlananlardan iki kat daha fazla koroner kalp hastalığına yakalanmıştır. Ayrıca koroner kalp hastalığı olan A tipi erkekler diğer kalp hastalığı olan hastalardan beş kat daha fazla ikinci bir kalp krizi geçirme olasılığına sahiptiler. Ancak bunun yanında; A tipi davranış örüntüsünün yordayıcı özelliğini desteklemeyen araştırmalar da vardır (Eaker ve ark., 1992; Orth-Gomer ve Uden, 1990; Shekelle ve ark., 1983; akt., Davison ve Neale, 2004).

Kalp damar hastalıklarında rolü olan sosyokültürel ve kişilerarası faktörler gözden geçirildiğinde, koroner arter hastalığı ile mesleki faktörler (örn. iş yükü, düşük kontrol, ilerleme olasılıklarının azlığı, iş yerinde düşük sosyal destek), yaşam stresi ve sosyal yalıtılma arasında pozitif bir bağlantı olduğu söylenebilir (Tüzer, 1997).

1. 5. 3. 2. Mide Hastalıkları

Sindirim sistemi ülseri bir stres hastalığı olarak kabul edilmektedir (Adam, 1991). Ülser, bir organ duvarındaki deliktir. Midede oluşan ülsere gastrik ülser denilmektedir. Ülserin oluşmasıyla ilgili pek çok fizyolojik açıklamanın yanında stresli yaşam olaylarının birikici etkisi de göze çarpmaktadır. Olası nedenlere ilişkin yapılan bir açıklama asit tepkisidir. Yediklerimizi sindirmemizde midemizin en büyük silahı; hidroklorik asittir. Çok güçlü ve yoğun bir asit olan hidroklorik asit, mideyi çevreleyen hücrelerden mide içine boşaltılır. Mide, bu asidin zararlı etkilerinden kendisini koruyacak özelliklere sahiptir. Mide duvarında pek çok tabaka oluşur ve bunlar aside karşı tampon görevini gören mukoza ile kaplanır. Ancak aylar süren stresli bir periyotta vücudumuz asit salgılamayı durdurmaktadır. Stres dönemlerinde asit salgılanmasındaki azalmaya bağlı olarak, vücudumuz mukoza ve bikarbonat salgılanmasını azaltarak; mide duvarındaki mukozal tabakayı inceltir. Ancak bu dönemin sonunda parasempatik sistem devreye girdiğinde, hidroklorik asit salgılanmaya başlar. O sırada kalın bir mukozal tabaka olmadığı ve bikarbonat baskılandığı için bakteriyel bir enfeksiyon tepkisi kaçınılmazdır ve ülser oluşur (Sapolsky, 2000).

Bunun yanında, ülser oluşumuyla ilgili diğer bir yol; stres tepkisi sırasında sindirim sistemine yönelik kan akışında aşırı miktarda azalma olmasıdır. Stres tepkisi sırasında sempatik sinir sistemi kanı, barsak ve mideden daha önemli bölgelere doğru çevirir. Bu nedenle mide, oksijen radikalleri denilen tehlikeli bileşenlerden koruyan yapıların üretimini durdurur. Ancak stres döneminin sonunda; oksijenle dolu kan akışı eski düzenine döner ve normal miktardaki oksijen radikalleri üretilir. Yine bu sırada yeterli miktarda koruyucu yapı olmadığı için; oksijen radikalleri mide duvarındaki hücreleri öldürmeye başlar ve böylece bakteriyel enfeksiyon oluşumu kaçınılmazdır. Aynı zamanda, kronik stres, bağışıklık sistemini baskılar ve daha az savunma bakterilerinin rahat bir şekilde üremesine sebep olur; böylece yine enfeksiyon ve ülser neden olur (Sapolsky, 2000).

Alexander ise; ülserin etiyolojisinde şiddetli bağımlılık gereksinimlerinin, sürekli engellenmesi sonucunda ortaya çıkan bilinç dışı çatışmaların rolüne işaret etmektedir. Bu bilinçdışı çatışmalar kronik regresif açlık ve öfkeye sebep olur. Bu tepki fizyolojik olarak sürekli vagal hiperaktivite ve sonuçta aşırı gastrik asit salgılamasına yol açar. Bu da genetik olarak yatkın kişilerde ülser neden olur (Çevik, 1998).

Daha önceki araştırmalar peptik ülserin erkeklerde daha sık görüldüğünü gösterse de; pek çok çalışma erkeklerde ve kadınlarda *helicobacter pylori* oranının benzer olduğunu göstermiştir (Rosernstock, Jorgenson, Bonnevie & Andersen, 2004).

Gastroözofegal reflü hastalığının da psikolojik stresle yakın ilişkisi olduğu ve beraberinde psikiyatrik bozuklukların oldukça sık görüldüğü belirtilmiştir (Eraslan, Öztürk, Bor ve Kayahan, 2005).

1. 5. 3. 3. Cilt Hastalıkları

Deri organı fiziksel olduğu kadar duygusal olarak da bireyin dış dünya ile sınırlarını belirler. İç ve dış dünya arasında önemli bir tampon görevi üstlenir. Bu nedenle gerek fiziksel gerekse duygusal uyaranlar karşısında görünür ilk tepkiyi deri vermektedir. Örneğin; korku durumunda deri rengi solarken, öfke durumunda kızarma meydana gelmektedir (Çevik, 1998).

Psikodermatolojik bozukluklar genel olarak üçe ayrılabilir. “Psikofizyolojik bozukluklar”; egzema ya da psöriasis gibi duygusal stresle daha kötü hale gelen cilt hastalıklarıdır. Psikofizyolojik hastalıkların ortaya çıkışında bir yandan stres yaratan durumlar, diğer yandan karmaşık fizyolojik ve psikolojik savunma mekanizmaları dikkati çekmektedir. “Birincil psikiyatrik bozukluk”ta, birincil problem psikolojiktir ve hastalar bilinçdışı savunmalarla derilerine zarar verirler. Artefakt dermatiti, sanrsal parazitoz, nörotik deri yolma ve deriyle ilgili hipokondriak uğraşlar bu grupta sayılmaktadırlar. “İkincil psikiyatrik bozukluklar” grubunda ise temelde deri hastalıkları vardır ancak bu hastalıklar psikosomatik etmenlerden çok etkilenmektedir. Hastalığın ortaya çıkışını fizyolojik olmasına rağmen psikolojik etmenler ve stres dermatolojik belirtileri alevlendirmekte, hastalığın psikososyal

etkisi de stresin artmasına yol açmaktadır. (Koo & Lebowhl, 2001; Mercan & Kıvanç Altunay, 2006).

Dermatolojik sorunların gelişiminde stres ve olumsuz düşüncelerin önemi vurgulanmıştır. Merkezi sinir sistemi ve bağışıklık sistemi arasında doğrudan ilişkiler olduğu gösterilerek, zihin ve beden arasındaki etkileşimin birçok bozukluğun gelişiminde rolü olduğu saptanmıştır. Oluşmasında birçok etken söz konusu olmakla birlikte, akne rozasea, egzema, psoriasis, ürtiker gibi çoğu dermatolojik bozukluk, hastanın düşünce ve duygularından doğrudan etkilenebilmektedir (Yılmaz Sukan, Maner ve Tosun, 2005).

Derinin gösterdiği fizyolojik tepkiler otonom sinir sistemi tarafından düzenlenmektedir ve insanın stres koşullarına karşı geliştirdiği ‘savaş-kaç’ tepkisinin bir parçasını oluşturmaktadır (Çevik, 1998). Ürtikerde, en önemli özellik güçlü olarak algılanan insanlara karşı, mazohistik bir bağımlılık ilişkisi içinde olmaktır. Genelde çocukluktaki bir mazohistik bağımlılık, ileri yaşlarda yaşam arkadaşı ile ilişkilerde tekrarlanır. Alexander, bu hastaların çocukluk öyküsünde öncelikle deri uyarımları biçiminde okşama, ovma gibi bedensel sevgi yaklaşımlarına, gereksinimlerine karşı reddedici ve itici annelerin bulunduğunu saptamıştır. Bu çocuklarda, bebeklik döneminde anne ile ilişki anlamına ve kapsamına giren deri temasları genellikle eksiktir. Daha çocukluk döneminde bile hastalar dikkati üzerlerine çekmeye çalışmaktadırlar. Bu şekilde, sevgi ve ilgi diğer kardeşten (veya annenin sevgi ve ilgisi babadan) geri çekilir. Bu durumda çocukta suçluluk duyguları

uyarılacağından daha sonraları deri reaksiyonları tarzında kendini cezalandırma eğilimleri gösterirler (Çevik, 2000).

Akne, psöriyasis ve dermatit gibi önemli cilt bozuklukları olan hastalar, sıklıkla kendilerine olan güvensizlikleri ve sıkıntıları sonucu oluşan sosyal yaşamları üzerinde bu hastalıkların önemli etkileri olduğunu ileri sürmektedirler (Johnson & Mostaghimi, 1995). Johnson & Mostaghimi'nin (1995) yaptığı çalışmaya katılan kadınların % 71.6'sının, erkeklerin ise % 69'unun depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar ile dermatolojik bozukluklar arasında komorbidite gösterdikleri gözlenmiştir.

Kiec-Swierczynska ve arkadaşları (2006) cilt bozukluğu olan hastalarda psikolojik faktörler ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Sonuçlar bir taraftan, stres, olumsuz duygular gibi psikolojik faktörlerin cilt hastalıklarının (ürtiker, atopik dermatit, vitiligo gibi) oluşmasını ve ilerlemesini etkileyebildiği gibi (Niemeier, Nippesen, Kupfer, Schill & Gieler, 2002); diğer taraftan psikolojik faktörlerin psöriasis, atopik dermatit gibi bazı cilt hastalıklarıyla da sonuçlanabildiğini göstermiştir.

Egzemalar içinde duygusal durumla en çok yakından bağlantılı olan hastalık atopik dermatit'tir. Kaşıntı sonucu bir tepki olarak deri lezyonları gelişir. Yine sevgi kaybı en önemli etkendir. Bazı hastalar sevgi, şefkat, ilgi ihtiyacı gibi tavırlarla kendini ortaya koyarken, bazıları da iddiacı ve ihtiraslı davranışlarla ortaya koymaktadır (Çevik, 1998; Linnet & Jemec, 1999).

1. 5. 3. 4. Diyabet

Diyabet fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra, tüm kronik hastalıklar gibi psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan, bireyi ruhsal, duygusal, sosyal, psikoseksüel sorunlarla karşı karşıya bırakan endokrin bir bozukluktur (Önde ve Özçubukçuoğlu, 1998).

Nedenleri ve başlangıç zamanına göre iki tür diyabetten söz edilmektedir. Daha çok çocuklarda ve genç erişkinlerde görülen insülin bağımlı diyabet, az veya yetersiz insülin üretiminden kaynaklanmaktadır. Kanda parçalanmış şekilde bulunan glikoz ve dolaylı olarak yağ hücreleri gerekli hücrelere taşınamaz ve hücreler açlık çekerler. Kanda fazla miktarda glikoz ve yağ asitleri dolaşmaktadır. Böbreklerin damarlarına yapışarak böbreğin işlevini yapmasını engeller, atardamarlarda kolesterol birikmesi ve damarların tıkanması sonucu hücrelere oksijen ve glikoz taşınımı engellenir, çarpıntı ve ağrılara sebep olur. Ayrıca bu fazlalıklar proteinlerle birleşerek gözde katarakt oluşumuna neden olmaktadır (Sapolsky, 2000).

İnsülin dirençli diyabette ise üretilen insülinin gerektiği şekilde etki gösterememesi söz konusudur. Burada problem yaşla birlikte alınan kilolardan kaynaklanmaktadır. Yağ hücreleri yağla dolup taşmış ve tekrardan gelecek yağ asitleri ve glikozu alamayacak duruma gelmiştir dolayısıyla insülin reseptörleri duyarlılığını yitirir. Sonuçta yine kanda fazla miktarda yağ asitleri ve glikoz dolaşmaktadır ve böbreklere zarar verir, atardamarlarda tıkanıklıklara yol açar ve gözlerde katarakta sebep olur (Sapolsky, 2000).

Stres tepkisi sırasında depolanmış enerji parçalanarak kana bırakılır ve böylece kandaki yağ asitleri ve glikoz seviyesi artar. Stres sırasında şeker yükselerek damarlara zarar verebilir. Aynı zamanda stres tepkisi insülin salınımının durmasına neden olmaktadır. Ayrıca beyinin ikinci bir önlem olarak aldığı kana bırakılan glukokortikoidler salınım halindeki insülinin etki etmesini engellemek için yağ hücrelerine etki etmektedir (Sapolsky, 2000).

Adrenal korteksten salınan ve bir tür glukokortikoid olan kortizolün salgılanmasındaki etkenlerden biri strestir. Stres karşısında hipotalamustan CRH (kortikotropin salgılatıcı hormon) salgılanır. CRH salgılanması ön hipofizden ACTH (adrenokortikotropik hormon) salgılanmasını uyarır. ACTH, adrenal kortekte kortizol yapımını ve salgılanmasını artırır. Kortizol ise geri besleme yoluyla hem ACTH, hem de CRH salınımını baskılar. Kortizolün stres karşısında hazırlıklı olmayı sağlayıcı etkisi vardır ve birçok sistem üzerine etki eder. En belirgin etkilerinden biri de glukoz metabolizmasıyla ilgilidir. Kortizol karaciğerde glukoz sentezini artırır ve hücrelerde glukoz kullanımını azaltır; bunun yanı sıra kan glukoz düzeyini artırırken, kas ve yağ dokusunun insüline duyarlılığını azaltır. Ağır stresin tüm bu sistemi harekete geçirdiği belirlenmiştir. Diyabet de kronik bir hastalık olarak uzun süreli bir stres kaynağı olduğu açıktır (Kılıçoğlu ve Gülcan, 2007).

Diyabetle yaşamak güç bir süreç olarak tanımlanır. Diyabetik nefropati, retinopati gibi diyabetik komplikasyonlar; psikososyal sorunlar, düşük yaşam kalitesi ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarla anlamlı bir şekilde ilişkilidir. Diyabeti olan kadınlar, erkeklere kıyasla psikososyal faktörlerle daha fazla komorbidite

göstermektedirler (Didjurgeit, Kruse, Schmitz, Stückenschneider, Sawicki, 2002; Whittemore, Melkus, Grey, 2005).

İnsülinin keşfi ve akabinde gelişen tıbbi müdahaleler diyabeti psikosomatik tıp içinde büyük ilgi noktasına getirmiştir. Psikolojik araştırmalar başlangıçta, kişiyi bu hastalığa yatkın kılan ‘diyabetik kişiliği’ ortaya çıkarmaya odaklanmışlardır. Önceki araştırmalar; hastadaki değişkenler (kişilik gibi) üzerine odaklanırlar ve diyabetikleri homojen bir grup olarak düşünüp sağlıklı grupla karşılaştırırlarken; şimdiki araştırmalar, hastaları heterojen olarak görürler ve sosyal bağlam içinde değerlendirmektedirler (Johnson, 1988).

Yapılan çalışmalar, stresli yaşam olayları ve diyabet seyri arasında bir ilişkinin olduğunu düşündürmektedir. Katılımcıları ayrı ayrı değerlendiren tasarımlara sahip laboratuvar çalışmaları stresin diyabetik hastalarda glukoz dengesindeki değişikliklerle bağlantılı olduğunu düşündürmektedir (Halford ve ark., 1990; Gonder Frederick ve ark., 1990; akt.; Tüzer, 1997). Diyabet hastasının sağlık ekibiyle olan etkileşimi de stres verici olabilmektedir. Sağlık ekibi hastayı ve ailesini diyabet yönetimi konusunda eğitmeli ve sorun ortaya çıktığında müdahale etmelidir. Hastanın bilişsel kendini kontrol becerileri çatışma sırasında artan kaygıyı yönetmede yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla sağlık ekibiyle ortaya çıkan stres verici durumlar, hastanın sosyal beceriler ve atılganlık becerileri gibi olumlu davranış repertuarını da kullanma yeteneğini etkileyebilmektedir (Amir, Rabin, Galatzer, 1990).

Gross, Delcher, Snitzer, Bianchi ve Epstein (2001) araştırmalarında, diyabetli ergenlerin diyabeti olmayan yaşıtlarına kıyasla kaygı ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, düşük düzeyde kendilik kavramına sahip oldukları ve kişilerarası ilişkilerinin (Stein ve Riessman, 1980) daha zayıf olduğunu belirtmişlerdir. Eren, Erdi ve Özcankaya (2003) kan şekeri kontrolü ile depresyon ve anksiyete arasında ilişkinin olduğunu gösteren araştırmalar olduğunu ve kendi araştırma sonuçlarına göre de major depresif bozukluğu kan şeker kontrolü kötü olan diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü iyi olanlardan daha sık olduğunu ileri sürmektedirler.

1.6. Kişilerarası İlişkiler ve Psikosomatik Bozukluklar

Yapılan araştırmalar; ortaya çıkmalarında ve ilerlemelerinde pek çok faktörün rol oynadığı psikosomatik bozukluklar ile kişilerarası ilişki tarzları arasında bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir. Ancak literatürde, doğrudan kişilerarası ilişki tarzları ve psikosomatik bozukluklarla ilgili olarak yapılan araştırmaların kısıtlı olduğu göze çarpmaktadır. Burada, çalışma kapsamında ele alınan koroner arter hastalığı, cilt hastalıkları, mide hastalıkları ve diyabet ile kişilerarası ilişkilerin ele alındığı çalışmalara ver verilecektir.

Wright (1991) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmasında psikosomatik bozukluk geliştiren bireylerin karakteristik özelliklerini ve aleksitiminin kişilerarası bileşenini incelemiştir. Sonuçlar, kişlerarası bileşenin önemli olduğunu ve psikosomatik bozukluğu olan ve olmayan bireyleri başarılı bir şekilde birbirinden ayırdığını göstermiştir. Sifneos, Alexander ve Mc Dougal psikosomatik hastalarla

yaptıkları psikoterapi gözlemlerine dayanarak bu bireylerin sosyal roller tarafından oldukça sınırlandırıldığını ve bu nedenle içsel ipuçlarından çok, diğerlerinden aldıkları ipuçlarına göre kendi davranışlarına yön verdiklerini ve kendi duygu durumlarını tanımladıklarını ileri sürmüşlerdir. Ancak Wright'ın çalışmasına katılan psikosomatik sorunu olan bireylerin bu hipotezi desteklemedikleri görülmüştür. Aynı zamanda, psikosomatik sorunu olan bireylerin diğerlerindeki duyguları tanımlamada da yetersiz kaldıkları görülmüştür. Dolayısıyla diğerlerindeki duyguları gözlemleyerek kendi duyguları hakkında farkındalık kazanma konusundaki eksikliklerini telafi edememektedirler (Wright, 1991).

Kalp damar hastalıkları üzerinde kişilerarası ilişkilerin rolüne dikkat çekilmektedir. Krause (2005) olumsuz etkileşimin yaşamın ileriki dönemlerinde kalp hastalıkları için bir risk faktörü olup olmadığını araştırdığı çalışmada; özellikle eğitim düzeyi liseden düşük ve düşük sosyo ekonomik düzeydeki yaşlıların daha fazla risk altında olduklarını ileri sürmektedir. Bunun ötesinde, araştırma sonuçları, olumsuz etkileşimin kalp hastalığı üzerindeki zararlı etkilerinin ortaya çıkmasının 2 ila 4 yıl arasında sürdüğünü göstermektedir. Bulgular kalp hastalığı üzerinde kişilerarası ilişkilerin rolünün altını çizmektedir.

Kişilerarası ilişkiler ve bağışıklık arasındaki bağ, psikonöroimmünolojinin en güçlü bulgularından biridir. Epidemiyolojik araştırmalar, sosyal izolasyonun hastalık ve ölüm açısından sigara, kan basıncı, obezite, fiziksel aktivite gibi kabul edilmiş risk faktörleri kadar önemli bir risk faktörü olduğunu ileri sürmektedirler (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, Glaser, 2002).

Gelişmiş ülkelerde koroner arter hastalığı ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında yer almaktadır. Psikiyatrik bozukluklar da bu hasta grubunda eş tanı olarak gelişebilmektedir ve bu psikiyatrik hastalıkların başında depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir. Bu nedenle çökkün duygu durum, düşük benlik algısı ya da kaygı, ani öfke nöbetleri, kişilerarası ilişkilerde olumsuz tutum gözlenebilmektedir (Sarandöl, 2003).

Genelde yaşamı tehdit edici olmadıkları için sıklıkla önem verilmeyen kronik cilt hastalıkları aslında çok önemli psikososyal rahatsızlıklara neden olabilirler (Yılmaz Sukan, Maner ve Tosun, 2005).

Sperger ve arkadaşları (1989), kronik idyopatik ürtikeri olan 19 hastayı, kontrol grubu ile Belirti Tarama Listesi-90 (SCL-90) uygulanarak karşılaştırmış, ürtiker hastalarında somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete ölçütlerinde anlamlı olarak daha yüksek sonuçlar elde edildiğini, ürtiker hastalarının daha kaygılı olduğunu, kişilerarası ilişkilerde belirgin huzursuzluk yaşadıklarını bildirmiştir. Benzer şekilde, 1959'da Kraft ve Blumenthal ürtiker hastalarına MMPI uygulayarak, çoğunluğunun kişilerarası ilişkilerde oldukça pasif, bağımlı davrandıklarını, düşmanlık duygularının varlığını yadsıdıklarını, öfke ve kızgınlıklarını bastırdıklarını ileri sürmüştür (akt., Yılmaz Sukan, Maner ve Tosun, 2005).

Görünür deri yarası olan dermatolojik hastalar kişilerarası tehdit algılarları. Acımanın aşırı düzeyde ifade edilmesinden, işte açık bir şekilde red ve ayrıma kadar

değişen olumsuz sosyal tepkiler alabilmektedir. Finlay ve Coles'e (1995) göre; bu olumsuz sosyal tepkiler, pek çok cilt hastasının diğerleri tarafından reddilme korkusu geliştirmesine sebep olmaktadır. Thompson ve Kent'e (2001) göre bazı hastalar ise diğerlerinin, ciltlerine herhangi bir ilgisini düşmanca ve reddedici bakışlar olarak yorumlama eğilimindedirler (akt., Stangier, Gieler, Ehlers, 2003).

Diyabet hastalarıyla yapılan araştırmalara bakıldığında; genellikle hastaların sağlık ekibi ve aileleriyle olan kişilerarası ilişkilerinin ele alındığı görülmektedir. Auerbach ve arkadaşları (2002) diyabet hastaları ve doktorlar arasındaki kişilerarası ilişki ve iletişim becerilerini araştırmışlardır. Her iki tarafın birbirlerini nasıl algıladıkları ve nasıl etkiledikleri üzerine odaklanmışlardır. Araştırma sonuçları, hastaların doktorları 'kontrol' boyutunda daha boyun eğici (submissive), 'birlikte olma (affiliation)' boyutunda ise daha arkadaşça algıladıklarını göstermektedir. Benzer bir örüntü doktorun hastası için yaptığı değerlendirmelerde de görülmüştür.

Holter ve Bugoon'a (1961) göre; deri hastalıklarında ortaya çıkan şekil bozukluğu ruhsal etkilenmeyi oluşturan en önemli değişkendir. Bu etkinin büyüklüğü kişinin kendilik algısı ve diğerleriyle ilişkisi ile yakından ilgilidir. Deri hastalıkları yaşamı tehdit etmemekle beraber yaşam kalitesini bozmakta ve hastaların çoğunda psikolojik ve sosyolojik yıkım görülmektedir (akt., Mercan & Kıvanç Altunay, 2006).

Kişilerarası ilişkiler bağlamında Snoke ve Skinner (2001) diyabeti olan hastalar ve aileleri için psikolojik desteğin önemini araştırmışlardır. Glisemik kontrol

ve aile stresi arasında iki yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bir taraftan zayıf diyabet kontrolü aile stresine sebep olurken; diğer taraftan aile stresi de zayıf kontrole sebep olmaktadır. Bu nedenle psikolojik müdahalelerin hem metabolik sonuçların gelişiminde hem de psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olduğu görülmüştür.

Hill-Briggs, Gary, Yeh, Batts-Turner, Powe, Saudek ve Brancati (2006) sosyal problem çözme tarzı ve tip 2 diyabet hastalarında glisemik kontrol arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Etkisiz problem çözme tarzı ile glisemik kontrol arasında anlamlı bir ilişki elde etmişlerdir. Bu durum diyabet hastasının öz bakımını olumsuz yönde etkileyebilecek sosyal problemlerle baş etme yeteneğini yansıtabilir.

Yapılan araştırmalar, özellikle insüline bağımlı diyabet tanılı çocuk ve ergenlerde, kronik bir hastalığa sahip olma, bu hastalığa uyum sağlama, çocuğun ve ailesinin yaşam tarzlarındaki değişiklikler, hastalığın sosyal ilişkilere getirdiği yükler, benlik saygısında azalma, komplikasyonlarla ilgili duyulan korku gibi faktörlerin bu bireylerde depresyon ve anksiyete gelişmesinde etkili olduğunu (Fettahoğlu, Koparan, Özatalay ve Türkkahraman, 2007; Bahar, Sertbaş ve Sönmez, 2006; Eren, Erdi ve Özcankaya, 2003,), yaşam kalitelerinin tüm alanlarda bozuk ve yeti-yitimlerinin daha fazla olduğunu (Gülseren, Hekimsoy, Gülseren, Bodur ve Kültür, 2001; Eren, Erdi ve Çivi, 2004) göstermektedir.

Ortaya çıkan psikolojik belirtilere olan ilgide artış olmasına rağmen; bu psikolojik faktörlerin gastrointestinal bozukluklarla olan ilişkisini ortaya çıkarmak için çok fazla girişim bulunmamaktadır (Cheng, Hui & Lam, 2000).

1. 7. Kendilik Algısı ve Psikosomatik Bozukluklar

Kendilik yapısının gelişim ve psikopatolojiyle nasıl ilişkili olduğunu araştıran az sayıda araştırma vardır. Evans, Brody ve Noam (2001) yaptıkları çalışmalarında; kendilik algısının birçok alanını farklı ego gelişim düzeylerinde iki grup bayan psikiyatrik hastada karşılaştırmışlardır. Ego düzeylerine göre yapılan grupta düşük ego düzeyindeki ilk grup; dürtüsel, daha agresif ve daha fazla dışsallaştırılmış davranış göstermektedir. Tersine, yüksek ego düzeyindekiler ise daha fazla dürtü kontrolüne sahip, daha soyut düşünen ve daha fazla bilişsel karmaşıklık gösteren kişilerdir. Araştırmada kendilik algısının tüm alanlarında (örn.; okul-iş yeteneği, fiziksel görünüş, sosyal ilişkiler gibi) yüksek ego düzeyine sahip olan grubun diğer gruba göre daha olumlu kendilik algısına sahip olduğu görülmüştür.

Pek çok yazar belirli bozukluklarda kendilik algısıyla ilgili çarpıtmaların, genellenmiş psikopatoloji ve uyum sorunlarıyla ilgili olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bulgular; kendisiyle ilgili bilgiyi oldukça yanlış yorumlayan bireylerin, daha fazla psikopatoloji sergilediklerini ve kişilerarası ilişkilerinde ve uyumlarında daha fazla problem yaşayacaklarının yordayabileceğini göstermiştir. Donovan ve O'leary (1976); depresif bireylerle ve alkoliklerle yaptıkları araştırmalarında, bu bireylerin kendilik algılarında bir takım çarpıtmalar olduğunu gözlemişlerdir. Ancak bununla birlikte; Linville (1987); daha karmaşık bir kendilik kavramının çeşitli psikolojik belirtilere karşı koruyucu olarak çalışabileceğini öne sürmüştür. Kişilikleri çok yönlü olarak nitelendirilen bireylerde depresyon ve stresle ilişkili hastalıkların daha az görüldüğü belirtilmiştir (akt., Evans, Brody ve Noam, 2001).

Algısal doğruluk, kendine odaklı dikkat ile psikopatoloji arasında önemli bir köprüdür. Bir takım olaylar meydana geldikten sonra yüksek kendilik odağı olayın sonuçlarına dair bireyin farkındalığını artırır. Kendilik odağının bu etkileri, daha sonra geribildirim sağlar ya da problemlerin ortaya çıkmasına neden olan diğer süreçlerle (katastrofik düşünce ya da yükleme tarzı) birbirini etkiler. Bazı kuramlar, kendine odaklı dikkatin, panik atak ya da çeşitli fobilerin temelinde bulunan fiziksel semptomların farkındalığını arttırdığını ileri sürmektedir (Silvia ve Gendolla, 2001).

Gençlerde yeterliğe ilişkin kendilik algısı yanlılıklarının uyum problemleriyle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, kendilik algısının hem olumlu hem olumsuz yöndeki yanlılığının oldukça zayıf duygusal ve davranışsal işlevselliğe işaret ettiği görülmüştür (DuBois ve Silverthorn, 2004).

Kadınlarda kendilik algısının incelendiği bir araştırmada, ‘Sen kimsin?, Kendini nasıl tanımlarsın?, Başkası seni nasıl tanımlar?’ gibi sorulara verilen cevapların roller etrafında toplandığı görülmüştür. Kendilik algısı; kişilik özellikleri, fiziksel özellikler, değerler, amaçlar ve ev dışındaki iş rolünü tanımlayacak veriden ortaya çıkmaktadır (Mendias, Clark, Guevara, 2001).

Kendilik kavramı, kronik hastalığı olan bazı hastalar için özellikle anlamlıdır. Fiziksel bir sıkıntının varlığı, yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan sosyal ilişkileri değiştirebilir ve sıklıkla düşük benlik saygısıyla ilişkilidir. Özellikle fiziksel bir zayıflığa sebep olan bir hastalığın, çocukların kendilik algısına yansması muhtemeldir. Doğuştan kalp hastalığı olan çocukların, sağlıklı çocuklarla

karşılaştırıldıkları bir çalışmada, hastaların kendilerini daha zayıf, daha korkmuş ve daha hasta algıladıkları görülmüştür (Wray & Sensky, 1998).

Armentrout'un (1979) kendilik algısı üzerinde kronik ağrının etkisini incelediği çalışmasında, kronik ağrısı olan hastaların kendilik kavramlarının belirgin bir şekilde farklılık gösterdiğini saptamıştır. Kronik ağrısı olan hastalar, diğer tıbbi hastalardan belirgin bir şekilde farklılık gösterir ve kendilik kavramları anlamlı bir şekilde düşüktür. Bu durum, uzun süreli bir ağrı yaşantısının bireyin olumsuz kendilik algısıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Fiziksel aktiviteler, aile örüntüleri ve işteki değişiklikler büyük olasılıkla kendilik algısındaki düşüğe katkıda bulunmaktadır.

Ferrari'nin (1987) diyabetik çocuklarla yaptığı araştırmaya göre; sağlıklı kardeşleriyle karşılaştırıldığında, diyabetik çocukların daha düşük bir kendilik kavramına sahip oldukları ve zihinsel ve eğitim durumu, kişisel mutluluk ve yaşam memnuniyeti algılarında belirli sorunlar olduğu görülmüştür. Benzer şekilde; Grey, Genel ve Tamborlane (1980) de çocukluk dönemindeki kronik hastalıkların çocuğun bilişsel ve duygusal gelişimi üzerinde etkileri olduğunu, psikososyal uyumunu ve benlik saygını etkilediğini belirtmişlerdir.

Diyabetin yaşam umudunu ve sağlıklı bir hamilelik olasılığını düşürmesi ve böbrek hastalıkları, kangren, kalp hastalıkları ve felç olasılığını yükseltmesi diyabetiklerde en güçlü duygunun korku olarak ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Jackson, 1981).

Pınar, Arslanoğlu, İşgüven, Çizmeci ve Günaz'ın (2003) 100 ergen diyabet hastasıyla yaptıkları araştırmada; kendine yeterlik, aile uyumu ve metabolik kontrol arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırma sonucuna göre; sadece kızlarda kendine yeterlik ve aile uyumu arasında olumlu bir ilişki ortaya çıkmıştır. Bu durumun, Türk kültüründeki cinsiyet yanlılığından kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür.

Cildin görüntüsünün, bireyin kendilik imgesi üzerinde etkisi vardır. Sukan ve Maner (2006a) vitiligo ve kronik ürtiker tanısı almış hastalarla yaptıkları araştırmada, bu tanıları almış kişilerin kendilik saygılarında düşüş olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ürtikere yatkınlığı olan hastaların, çatışma ve aşırı yüklenme durumlarında, toplumun geneline oranla hem kendilerinde hem de ailelerinde daha çok psikosomatik tepki vermeye eğilimli oldukları söylenebilir (Sukan ve Maner, 2005). Yine Sukan ve Maner'in (2006b) vitiligo ve kronik ürtiker hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri araştırmalarında; vitiligo grubunda yaşam kalitesinin duygusal açıdan daha çok etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Bu durum, bu hastalığın kozmetik açıdan şekil bozucu, daha rahatsız edici olmasına bağlı olarak, daha çok utanç duydukları, içsel çatışma yaşadıkları ve sosyal ilişkilerinin olumsuz etkilendiği şeklinde açıklanabilir. Kronik ürtikerde ise yaşam kalitesinin daha çok belirti düzeyinde bozulduğunu belirtmişlerdir. Vitiligo hastaları, başkalarının kendilerini nasıl algıladıklarına çok duyarlı olup, dışlanacakları beklentisiyle sıklıkla geri çekilirler. Deveci, Ermertcan, Deniz, Madak ve Öztürkcan (2003) psoriasisli hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığını inceledikleri araştırmalarında; sosyal ortamlara girmekte zorlanan psoriasisli hastalarda bir takım uyum güçlüklerinin gelişebileceği, bu durum ile ilişkili olarak da başta depresyon, anksiyete bozuklukları

gibi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkabileceği sonucuna varılmıştır. Cilt hastalarında kendilik değerinin sağlıklı gruba göre daha düşük çıktığı diğer bir çalışma ise Yarpuz, Saadet, Şanlı ve Özgüven'in (2008) akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı düzeyini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmadır. Araştırma sonuçlarına göre akne hastalarında sosyal kaygı, sosyal kaçınma, genel kaygı, depresyon, hatalı otomatik düşünceler kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek, benlik değeri ise anlamlı düzeyde düşüktür. Aknenin sosyal ve fiziksel değişikliklerin en üst düzeyde olduğu ve kimlik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde ortaya çıkması, bu hastalığı kişilerin kaygılarının odak noktası haline getirmekte; bu nedenle hastaların kişilerarası ilişkilerinde, kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde ve günlük performansında etkili olmaktadır.

Cilt hastaları günlük hayat içinde pek çok sorunla karşılaşır. Egzema gibi cilt hastalıkları sadece hasta üzerinde değil ailesi üzerinde de büyük etkilere sahiptir. Özellikle çocuklar da görülen egzemanın çocuğun fiziksel becerileri, duyguları, davranışı ve sosyal etkileşimi üzerinde büyük etkileri vardır. Kaşıntı yüzünden çabuk öfkelenirler ve konsantrasyon düzeyleri daha düşüktür, bu yüzden daha fazla eğlenceye ve rahatlığa ihtiyaç duyarlar. Bazı annelerdeki kaygı, çocuktaki egzemanın gerçek ciddiyeti ile değil de hastalığa ilişkin kendi algılarıyla ilişkilidir (Hawkins, 2005).

White, Horne ve Varigos (1990) atopik egzeması olan hastalarla yaptıkları çalışmada, güçlü bir düşmanlık sergileme eğilimlerinin olduğunu, kendilerini eleştirdikleri, suçluluk hissettikleri, ancak diğerlerini eleştirmedikleri sonucunu elde

etmişlebrdir. Ayrıca hastalar, egzemalarını kendi hataları olarak algılama eğilimindedirler ve dolayısıyla hastalıkla baş etme sorumluluğunu doktorlar gibi diğer kişilere atfetme yerine kendilerine atfederler.

Cheng, Hui ve Lam (2000) gastrointestinal sistem bozuklukları ile psikolojik faktörler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaya yönelik yaptıkları araştırmalarında; bu hastaların sağlıklı bireylere göre daha olumsuz algılara sahip olduklarını, kendi sağlıklarıyla ilgili daha kötü değerlendirmelerde bulunduklarını ve daha ciddi semptomları olan bireylere göre daha fazla somatik şikayette bulunduklarını gözlemişlerdir. Bununla birlikte; gastrointestinal sistem bozukluğu olan bireylerin, tehdit edici bilgiyi daha fazla izleyen bir algısal tarza sahip oldukları ve stres veren olayların kontrol edilebilirliğine bakılmaksızın olay yönelimli bir baş etme örüntüsü benimsedikleri görülmüştür.

1. 8. Öfke ve Psikosomatik Bozukluklar

İnsanlar gün boyu çeşitli duygular yaşamasına rağmen, sık ya da sürekli duygusal yaşantılar fizyolojik ve psikolojik sağlığı etkileyebilmektedir. Örneğin öfke; düşük benlik saygısına, olumsuz kendilik kavramına, kişilerarası çatışmaya ve saldırganlığa götürebilmektedir (Herrald ve Tomaka, 2002).

Berkowitz ve Harmon-Jones (2004), öfkenin ortaya çıkmasında bilişsel faktörlerin yanı sıra; ağrı, hoşnutsuzluk ve itici durumları içeren gerçek sebepler ve gergin kasların etkileri olduğu üzerinde durmuşlardır.

Öfke ve psikosomatik sorunlarla ilgili çalışmalara bakıldığında en fazla dikkat çeken psikosomatik bozukluğun kalp damar sistemiyle ilişkili olduğu söylenebilir. Araştırmalar ifade edilmeyen öfkenin kendiliğe yöneltildiğini ve bunun da kalp damar bozukluğunun ve hipertansiyonun gelişimine katkıda bulunduğunu ileri sürmektedir (Martin, Wan, David, Wegner, Olson, Watson, 1999; Davidson, Stuhr, Dixon, MacGregor, MacLean, 2000). Holmes ve Will (1985) öfke koşulundaki bireylerin daha yüksek oranda nabız atışına ve kan basıncına sahip olduklarını gözlemişlerdir. Benzer şekilde, Suchday ve Larkin (2001) öfkelerini dışa vuran bireylerde öfkelerini bastırana göre; kan basıncının daha yüksek olduğunu ve daha fazla bastırılmış kendilik ifadeleri kullandıklarını ileri sürmüşlerdir.

Antik Yunanlılardan beri, olumsuz duyguların fizyolojik hastalıkların etiyolojisinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Olumsuz duygusal eğilim ve hastalık arasındaki ilişki için en büyük destek koroner kalp hastalığı ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalardan gelmektedir (Booth-Kewley & Friedman, 1987; Matthews, 1988; Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999; akt. Suls & Bunde, 2005; Rosenberg ve ark., 2001). Suls ve Bunde (2005) kaygı ve depresyonun yanında öfkenin de koroner kalp hastalığının gelişmesi ve ilerlemesinde önemli rol oynadığını öne sürmüştür.

Öfke ve bastırılmış düşmanlık, somatizasyon gelişiminde önemli etmenler olarak tanımlanmışlardır. Öfke ifade tarzı ile somatik belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada; ifade etme şekline göre içe dönük öfkenin, daha çok psikosomatik bozukluklarda, somatoform bozukluklarda ve kaygı bozukluklarında;

öfke dışavurumunun ise depresif bozukluklardaki somatizasyonla, anlamlı ilişkiler gösterdiği gözlenmiştir (Koh, 2003).

Kardiyovasküler sistem fonksiyonlarında duygu durumuna bağlı değişimler en sık karşılaşılan durumlardır. Korku, kaygı, öfke, heyecan ve sevinç durumlarında kalbin ritmi, hızı ve pompalama gücü ile hacminde değişiklikler görülmektedir. Bu duygusal durumlar bireyin çevresinden kaynaklandığı gibi bireyin kendi iç dünyasında belirgin kayıp ve kazançlar yaşadığında da kardiyovasküler sistemde değişime yol açmaktadır (Çevik, 1998).

Labouvie-Vief, Lumley, Jain ve Heinze (2003) kalp tepkisinde (cardiac reactivity) yaş ve cinsiyet farklılıkları ile bunun çeşitli duygusal tepkilerle ilişkisini incelemişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre; kalp tepkisi üzerinde hem yaş hem de cinsiyetin etkisi görülmüştür. Kalp tepkisine zıt olarak, duygusal tepkilerin cinsiyetle ilişkisi görülmemiştir. Ancak sadece öfke duygusu için yaş ve cinsiyet etkisi ortaya çıkmıştır. Araştırma bulgularına göre; bir öfke yaşantısı sırasında; genç kadınlar, genç erkeklere göre daha yüksek kalp ivmesine sahiptirler.

Ramsay, McDermott ve Bray (2001) araştırmalarında, öfke ifadesini koroner arter hastalığıyla anlamlı bir şekilde ilişkili tek psikososyal değişken olarak elde etmişlerdir. Olaylara öfkeli bir şekilde cevap verme konusunda sıklıkla rahat olan bireylerin koroner arter hastalığı için yüksek risk altında olduğunu gözlemlemişlerdir. Benzer şekilde; Al' Absi, Bongard ve Lovallo (2000) öfkenin dışa dönük ifadesi ve savunmacılığın kişilerarası bağlamdan oldukça etkilendiğini ve kalp

damar sistemi üzerinde etkileri olan bir takım hormonların (ACTH ve kortizol) salınmasında büyük rol oynadığını belirtmişlerdir.

Koroner arter hastalığı ile stres ve öfkenin ilişkisinin araştırıldığı ülkemizdeki sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri Şafak'a (1996) aittir. Miyokardial enfarktüs geçirmiş hastalar ve sağlıklı kişilerle yapılan araştırma sonuçlarına göre; hasta grubun yaşanan stres verici olaylardan duydukları rahatsızlık sağlıklı gruba göre anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir. Aynı zamanda, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları açısından hasta grup ile sağlıklı grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (Şafak, 1996).

Kronik bir acelecilik hissi, sabırsızlık, rekabetçilik, öfke ve düşmanlık ile tanımlanan A tipi davranış örüntüsünün de kalp damar hastalığıyla ilişkisinin incelendiği araştırmalar göze çarpmaktadır (Hecker, Chesney, Black ve Frautschi, 1988; Nunes, Frank ve Kornfeld, 1987; Krantz, Contrada, Hill ve Friedler, 1988). Hecker, Chesney, Black ve Frautschi (1988) kalp damar hastalarıyla yaptıkları 8,5 yıllık izleme çalışmasında kalp ölümleri ile A tipi davranış örüntüsü arasında 1.9 oranında risk faktörü elde etmişlerdir. Holmes ve Will (1985) A tipi davranış örüntüsü sergileyen bireylerin B tipi davranış örüntüsüne sahip bireylere göre daha fazla kişilerarası agresyon sergilediklerini ileri sürmüşlerdir.

Depresif belirtiler, düşmanlık ve öfke ifadesi ile insülin direnci ve insülin arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; bu değişkenlerle insülin direnci ve insülin arasında kadınlarda olumlu yönde bir ilişkinin olduğu; yine öfke ifadesinin de

sadece kadınlarda bu değişkenlerle olumlu yönde ilişkili olduğu görölmüştür. Bu insülin düzeylerinin ise, belirtilen psikolojik durumlarla ilişkili olarak kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabet riskini artıracakı söylenebilir (Suarez, 2006).

White, Horne ve Varigos'un (1990) 23 erkek 17 kadın atopik egzeması olan hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada; hasta grubun normal gruba göre daha fazla kaygılı olduklarını, öfke ve düşmanlıkla baş etmede anlamlı güçlükler yaşadıklarını gözlemişlerdir.

Öfke ifadesi ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştıran Kopper ve Epperson (1996) kadınların erkeklere göre öfkelerini ifade etmede daha fazla güçlük çektikleriyle ilgili mevcut inancı desteklememektedirler. Öfkenin ifade edilmesinde anlamlı cinsiyet farklılıkları gözlememişlerdir. Benzer şekilde; Newman, Gray ve Fuqua da (1999) kadınların ve erkeklerin öfke yaşantılarının benzer düzeylerde ve şekillerde olduğunu, ancak kadınlarda bastırılan öfkenin depresyonda önemli rol oynadığını ileri sürmüşlerdir.

Öfkenin ifade edilmesi, hem yaş, cinsiyet ya da kişilik gibi bireysel özelliklere hem de öfkenin yaşanmasına ve ifade edilmesine izin veren, cesaretlendiren ya da onu baskılayan durumların sosyokültürel bağlamına dayanmaktadır (Ramirez, Santisteban, Fujihara & Goozen, 2002).

Ülkemizde; bu araştırma kapsamında ele alınan psikosomatik bozukluklar ve öfke ile ilgili doğrudan ilişkili çok az sayıda araştırmaya rastlanılmakla birlikte öfkenin fibromiyalji, romatoid artrit, hipertansiyon gibi diğer bazı psikosomatik hastalıklarda (Güleç, Sayar, Topbaş, Karkucak ve Ak, 2004; Sayar, Bilen Arıkan, 2001; Arsakay, 2001) ve tıbbi olarak açıklanmayan bazı bedensel belirtilerde (Güleç, Hocaoglu, Gökçe ve Sayar, 2007) önemli bir psikososyal değişken olduğu ileri sürülmüştür.

1.9. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Yukarıdaki literatür bilgilerinin doğrultusunda yeniden baktığımızda; kendilik algısı; içinde yetiştiğimiz sosyal bağlam çerçevesinde oluşmakta ve kendi yaşam deneyimlerimizi algılama ve organize etme imkanı vermektedir. Aynı zamanda, çevremizdeki diğer insanların duygu, düşünce ve davranışlarını anlamada ve değerlendirmede önemli bir rol oynamaktadır. Kişinin geçmiş yaşantılarından gelen bilgiyi kapsayan kendilik şeması, kişilerarası ilişkiler için de bir referans noktasıdır ve bireyin kişilerarası ilişkilerinin anlamını şekillendirir.

Benzer şekilde kişinin önemli diğerleriyle olan kişilerarası ilişkileri de kendilik algısını ve kendisiyle ilgili değerlendirmelerini etkilemektedir. Kişilerarası ilişkiler birçok araştırmacı tarafından farklı boyutlarıyla ele alınmıştır ve bu konunun araştırılmasının önemi Albayrak'a (1994) göre; yapısı gereği, kişilerarası ilişkilerin psikolojik sağlığın tanımlanmasında önemli bir boyutu oluşturmasıdır. Bu bakımdan, kişilerarası davranış hem normal hem de patolojik gelişimin anlaşılmasında çok

temel bir konudur. Aynı zamanda, kişilerarası ilişki tarzlarının araştırılmasının hem uygulamalı hem de kuramsal açıdan önemli sonuçları vardır. Davranış biçimlerinin anlaşılması onlara ne şekilde yaklaşılabilceği hakkında ipuçları verecektir. Horowitz, Rosenberg ve Bartholomew (1993) yapılan görüşmeler sırasında, hastaların bildirdikleri en yaygın şikayetler arasında kişilerarası problemlerin bulunduğunu belirtmişlerdir. Aynı doğrultuda, Crits, Gibbons, Narducci, Schamberger ve Gallop (2005) tedavi yaklaşımı ne olursa olsun (kişilerarası psikoterapi, destekleyici psikodinamik terapi veya bilişsel terapi yaklaşımlarında) kişilerarası ilişkilerin gelişiminin tedavinin temel hedefi olduğunu belirtmişlerdir.

Bunun yanında, kişilerarası ilişkiler pek çok duyguyu ortaya çıkaran birincil faktördür. Bireyin belirli bir saldırı, eleştiri ya da engel karşısında yaşadığı içsel ve evrensel bir duygu olan öfke de kişilerarası ilişkilerde çatışmalara, fiziksel ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlara neden olabilmektedir. Öfke eğer açık bir biçimde ifade edilemezse, bir süre sonra bu duygu kişinin kendine döner ve psikosomatik belirtiler göstermeye meyilli hale gelebilmektedir.

Görüldüğü gibi; kendilik algısı, kişilerarası ilişkiler ve öfke arasındaki ilişki zihin ve beden bağlantısı doğrultusunda psikosomatik sorunlarda da karşımıza çıkmaktadır. Psikosomatik hastalıklar; etiyolojisinde psikososyal stres faktörleri ve ruhsal çatışmaların önemli oranda rol oynadığı bazı bedensel hastalıklardır.

Bu doğrultuda; bu çalışmanın amacı; psikosomatik bozukluklarda kendilik algısı, kişilerarası ilişki tarzı ve öfkenin bir arada nasıl bir ilişki içinde olduklarının

incelenmesidir. Ayrıca eğitim, yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi sosyodemografik değişkenlerin etkilerini belirlemek de araştırmanın bir diğer amacıdır. Söz konusu değişkenlerin ayrı ayrı ele alındığı çeşitli araştırmalar yazında yer alsa da, bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu amaç doğrultusunda araştırmada yanıt aranan sorular şu şekilde sıralanabilir:

- a. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerin psikosomatik bozukluklar üzerinde etkileri var mıdır?
- b. Psikosomatik bozukluk tanısı almış olan hastalar ve psikosomatik hastalığı olmayan sağlıklı kişilerde kendilik algısı, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke yaşantıları puanları açısından bir farklılık var mıdır?
- c. Farklı fizyolojik sistemlere ait psikosomatik bozukluğu olan hastalarda (koroner arter hastalığı, mide hastalıkları, cilt hastalıkları, diyabet) kişilerarası ilişki tarzları, kendilik algısı ve öfke yaşantısı puanları açısından farklılık var mıdır?
- d. Psikosomatik hastalık tanısı alan kişilerde stres belirtilerini yordayan değişkenler nelerdir?
- e. Kişilerarası iletişim tarzı, öfke, kendilik algısı ve stres belirtileri değişkenleri arasında ilişki var mıdır?

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırmaya; çeşitli hastanelere tedavi için başvurmuş olan koroner arter, cilt, mide ve şeker hastaları ile herhangi bir rahatsızlığı olmayan gönüllü kişiler katılmıştır. Hasta gruplarına; Ankara Gazi Devlet Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ulaşılmıştır.

32 koroner arter, 31 cilt, 31 mide ve 31 şeker hastası olmak üzere toplam 125 kişi hasta örneklemini oluşturmuştur. Örneklemin yarısından fazlası (% 62.4) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş uzamı 18-66 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 41.69'dur.

Araştırmaya, hasta gruplarının dışında, elde edilen verileri karşılaştırabilmek için sağlıklı kişilerden oluşan 209 kişilik bir örneklem dahil edilmiştir. Sağlıklı kişiler, herhangi bir tıbbi hastalık tanısı almamış kişilerden oluşmaktadır ve sağlıklı kişilere kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Sağlıklı kişilerden oluşan grupta da kadınların sayısı daha fazladır (% 55.5). Yaş uzamı 15-65 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 34.08'dir.

Katılımcılara ilişkin çeşitli demografik değişkenler Tablo 2.1'de belirtilmiştir.

Tablo 2.1. Katılımcılara ilişkin çeşitli demografik değişkenler

Değişken	Psikosomatik hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
YAŞ				
15-35	44	35.2	120	57.4
36-49	39	31.2	61	29.2
50 ve üstü	42	33.6	28	13.4
CİNSİYET				
Kadın	78	62.4	116	55.4
Erkek	47	37.6	93	44.5
EĞİTİM DÜZEYİ				
Okur-Yazar Değil	6	4.8	1	0.5
Okur-Yazar	3	2.4	1	0.5
İlkokul	30	24.0	20	9.6
Ortaokul	10	8.0	16	7.7
Lise	25	20.0	44	21.1
Üniversite	44	35.2	114	54.5
Yüksek Lisans	6	4.8	10	4.8
Doktora	1	0.8	3	1.4
MEDENİ DURUM				
Bekar (Hayatımda kimse yok)	16	12.8	50	23.9
Bekar(ilişkisi/sevdiği var)	8	6.4	31	14.8
Sözlü-Nişanlı	3	2.4	7	3.3
Evli	86	68.8	113	54.1
Evli-ayrı yaşıyor	2	1.6	3	1.4
Dul	6	4.8	2	1.0
Boşanmış	4	3.2	1	0.5
Belirtmemiş	-	-	2	1.0
GELİR DÜZEYİ				
500 YTL ve altı	33	26.4	54	25.8
501-1000 YTL	53	42.4	56	26.8
1001-1500 YTL	20	16.0	55	26.3
1501-2000 YTL	7	5.6	15	7.2
2001-2500 YTL	3	2.4	8	3.8
2501-3000YTL	5	4.0	4	1.9
3001 YTL ve üstü	-	-	3	1.4
Belirtmemiş	4	3.2	14	6.7

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla; “Kişilerarası Tarz Ölçeği”, “Sosyal Karşılaştırma Ölçeği”, “Kısa Semptom Envanteri”, “Çok Boyutlu Öfke Envanteri”, “Stres Belirtileri Ölçeği” kullanılmıştır. Bu ölçeklere ek olarak, katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini elde edebilmek amacıyla “Bilgi Formu” kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler ve bilgi formu EK-1-5’ te verilmiştir.

2.2.1. Bilgi Formu

Bu formda katılımcılara; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aylık gelir, medeni durum gibi kişisel bilgilerin yanı sıra; fiziksel ve ruhsal açıdan kendilerini, genel olarak yaşamlarını ve diğer insanlarla olan ilişkilerini değerlendirebilecekleri 5’li (1= çok iyi, 5=çok kötü) Likert tipi sorulara yer verilmiştir.

Bu sorulara ek olarak; katılımcıların herhangi bir psikiyatrik ve tıbbi bozukluğa sahip olup olmadıkları sorulmuştur. Eğer herhangi bir hastalığa sahiplerse hastalığın başlangıç zamanı, tedavi şekli ve tedavi zamanı gibi sorulara da bilgi formunda yer verilmiştir.

2.2. 2. Kişilerarası Tarz Ölçeği

Bireylerin kişilerarası ilişki tarzlarını belirlemeyi amaçlayan 60 maddelik bir ölçektir. Şahin ve arkadaşları (2007) tarafından bir dizi çalışma sonucunda

kültürümüze özgü olarak geliştirilmiştir. 1-5 Likert tipi puanlanmaktadır ve ölçekten alınan yüksek puanlar kişilerarası tarzda olumsuzluğa işaret etmektedir.

Kişilerarası Tarz Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemek amacıyla 558 kişilik örneklem üzerinden analizler yürütülerek 6 faktör elde edilmiştir. Bu faktörler; 'baskın tarz', 'kaçınan tarz', 'öfkeli tarz', 'duyarsız tarz', 'manipülatif tarz' ve 'alaycı tarz' dır.

Kişilerarası Tarz Ölçeği'nin güvenirlik çalışmasında hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93' tür. Ölçeğin, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise $r = .72$ olarak hesaplanmıştır. Ölçekteki alt bölümler için ayrı ayrı hesaplanan korelasyon katsayıları ise $r = .64$ ile $r = .81$ arasında değişmektedir.

Bu çalışmanın örnekleminden elde edilen verilere göre Kişilerarası Tarz Ölçeği'nin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .94 olarak hesaplanmıştır. Bu ölçeğin alt boyutları "baskın tarz", "kaçınan tarz", "öfkeli tarz", "duyarsız tarz", "manipülatif tarz", "alaycı tarz" faktörlerinin iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla .86, .80, .80, .71, .72, ve .66 olarak bulunmuştur.

2. 2. 3. Stres Belirtileri Ölçeği

Stres Belirtileri Ölçeği; Miller, Smith ve Mahler (1988) tarafından stres Audit 4.2-OS adıyla geliştirilmiştir. Stres faktörleri, stres belirtileri ve strese yatkınlık

olmak üzere 3 ana ve 13 ara bölümden oluşan bir bataryadır. Bu araştırmada ölçeğin Stres Belirtileri bölümü kullanılmıştır.

Stres Belirtileri Ölçeği 7 alt bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler, “Kas Sistemi”, “ Parasepatik Sinir Sistemi”, “Sempatik Sinir Sistemi”, “Duygusal Sistem”, “Bilişsel Sistem”, “Endokrin Sistemi” ve “Bağışıklık Sistemi” dir. Ölçek 5li Likert tipi bir ölçektir. Katılımcılardan maddelerde yer alan, bedenın çeşitli bölgelerine yönelik belirtilerin son altı ay içinde kendilerinde ne derece bulunduğunu ‘Hiç (1)’ ve ‘Çok (5)’ seçenekleri arasında derecelendirmeleri istenmiştir.

Stres Audit 4.2-OS Ölçeği’nin Türk kültüründeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Day (1992) tarafından yapılmıştır. Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerle yapılan çalışmada, Stres Belirtileri Ölçeği’nin güvenilirlik çalışmasında hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .90’ dır. Ölçeğin, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise $r = .72$ olarak hesaplanmıştır. Ölçekteki alt bölümler için ayrı ayrı hesaplanan korelasyon katsayıları ise $r = .64$ ile $r = .81$ arasında değişmektedir (Day, 1992).

Ölçeğin geçerlik çalışması yapılırken; ‘Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’ (STAI) ve ‘Katz Genel Uyum Skalası’ (KAS-S) kullanılmıştır. Day (1992) Stres Belirtileri Ölçeğinin, Sürekli Kaygı Envanteri ile korelasyon katsayısının $r = .24$; Katz Genel Uyum Skalası ile korelasyon katsayısının ise $r = .40$ olduğunu belirtmiştir.

Ölçek, stres ve iş doyumu ile ilgili olarak bankacılık sektöründe çalışan kişiler üzerinde de uygulanmış ve alt ölçeklerin güvenirlik katsayılarının .96 ile .91 arasında değiştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada alt ölçekler ile Strese Yatkınlık Ölçeği arasındaki korelasyonlar da, .23 ($p<.001$) ile .32 ($p<.001$) arasında değişmektedir (Şahin ve Durak, 1994a). Onbaşıoğlu'nun (2006) psikosomatik ve ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerle yaptığı çalışmasında ölçeğin toplam ve alt ölçekler için yapılan iç tutarlık hesaplamaları da, ölçeğin güvenirliğinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .96'dır. Alt ölçekler için iç tutarlık katsayılarının ise $\alpha = .66$ ile $\alpha = .92$ arasında değişmekte olduğu görülmüştür.

Stres Belirtileri Ölçeğinin bu araştırma verileriyle elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .95'tir. Ölçeğin alt ölçeklerinin iç tutarlık katsayılarının $\alpha = .75$ ile $\alpha = .89$ arasında değişmekte olduğu görülmüştür. (kas sistemi $\alpha: .75$; parasempatik sinir sistemi $\alpha: .77$; sempatik sinir sistemi $\alpha: .82$; duygusal $\alpha: .89$; bilişsel $\alpha: .86$; endokrin sistem $\alpha: .72$; bağışıklık sistemi $\alpha: .77$).

2.2. 4. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Brief Symptom Inventory), Derogatis (1992) tarafından çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla geliştirilmiştir. 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin (SCL-90) ayırdediciliği en yüksek 53 maddesi seçilerek oluşturulmuştur. Ölçeğin özgün formu 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşur. Alt ölçekler; 'Somatizasyon', 'Obsesif-kompulsif bozukluk', 'Kişilerarası duyarlılık', 'Depresyon', 'Anksiyete bozukluğu', 'Hostilite',

‘Fobik Anksiyete’, ‘Paranoid düşünceler’, ‘Psikotizm’dir. Global indeksler ise; ‘Rahatsızlık ciddiyeti indeksi’, ‘Belirti toplamı indeksi’ ve ‘Semptom rahatsızlık indeksi’dir.

Kısa Semptom Envanteri, 5’li Likert tipi kendi değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte yer alan her madde için katılımcılardan; “hiç yok”, “biraz var”, “orta derecede var”, “epey var” ve “çok fazla var” seçeneklerinden birini seçmeleri ve işaretlemeleri istenmektedir. Puan ranjı 0–212’dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını göstermektedir.

Kısa Semptom Envanteri’nin Türkiye uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Şahin ve Durak (1994b) tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları için Kısa Semptom Envanteri’nin kullanıldığı üç farklı araştırmanın verilerini kullanmışlardır. Yapılan faktör analizi sonuçları, ölçeğin 5 faktörlü yapıda olduğuna işaret etmiştir. Bu faktörler; ‘Anksiyete’, ‘Depresyon’, ‘Olumsuz Benlik’, ‘Somatizasyon’ ve ‘Hostilite’dir.

Yapılan güvenirlik çalışmalarında toplam ölçek için Cronbach Alfa katsayısı .95 ile .96 arasında; alt ölçekler için ise .55 ile .86 arasında değiştiği görülmüştür. Geçerlik çalışmaları ise; envanterin alt ölçeklerinin ‘Sosyal Karşılaştırma Ölçeği’ ile -.14 ile -.34 arasında; ‘Boyun Eğicilik Ölçeği’ ile .16 ile .42 arasında; ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ ile .24 ile .36 arasında; ‘UCLA Yalnızlık Ölçeği’ ile .13 ile .36 arasında; ‘Offer Yalnızlık Ölçeği’ ile -.34 ile -.57 arasında; ‘Beck Depresyon

Envanteri' ile .34 ile .70 arasında değişen korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. (şahin ve Durak, 1994; Savaşır ve şahin, 1997).

Bu çalışmanın örnekleminde elde edilen verilere göre Kısa Semptom Envanteri'nin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .95 olarak hesaplanmıştır. Bu lğin alt boyutları "anksiyete", "depresyon", "olumsuz benlik", "somatizasyon", "hostilite" faktörlerinin iç tutarlık katsayıları ise sırasıyla .86, .88, .83, .78 ve .74 olarak bulunmuştur.

2.2. 5. Çok Boyutlu fke Envanteri

'ok Boyutlu fke Envanteri', Balkaya ve şahin (2003) tarafından geliştirilen, insanların öfke konusundaki duygu, düşünce ve tutumlarını belirlemeyi amaçlayan ve 5 bölümden oluşan bir bataryadır. Likert tipi, 1-5 arası puanlanmaktadır. Sorulan sorulara, "Hiç", "Nadiren", "Arada sırada", "Sıklıkla" ve "Her zaman" cevaplarından birinin verilmesi beklenmektedir. lğin alt boyutları; 'fke Belirtileri', 'fkeye Yol Açan Durumlar', 'fkeyle İlişkili Düşünceler', 'fkeyle İlişkili Davranışlar' ve 'Kişilerarası fke'dir. Bu çalışmada lğin 'Kişilerarası fke' ve 'öfke ile İlişkili Davranışlar' alt ölçekleri kullanılmıştır.

lğin her boyutu için yapılan faktör analizleri sonucunda ortaya çıkan faktörlerden oluşturulan faktör alt leklerinin Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları, ayrı ayrı hesaplanmıştır. Analiz sonucunda söz konusu 5 temel boyutun güvenirlik katsayılarının .83 ve .93 arasında, toplam 15 faktör alt lğinin güvenirlik

katsayılarının da .64 ve .95 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılığına yönelik analizler sonucunda da faktör alt ölçekleri arasında $r = -.11$ ve $r = .76$ arasında değişen anlamlı korelasyonlar bulunmuştur.

Bu çalışmada kullanılan ölçeğin ‘Kişilerarası Öfke’ bölümünün alt ölçekleri; ‘İntikama Yönelik Tepkiler’, ‘Pasif-agresif Tepkiler’, ‘İçe Dönük Tepkiler’ ve ‘Umursamaz Tepkiler’ dir ve alt ölçekler arasında Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .76 ve .94 arasında değişmektedir. ‘Öfkeyle ilişkili davranışlar’ bölümünün alt ölçekleri ise; ‘Saldırgan davranışlar’, ‘Sakin davranışlar’ ve ‘Kaygılı davranışlar’ dır ve .68 ve .84 arasında değişmektedir.

Geçerlik çalışmalarında, kriter ölçümü olarak, ölçeğin Kısa Semptom Envanteri ve Suçluluk ve Utanç Ölçeği ile arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Kısa Semptom Envanteri toplam puanıyla Çok Boyutlu Öfke Envanteri faktörleri arasındaki korelasyon .01 ile .67 arasında değişmektedir. En yüksek oranlar ‘Öfkeyle ilgili düşünceler’ boyutu ile dir. Suçluluk Utanç Ölçeği ile arasındaki korelasyonların da pek çoğunun anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür (Balkaya ve Şahin, 2003).

Bu çalışmanın örnekleminden elde edilen verilere göre Çok Boyutlu Öfke Envanterinin çalışmada kullanılan Kişilerarası Öfke bölümünün Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .93; Öfkeyle İlişkili Davranışlar bölümünün ise .75 olarak hesaplanmıştır. Kişilerarası Öfke bölümünün alt ölçeklerinin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla ‘İntikama Yönelik Tepkiler’ .93, ‘Pasif-agresif Tepkiler’

.78, 'İçe Dönük Tepkiler' .78 ve 'Umursamaz Tepkiler' .79 olarak bulunmuştur. Öfke ile İlişkili Davranışlar bölümünün alt ölçeklerinin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları ise sırasıyla 'Saldırgan Davranışlar' .79, 'Sakin Davranışlar' .80 ve 'Kaygılı Davranışlar' .62 olarak hesaplanmıştır.

2.2. 6. Sosyal Karşılaştırma Ölçeği

Sosyal Karşılaştırma Ölçeği, kişinin başkaları ile kıyaslandığında kendini çeşitli boyutlarda nasıl gördüğüne ilişkin algılarını belirlemeye yönelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Gilbert, Allan ve Trent (1991) tarafından 5 madde halinde biçimlendirilen ölçek, Şahin ve Şahin (1992) tarafından bazı maddelerin eklenmesiyle Türkçe'ye uyarlanması yapılmış ve 18 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir. 6'lı Likert tarzında puanlanan bir ölçektir. Yüksek puanlar olumlu benlik şemasına, düşük puanlar ise olumsuz benlik şemasına işaret etmektedir.

Ölçeğin orjinalinden elde edilen Cronbach Alfa içtutarlılık katsayısı .87 olarak belirtilmektedir. Beck Depresyon envanteri ile korelasyonu ise $r = -.66$ olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış formu kullanılarak Şahin ve Durak (1993) tarafından 501 banka çalışanıyla yapılan bir araştırmada, Cronbach Alfa değeri .89 olarak bulunmuştur. Sosyal Karşılaştırma Ölçeğinin, Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonu -.19, Kısa Semptom Envanterinin alt ölçekleri ile korelasyonlarının .14 ile -.34 arasında değiştiği görülmüştür (Savaşır ve Şahin, 1997).

Sosyal Karşılaştırma Ölçeği'nin bu çalışmanın örnekleminde elde edilen verilere göre Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .92 olarak bulunmuştur.

2.3. İşlem

Araştırmada kullanılmasına karar verilen ölçekler katılımcılara bir batarya şeklinde verilmiştir. Ölçek bataryasının ilk sayfasında, araştırmanın amacının ve öneminin kısaca anlatıldığı bir açıklama yazılmıştır ve katılımcıların çalışma ile ilgili bilgi almak istedikleri taktirde araştırmacıya ulaşabilecekleri iletişim bilgisi verilmiştir. Ölçek bataryasının ilk sırasında 'Bilgi Formu' yer almaktadır. Bilgi formunun yer aldığı ilk sayfa sabit kalmak üzere; sıra etkisinin ortaya çıkmasını önlemek amacıyla diğer ölçekler batarya içinde farklı sıralarda katılımcılara verilmiştir.

Ölçeklerin uygulanmasından önce, katılımcılara kısaca araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmak için gönüllü olup olmadıkları sorulduktan sonra katılmaya gönüllü olan hasta ve sağlıklı kişilere ölçekler verilmiştir. Ölçekler, katılımcıların kendileri tarafından cevaplanmıştır. Ancak katılımcılar içinde okur-yazar olmayan 7 kişiye ölçek araştırmacı tarafından okunmuştur ve katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda tamamlanmıştır.

Araştırmada hasta örneklemini oluşturan katılımcılara ulaşabilmek için Ankara'daki çeşitli hastanelerde (Ankara Gazi Devlet Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi) uygulama

yapabilmek hususunda Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin talep edilmiştir. İdari yazışmalar sonucunda izin talebini kabul eden hastanelerin ilgili bölümlerinde uygulama yapılmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen verilere uygulanan istatistik analiz sonuçlarına yer verilmektedir. Tüm analizler ‘SPSS 15.0 for Windows’ programı ile yapılmıştır.

Araştırmanın analizleri yapılmadan önce veri girişinin doğruluğu ve değişkenlerin dağılımının çok değişkenli istatistik analizi sayıtlarına uygunluğu test edilmiştir. Bu doğrultuda, normaliteyi gösteren dal-yaprak grafiğine bakılarak aşırı skora sahip uç noktalardaki 24 kişi normal örneklem grubundan çıkarılmıştır. Dolayısıyla başlangıçta sağlıklı katılımcılardan oluşan 233 kişilik kontrol grubu 209 kişiye düşmüştür. Aynı şekilde hasta katılımcıların oluşturduğu örneklem için de normallik sayıtlısını karşılayıp karşılamadığına bakılmıştır. Uç noktalardaki 3 kişi hasta örnekleminden çıkarılmıştır ve başlangıçta 128 olan hasta sayısı 125’e düşmüştür.

Analizlerin başında araştırmanın örneklemini bazı demografik değişkenler açısından gruplanmıştır. Katılımcılar 15-35 yaş arası, 36-49 yaş arası ve 50 yaş ve üzeri olmak üzere üç yaş grubuna ayrılmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyleri de gruplanmıştır. Okur yazar olmayanlar, okur yazar olanlar, ilkokul ve ortaokul eğitimi almış olanlar birinci grubu, lise eğitimi almış olanlar ikinci grubu ve üniversite, yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim almış olanlar ise üçüncü grubu

oluşturmuştur. Medeni durumları açısından bekar (hayatımda kimse yok), evli-ayrı yaşıyor, dul ve boşanmış olan katılımcılar bir gruba; bekar (ilişkisi/sevdiği var), sözlü-nişanlı ve evli olan katılımcılar ise diğer gruba oluşturmuştur. Katılımcıların gelir düzeyleri ise 1000 YTL ve altı ve 1001 YTL ve üstü olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Katılımcılara uygulanan demografik formda yer alan “Ekonomik açıdan kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?, Kendinizi fiziksel olarak nasıl görüyorsunuz?, Kendinizi ruh sağlığı açısından nasıl görüyorsunuz? ve Genel olarak hayatınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorularıyla yaşam doyumu indeksi oluşturulmuştur. Yine demografik formda yer alan “İçinde büyüdüğünüz ailenizin, size ne türden bir ilgi ve yakınlık gösterdiğini düşünüyorsunuz?, Genel olarak diğer insanlarla ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?, Karşı cinsle genel olarak ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?, Kendinizi yalnız hissettiğiniz oluyor mu? ve Yakın arkadaşınız var mı?” sorularıyla ise kişilerarası memnuniyet indeksi oluşturulmuştur. İndekslerden alınan yüksek puanlar, yaşam doyumunda ve kişilerarası memnuniyette azalmaya işaret etmektedir.

Çalışmanın istatistiksel analizleri aşamasında öncelikle toplam grupta stres belirtileri ölçek puanları üzerinde demografik değişkenlerin etkilerinin incelendiği varyans analizi sonuçları aktarılacaktır. Daha sonra psikosomatik sorunu olan ve olmayan grupların araştırma değişkenleri açısından karşılaştırılması amacıyla bağımsız örneklem t-testi sonuçları aktarılacaktır. Bunun ardından, farklı fizyolojik sisteme ait psikosomatik hastalığı olan kişilerin araştırma değişkenleri açısından karşılaştırılmasının yapılacağı tek yönlü varyans analizi sonuçları aktarılacaktır. Bu

karşılaştırmanın ardından stres belirtilerini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizlerine ilişkin bulgular verilecektir. Son olarak da araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir.

3.1. Stres Belirtileri Üzerinde Grup, Cinsiyet ve Yaşın Temel ve Ortak Etkileri

Araştırma örnekleminde grup, cinsiyet ve yaşın temel ve ortak etkilerini incelemek amacıyla 2X2X3 faktörlü varyans analizi uygulanmıştır. Grup, cinsiyet ve yaşın temel ve ortak etkilerine ilişkin bulgulara Tablo 3.1’de yer verilmiştir.

Tablo 3.1 Stres Belirtileri düzeyi üzerinde grup, cinsiyet ve yaş değişkenlerine uygulanan varyans analizi sonuçları

Değişimin Kaynağı	Kareler Toplamı	s.d.	Ortalama Kare	F
Grup	19789,306	1	19789,306	17,241**
Cinsiyet	9936,044	1	9936,044	8,657*
Yaş	13097,781	2	6548,891	5,706*
Grup*Cinsiyet	2595,725	1	2595,725	2,261
Grup*Yaş	4168,698	2	2084,349	1,816
Cinsiyet * Yaş	934,932	2	467,466	,407
Grup*Cinsiyet*Yaş	6035,129	2	3017,564	2,629
Hata	244481,282	213	1147,799	
Toplam	4305428,000	225		

*p<.01; **p<.001

Yapılan analizler sonucunda, stres belirtileri düzeyi üzerinde grup ($F=17,241$; $p<.001$); cinsiyet ($F=8,657$; $p<.01$) ve yaş ($F=5,706$; $p<.01$) temel etkisi olduğu görülmüştür. Psikosomatik bozukluğu olan gruptakilerin stres belirtileri düzeyinin ($x=145,04$; $ss=37,77$) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptakilerin stres belirtileri düzeyinden ($x=126,60$; $ss=35,43$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca; kadınların stres belirtileri puanlarının ($x=143,11$) erkeklerin puanlarından ($x=119,97$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, 15-35 yaş grubundakilerin ($x=138,86$); 36-49 yaş grubundakilerin ($x=128,32$) ve 50 ve üstü yaş grubundakilerin ($x=126,10$) stres belirtileri toplam puanlarının anlamlı düzeyde birbirinden farklı olduğu bulunmuştur.

3.2. Stres Belirtileri Üzerinde Grup, Eğitim Düzeyi ve Medeni Durumun Temel ve Ortak Etkileri

Araştırma örnekleminde grup, eğitim düzeyi ve medeni durumun temel ve ortak etkilerini incelemek amacıyla $2 \times 3 \times 2$ faktörlü varyans analizi uygulanmıştır. Grup, eğitim düzeyi ve medeni durumun temel ve ortak etkilerine ilişkin bulgulara Tablo 3.2’de yer verilmiştir.

Tablo 3.2 Stres Belirtileri düzeyi üzerinde grup, eğitim düzeyi ve medeni durum değişkenlerine uygulanan varyans analizi sonuçları

Değişimin Kaynağı	Kareler Toplamı	s.d.	Ortalama Kare	F
Grup	7123,087	1	7123,087	5,451*
Eğitim Düzeyi	3022,923	2	1511,462	1,157
Medeni Durum	6847,317	1	6847,317	5,239*
Grup* Eğitim	2322,016	1	1161,008	,888
Grup*Medeni	423,180	1	423,180	,324
Eğitim*Medeni	497,681	2	248,841	,190
Grup*Eğitim*Medeni	8437,370	2	4218,685	3,228*
Hata	275748,661	211	1306,866	
Toplam	4269391,000	223		

***p<.05**

Yapılan analizler sonucunda, stres belirtileri düzeyi üzerinde grup (F=5,451; p<.05) ve medeni durumun (F=5,239; p<.05) temel etkisi olduğu görülmüştür. Psikosomatik bozukluğu olan gruptakilerin stres belirtileri düzeyinin (x=141,36; ss=33,18) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptakilerin stres belirtileri düzeyinden (x=126,51; ss=35,58) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca; ilişkisi olmayan katılımcıların stres belirtileri puanlarının (x=139,63) ilişkisi olan katılımcıların puanlarından (x=131,05) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Bunun yanı sıra; stres belirtileri düzeyi üzerinde grup*eğitim düzeyi*medeni durum (F=3,228; p<.05) ortak etkisinin olduğu görülmüştür.

3.3. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Psikosomatik Bozukluğu Olmayan Grupların Karşılaştırılması

Psikosomatik bozukluğu olan ve olmayan grupların stres belirtileri, kendilik algısı, kişilerarası iletişim tarzı, öfke ve genel psikolojik belirtiler değişkenleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Bu analizin sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 3.3'te verilmiştir.

Tablo 3.3. Psikosomatik bozukluğu olan ve psikosomatik bozukluğu olmayan grupların stres belirtileri, kendilik algısı, kişilerarası iletişim tarzı, öfke ve genel psikolojik belirtiler (KSE) ölçekleri açısından karşılaştırılması

Psikosomatik bozukluğu olanlar			Psikosomatik bozukluğu olmayanlar		
n=60			n=82		
Değişkenler	x	ss	x	ss	t
STRES BELİRTİLERİ	145,03	37,78	123,13	36,03	3,48***
Kas Sistemi	20,37	6,61	18,33	5,97	1,89
Parasempatik	21,38	6,55	17,33	5,93	3,79***
Sempatik	20,73	8,12	16,13	6,07	3,86***
Duygusal	21,77	8,64	19,88	8,31	1,31
Bilişsel	22,50	8,52	22,13	8,23	,26
Endokrin	20,32	5,88	15,18	4,74	5,75***
Bağıışıklık	17,97	5,50	14,15	5,15	4,20***
KİŞİLERARASI TARZ	131,65	29,66	115,45	24,77	3,44***
Baskın tarz	25,93	7,88	22,10	6,99	3,00**
Kaçınan tarz	24,15	7,19	21,68	6,28	2,13*
Öfkeli tarz	22,60	7,03	20,01	5,98	2,31*

Duyarsız tarz	24,55	6,89	22,40	5,51	1,99*
Manipülatif tarz	25,07	6,05	20,45	5,35	4,72***
Alaycı tarz	9,35	4,04	8,80	3,15	,87
KENDİLİK ALGISI	83,93	16,03	87,05	12,18	-1,32
ÖFKE	195,16	35,39	183,82	33,73	2,63**
ÖFKE İLE İLGİLİ DAVRANIŞLAR	70,70	9,34	67,24	10,85	2,03*
Saldırgan Davranışlar	25,10	6,46	23,31	6,71	1,60
Sakin olmaya çalışma	32,37	6,87	31,58	6,68	,68
Kaygılı davranışlar	13,23	3,36	12,34	3,34	1,57
KİŞİLERARASI ÖFKE	125,60	28,71	114,34	26,87	2,37*
İntikam tepkileri	54,07	19,73	48,21	17,26	1,84
Pasif agresif tepkiler	32,05	7,37	30,08	7,31	1,57
İçe dönük tepkiler	31,85	7,78	28,61	6,91	2,57**
Umursamaz tepkiler	7,63	3,34	7,44	2,77	,37
KSE	51,48	30,58	36,38	27,53	3,03**
Anksiyete	10,07	7,97	7,36	7,19	2,08*
Depresyon	14,47	10,06	10,95	9,20	1,95*
Olumsuz benlik	10,97	7,29	7,60	6,76	2,81**
Somatizasyon	8,13	6,58	4,04	3,73	4,70***
Hostilite	8,15	4,58	6,43	4,39	2,25*

*p<.05, **p<.01, ***p≤.001

Tabloda görüldüğü gibi; psikosomatik bozukluğu olan grubun stres belirtileri toplam puanı ($\bar{x}$ =145,03; ss =37,78) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($\bar{x}$ =123,13; ss =36,03) anlamlı düzeyde daha yüksektir (t =3,48; p ≤.001). Stres belirtileri alt ölçeklerine bakıldığında tüm alt ölçeklerde psikosomatik bozukluğu

olanların puanlarının psikosomatik bozukluğu olmayanların puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Psikosomatik bozukluğu olan grubun kas sistemi puanları ($x=20,37$; $ss=6,61$); parasempatik sistem puanları ($x=21,38$; $ss=6,55$), sempatik sistem puanları ($x=20,73$; $ss=8,12$), duygusal stres belirtileri puanları ($x=21,77$; $ss=8,64$), bilişsel stres belirtileri puanları ($x=22,50$; $ss=8,52$), endokrin sistem puanları ($x=20,32$; $ss=5,88$) ve bağışıklık sistem puanları ($x=17,97$; $ss=5,50$) psikosomatik bozukluğu olmayan grubun puanlarından (sırasıyla; $x=18,33$, $ss=5,97$; $x=17,33$, $ss=5,93$; $x=16,13$, $ss=6,07$; $x=19,88$, $ss=8,31$; $x=22,13$, $ss=8,23$; $x=15,18$, $ss=4,74$; $x=14,15$, $ss=5,15$) yüksektir. Bu farklılıklar parasempatik sistem puanlarında ($t=3,79$, $p\leq.001$), sempatik sistem puanlarında ($t=3,86$, $p\leq.001$), endokrin sistem puanlarında ($t=5,75$, $p\leq.001$) ve bağışıklık sistemi puanlarında ($t=4,20$, $p\leq.001$) anlamlı düzeydedir. Kas sistemi puanlarında ($t=1,89$), duygusal ($t=1,31$) ve bilişsel ($t=0,26$) stres belirtileri puanlarında ise anlamlı düzeyde değildir.

Psikosomatik bozukluğu olan grubun kişilerarası iletişim tarzı (KİT) puanı ($x=131,65$; $ss=29,66$) psikosomatik bozukluğu olmayan grubun puanından ($x=115,45$; $ss=24,77$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t=3,44$; $p\leq.001$). Kişilerarası iletişim tarzı ölçeğinin alt ölçeklerine bakıldığında psikosomatik bozukluğu olan grubun baskın kişilerarası iletişim tarzı puanının ($x=25,93$; $ss=7,88$) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($x=22,10$; $ss=6,99$) anlamlı düzeyde yüksek ($t=3,00$; $p<.01$) olduğu görülmüştür. Psikosomatik bozukluğu olan grubun kaçınan kişilerarası iletişim tarzı puanı ($x=24,15$, $ss=7,19$) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($x=21,68$; $ss=6,28$) anlamlı düzeyde ($t=2,13$; $p<.05$) yüksektir. Psikosomatik bozukluğu olan grubun öfkeli kişilerarası iletişim tarzı puanı ($x=22,60$; $ss=7,03$)

psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($x=20,01$; $ss=5,98$) anlamlı düzeyde ($t=2,31$; $p<.05$) yüksektir. Psikosomatik bozukluğu olan grubun duyarsız kişilerarası iletişim tarzı puanı ($x= 24,55$; $ss=6,89$) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($x=22,40$; $ss=5,51$) anlamlı düzeyde ($t=1,99$; $p<.05$) yüksektir. Psikosomatik bozukluğu olan grubun manipülatif kişilerarası iletişim tarzı puanı ($x= 25,07$; $ss=6,05$) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($x=20,45$; $ss=5,35$) anlamlı düzeyde ($t=4,72$; $p\leq.001$) yüksektir. Psikosomatik bozukluğu olan grubun alaycı kişilerarası iletişim tarzı puanı ($x= 9,35$; $ss=4,04$) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($x=8,80$; $ss=3,15$) yüksektir ancak bu farklılık anlamlı düzeyde değildir ($t=0.87$).

Psikosomatik bozukluğu olan grubun kendilik algısı puanının ($x=83,93$; $ss=16,03$) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($x=87,05$; $ss=12,18$) düşük olduğu görülmüştür. Ancak bu farklılık anlamlı düzeyde değildir ($t=-1,32$).

Psikosomatik bozukluğu olan grubun öfke toplam puanı ($x=195,16$; $ss=35,39$) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($x=183,82$; $ss=33,73$) anlamlı düzeyde ($t=2,63$; $p<.01$) daha yüksektir. Psikosomatik bozukluğu olan grubun öfke ile ilgili davranışlar toplam puanı ($x=70,70$; $ss=9,34$) psikosomatik bozukluğu olmayan gruptan ($x=67,24$; $ss=10,85$) anlamlı düzeyde ($t=2,03$; $p<.05$) daha yüksektir. Öfke ile ilgili davranışlar alt ölçeklerine bakıldığında; psikosomatik bozukluğu olmayan grubun saldırgan davranışlar puanı ($x=25,10$; $ss=23,31$); sakin olmaya çalışma davranışları ($x=32,37$; $ss=6,87$) ve kaygılı davranışlar puanı ($x=13,23$; $ss=3,36$) psikosomatik bozukluğu olmayan grubun puanlarından (sırasıyla; $x=23,31$, $ss=6,71$;

$x=31,58$, $ss=6,68$; $x=12,34$, $ss=3,34$) daha yüksektir ancak bu farklılıklar anlamlı düzeyde değildir ($t=1,60$, $p<.05$; $t=0,68$, $p<.05$; $t=1,57$, $p<.05$). Psikosomatik bozukluğu olan grubun kişilerarası öfke tepkileri puanı ($x=125,60$; $ss=28,71$) psikosomatik bozukluğu olmayan grubun puanından ($x=114,34$; $ss=26,87$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t=2,37$; $p<.05$). Kişilerarası öfke tepkileri alt ölçeklerine bakıldığında psikosomatik bozukluğu olan grubun intikam tepkileri puanı ($x=54,07$; $ss=19,73$); pasif agresif tepkiler puanı ($x=32,05$; $ss=7,37$); umursamaz tepkiler puanı ($x=7,63$; $ss=3,34$) psikosomatik bozukluğu olmayan grubun puanlarından (sırasıyla; $x=48,21$, $ss=17,26$; $x=30,08$; $ss=7,31$; $x=7,44$, $ss=2,77$) daha yüksek olmasına karşın bu farklılıklar anlamlı düzeyde değildir ($t=1,84$, $p<.05$; $t=1,57$, $p<.05$; $t=0,37$, $p<.05$). Psikosomatik bozukluğu olan grubun içedönük öfke tepkileri puanı ($x=31,85$; $ss=7,78$) psikosomatik bozukluğu olmayan grubun puanından ($x=28,61$; $ss=6,91$) anlamlı düzeyde ($t=2,57$; $p<.01$) yüksektir.

Psikosomatik bozukluğu olan grubun kısa semptom envanteri toplam puanı ($x=51,48$; $ss=30,58$) psikosomatik bozukluğu olmayan grubun puanından ($x=36,38$; $ss=27,53$) anlamlı düzeyde ($t=3,03$; $p<.01$) yüksektir. Kısa semptom envanteri alt ölçeklerine bakıldığında; psikosomatik bozukluğu olan grubun anksiyete puanının ($x=10,07$; $ss=7,97$), depresyon puanının ($x=14,47$; $ss=10,06$), olumsuz benlik puanının ($x=10,97$; $ss=7,29$); somatizasyon puanının ($x=8,13$; $ss=6,58$) ve hostilite puanının ($x=8,15$; $ss=4,58$) psikosomatik bozukluk olan grubun puanlarından (sırasıyla; $x=7,36$, $ss=7,19$; $x=10,95$, $ss=9,20$; $x=7,60$, $ss=6,76$; $x=4,04$, $ss=3,73$; $x=6,43$, $ss=4,39$) anlamlı düzeyde (sırasıyla; $t=2,08$, $p<.05$; $t=1,95$, $p<.05$; $t=2,81$, $p<.01$; $t=4,70$, $p\leq.001$; $t=2,25$, $p<.05$) yüksek olduğu görülmüştür.

3.4. Farklı Fizyolojik Sistemlere Ait Psikosomatik Hastalığı Olan Kişilerin Araştırma Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Mevcut araştırmada, farklı fizyolojik sisteme ait psikosomatik hastalıklara sahip bireylerin (koroner arter hastalığı, mide hastalıkları, cilt hastalıkları ve diyabet) kişilerarası iletişim tarzı, kendilik algısı ve öfke değişkenlerinden aldıkları puanlar açısından birbirleri ile nasıl bir farklılık gösterdiklerini anlayabilmek amacı ile tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda içedönük öfke tepkileri, parasempatik sistem, bilişsel sistem ve bağışıklık sistemi alt ölçeklerinde gruplar arası anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bulunan gruplar arası farklılıkların yönünü belirlemek amacıyla yapılan Tukey testi sonuçları Tablo 3.4'te görülmektedir.

Tablo 3.4. Farklı Fizyolojik Sistemlere Ait Psikosomatik Hastalığı Olan Kişilerin Stres Belirtileri, Kendilik Algısı, Kişilerarası İletişim Tarzı, Öfke ve Genel Psikolojik Belirtiler (KSE) Açısından Karşılaştırılması

	Koroner Arter Hastaları			Mide Hastaları			Cilt Hastaları			Diyabet Hastaları			
	n	x	ss	n	x	ss	n	x	ss	n	x	ss	F
Stres Belirtileri	19	135,47	38,05	18	158,28	38,87	27	147,00	35,42	17	138,59	38,76	1,35
Kas sistemi	32	20,06	7,72	28	23,50	7,02	30	20,67	6,00	30	19,30	6,00	2,13
Parasempatik	31	19,55 _a	7,18	24	24,96 _b	7,02	30	20,27	5,81	30	23,30	6,91	3,92**
Sempatik	30	22,90	8,42	28	21,43	8,56	30	18,80	7,12	31	22,90	8,21	1,73
Duygusal	32	22,00	9,21	29	24,69	9,75	30	22,23	7,88	30	21,57	8,45	,74
Bilişsel	30	24,30	9,20	29	27,52 _b	9,57	30	24,37	8,58	29	20,86 _a	8,00	2,73*
Endokrin	24	19,33	7,12	26	19,61	6,16	28	20,78	5,16	25	23,32	6,24	2,16
Bağışıklık	30	14,93 _b	4,54	24	18,75	6,90	29	20,38 _a	5,00	27	15,59 _b	5,08	6,59***
Kişilerarası Tarz	31	131,93	29,09	26	131,61	33,85	30	143,17	36,32	25	129,56	40,51	,90
Baskın tarz	32	26,50	9,03	29	26,24	8,81	31	28,48	10,27	29	26,76	11,20	,32
Kaçınan tarz	31	25,52	6,50	29	24,41	7,84	31	26,84	8,27	31	23,74	8,57	,92
Öfkeli tarz	32	21,72	7,59	29	21,96	6,67	30	24,93	6,96	31	20,77	8,37	1,77
Duyarsız tarz	32	24,81	7,10	29	26,41	7,41	31	25,42	6,99	29	22,72	6,58	1,43

	Koroner Kalp Hastaları			Mide Hastaları			Cilt Hastaları			Şeker Hastaları			
	n	x	ss	n	x	ss	n	x	ss	n	x	ss	F
Manipülatif tarz	32	24,97	6,40	27	24,07	6,30	31	26,52	6,41	31	24,26	7,28	,85
Alaycı tarz	32	8,84	3,53	28	9,25	2,90	31	10,52	5,10	32	9,00	3,43	1,22
Kendilik Algısı	29	86,27	11,62	27	81,44	14,72	30	80,67	15,58	29	80,24	16,46	1,04
Öfke	27	197,26	29,44	25	184,00	35,70	30	207,80	35,29	26	191,73	36,42	2,35
Öfkeyle ilgili dav.	31	73,03	11,23	28	68,93	10,09	31	73,26	11,20	31	70,81	9,93	1,08
Saldırgan davranışlar	31	25,90	6,87	29	25,24	6,80	31	26,00	6,75	32	26,56	8,12	,17
Sakin olmaya çalışma	32	34,19	7,77	28	31,11	6,01	31	33,74	6,48	31	31,52	7,64	1,47
Kaygılı davranışlar	32	13,41	3,85	29	12,83	2,83	31	13,52	3,62	32	12,53	2,60	,65
Kişilerarası Öfke	28	123,32	22,16	26	116,35	27,82	30	134,27	27,78	26	120,73	31,28	2,21
İntikam tepkileri	28	51,86	15,93	28	50,93	14,98	30	57,33	20,15	26	54,54	22,46	,70
Pasif agresif tepkiler	32	31,12	6,52	28	29,61	7,41	30	34,23	6,97	30	30,77	7,49	2,28
İçedönük tepkiler	31	31,22	6,30	28	29,43 _b	7,68	30	35,57 _a	6,34	30	28,50 _b	7,96	5,82****
Umursamaz tepkiler	31	7,16	2,97	26	6,88	2,44	30	7,13	3,89	31	7,35	3,19	,10
KSE	25	44,12	29,46	23	58,17	36,75	28	53,53	31,42	28	55,71	36,23	,83
Anksiyete	29	8,59	7,39	28	12,18	8,50	29	11,24	8,59	31	10,74	10,01	,88
Depresyon	29	10,93	8,99	25	17,72	10,89	31	14,68	8,81	31	15,84	10,46	2,37

	Koroner Kalp Hastaları			Mide Hastaları			Cilt Hastaları			Şeker Hastaları			
	n	x	ss	n	x	ss	n	x	ss	n	x	ss	F
Olumsuz benlik	29	8,65	6,19	27	12,89	9,05	31	12,00	7,06	29	13,10	9,36	1,91
Somatizasyon	28	8,36	6,78	28	10,36	6,76	31	6,16	5,88	32	9,25	5,75	2,40
Hostilite	31	7,26	4,81	28	8,28	5,34	30	9,97	6,06	32	7,81	4,55	1,53

Not: Farklı harflerin bulunduğu ortalamalar arasında anlamlı farklılıklar mevcuttur.

***p<.05, **p<.01, ***p≤.001**

Tablo 3.4.'te görüldüğü gibi, içedönük tepkiler alt ölçeğinden cilt hastaları hem mide hastalarından hem de şeker hastalarından anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almışlardır. Parasempatik sistem alt ölçeğinde ise mide hastalarının koroner arter hastalarından daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Yine mide hastalarının bilişsel sistem alt ölçeğinden de diyabet hastalarına oranla daha yüksek puanlar aldıkları dikkati çekmektedir. Bağışıklık sistemi alt ölçeğinden ise cilt hastaları hem koroner arter hastalarından hem de diyabet hastalarından anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almışlardır. Diğer araştırma değişkenleri açısından tanı grupları arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığı bulunmuştur.

3.5. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Stres Belirtilerini Yordayan Değişkenler

Psikosomatik bozukluğu olan ve olmayan gruplarda stres belirtilerini yordayan değişkenlerin neler olduğunun belirlenmesi amacıyla aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu amaçla, demografik değişkenler (yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, cinsiyet), öfkeyle ilişkili davranışlar alt ölçek puanları (saldırgan davranışlar, sakin olmaya çalışma tepkileri, kaygılı davranışlar), kişilerarası öfke alt ölçek puanları (intikam tepkileri, pasif agresif tepkiler, içe dönük tepkiler, umursamaz tepkiler), kişilerarası iletişim tarzı alt ölçek puanları (baskın tarz, kaçınan tarz, öfkeli tarz, duyarsız tarz, manipülatif tarz, alaycı tarz), kendilik algısı, yaşam doyumu indeksi, kişilerarası memnuniyet indeksi yordayıcı değişkenler olarak ele alınmıştır. Regresyon denkleminde sırasıyla birinci adımda demografik

değişkenler, ikinci adımda öfkeyle ilişkili davranışlar alt ölçek puanları, üçüncü adımda kişilerarası öfke alt ölçek puanları, dördüncü adımda kişilerarası iletişim tarzı alt ölçek puanları, beşinci adımda kendilik algısı puanı, altıncı adımda yaşam doyumu puanı ve yedinci adımda kişilerarası memnuniyet puanı ayrı bloklar halinde alınmıştır. Psikosomatik bozukluğu olan ve olmayan gruplarda stres belirtilerini yordayan değişkenlere ilişkin aşamalı hiyerarşik regresyon analizi sonuçları Tablo 3.5.'te verilmektedir.

Tablo 3.5. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Stres Belirtilerini Yordayan Değişkenler

Grup	Değişken (regresyon denkleminde giriş sırasına göre)	R	R²	Uyarlanmış R²	Beta	t	Hata varyansı (sd)	F Değişim	F
Psikosomatik Bozukluğu Olan Grup	Yaş	,34	,11	,10	-,34	-2,81*	35,81 (1-62)	7,88**	7,88**
	Saldırgan davranış	,45	,20	,17	,30	2,60*	34,25 (1-61)	6,78*	7,70**
	Kendilik algısı	,51	,28	,25	-,31	-2,59*	32,75 (1-60)	6,68*	7,84***
	Yaşam doyumu	,54	,29	,24	,10	,80	32,85 (1-59)	,63	6,00***
	Kişilerarası memnuniyet	,54	,29	,23	-,02	,11	33,13 (1-58)	,01	4,72***

Grup	Değişken (regresyon denkleminde Giriş sırasına göre)	R	R ²	Uyarlanmış R ²	Beta	t	Hata varyansı (sd)	F Değişim	F
Sağlıklı Grup	Cinsiyet	,38	,15	,14	-,38	-3,82***	33,37 (1-85)	14,60***	14,60***
	Saldırgan davranış	,53	,28	,26	,36	3,89***	30,90 (1-84)	15,15***	16,09***
	İçe dönük tepkiler	,61	,37	,35	,32	3,58***	28,93 (1-83)	12,84**	16,52***
	Kendilik algısı	,61	,37	,34	-,03	-,30	29,09 (1-82)	,09	12,28***
	Yaşam doyumu	,64	,40	,37	,19	2,02*	28,55 (1-81)	4,10*	11,01***
	Kişilerarası memnuniyet	,64	,41	,36	,08	,77	28,63 (1-80)	,59	9,23***

*p<.05, **p<.01, ***p≤.001

Tablo 3.5'te görüldüğü gibi psikosomatik bozukluğu olan grupta birinci aşamada stres belirtilerini yordayan değişken olarak denkleme giren tek demografik değişken açıkladığı %11'lik varyansla yaş olmuştur ($F=7,88$; $sd=1-62$; $p<.01$). İkinci aşamada öfkeyle ilişkili davranışlar alt ölçekleri blok olarak eklendiğinde saldırgan davranış değişkeninin yordayıcı gücü olduğu bulunmuştur ve bu değişkenin ilk yordayıcı değişkenle birlikte açıkladığı varyans % 20'dir. ($F=7,70$; $sd=1-61$; $p<.01$). Denkleme üçüncü aşamada kişilerarası öfke alt ölçekleri ve dördüncü aşamada ise kişilerarası iletişim tarzı alt ölçekleri eklenmiştir ancak yordayıcı güçlerinin olmadığı görülmüştür. Beşinci aşamada denkleme sokulan kendilik algısı değişkenin diğer değişkenlerle birlikte açıkladığı varyans % 28'e ulaşmıştır. ($F=7,84$; $sd=1-60$; $p\leq.001$).

Yaşam doyumu indeksi altıncı aşamada denkleme eklenmiştir. Yaşam doyumu değişkeninin stres belirtilerini yordayıcı gücü olmadığı ancak diğer değişkenlerle birlikte denkleme girdiği görülmüştür ($F=6,00$; $sd=1-59$; $p\leq.001$). Yedinci aşamada kişilerarası memnuniyet indeksi denkleme eklenmiştir. Kişilerarası memnuniyet değişkeninin yordamaya bağımsız katkısının olmadığı ancak diğer değişkenlerle birlikte denkleme girdiğinde açıklanan toplam varyans %29'a ulaşmıştır. ($F=4,72$; $sd=1-58$; $p\leq.001$).

Psikosomatik bozukluğu olmayan sağlıklı grupta birinci aşamada denkleme eklenen demografik değişkenlerden stres belirtilerini yordayan tek değişken açıkladığı %15'lik varyansla cinsiyettir ($F=14,60$; $sd=1-85$; $p\leq.001$). İkinci aşamada öfkeyle ilişkili davranışlar alt ölçekleri blok olarak eklendiğinde saldırgan davranış

değişkeninin yordayıcı gücü olduğu bulunmuştur ve bu değişkenin ilk yordayıcı değişkenle birlikte açıkladığı varyans % 28'dir ($F=16,09$; $sd=1-84$; $p\leq.001$). Üçüncü aşamada kişilerarası öfke alt ölçekleri blok olarak denkleme eklenmiştir ve içe dönük tepkiler değişkeninin toplam varyansın %37'sini açıkladığı bulunmuştur ($F= 16,52$; $sd=1-83$; $p\leq.001$). Dördüncü aşamada kişilerarası iletişim tarzı alt ölçekleri denkleme blok olarak eklenmiştir ancak yordayıcı güçlerinin olmadığı görülmüştür. Beşinci aşamada denkleme eklenen kendilik algısı değişkeninin yordamaya bağımsız katkısının olmadığı görülmüştür. Altıncı aşamada yaşam doyumu değişkeninin diğer değişkenlerle denkleme girdiğinde toplam varyansın %40'ını açıkladığı görülmüştür ($F=11,01$; $sd=1-81$; $p\leq.001$). Yedinci aşamada denkleme eklenen kişilerarası memnuniyet değişkeninin yordamaya bağımsız katkısının olmadığı ancak diğer değişkenlerle birlikte denkleme girdiği ve stres belirtileri üzerinde açıklanan toplam varyansı %41'e ulaştırdığı görülmüştür. ($F=9,23$; $sd=1-80$; $p\leq.001$).

3.6. Kişilerarası İletişim Tarzı, Öfke, Kendilik Algısı ve Psikosomatik Bozukluklar Arasındaki İlişkiler

Kişilerarası iletişim tarzı, öfke, kendilik algısı ve psikosomatik sorunlar arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği kullanılarak hesaplanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 3.6 ve 3.7'de verilmiştir.

Tablo 3.6'da görüldüğü gibi stres belirtileri değişkeni toplam ve alt ölçekleri öfke ve kendilik algısı puanları ile genel olarak anlamlı ilişki içindedir. Stres belirtileri toplam puanının öfke toplam puanı ile pozitif yönde ve anlamlı düzeyde

ilişkisi ($r = ,38$; $p < .01$) olduğu; stres belirtileri toplam ve alt ölçek puanlarının kişilerarası öfke alt ölçeklerinden umursamaz tepkiler değışkeni ve öfkeyle ilişkili davranışlar alt ölçeklerinden sakin olmaya çalışma değışkeni ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olmadığı görölmüşür. Stres belirtileri toplam ve alt ölçekleri ile kendilik algısı değışkeni arasındaki ilişki beklendiğı gibi olumsuz yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Tablo 3.7’de göröldüğü stres belirtileri ve kişilerarası iletişim tarzı arasında olumlu yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görölmektedir.

Tablo 3.6. Stres Belirtileri ile Öfke ve Kendilik Algısı değişkenleri arasındaki ilişkiler

	Öfke	Kişilerarası Öfke	İntikam tepkileri	Pasifagresif Tepkiler	İçe dönük tepkiler	Umursamaz tepkiler	Öfkeyle ilgili davranışlar	Saldırgan davranışlar	Sakin Olmaya çalışma	Kaygılı davranışlar	Kendilik algısı
Stres belirtileri	,38**	,38**	,34**	,26**	,33**	,01	,32**	,37**	-,01	,34**	-,26**
Kas sistemi	,29**	,29**	,28**	,19**	,19**	-,07	,20**	,29**	-,06	,19**	-,23**
Parasempatik Sinir sistemi	,25**	,24**	,24**	,13**	,20**	,01	,20**	,28**	-,03	,17**	-,12*
Sempatik Sinir sistemi	,25**	,24**	,27**	,16**	,13*	-,01	,20**	,33**	-,11*	,21**	-,19**
Duygusal	,44**	,40**	,34**	,29**	,36**	,01	,37**	,39**	,01	,34**	-,29**
Bilişsel	,40**	,37**	,33**	,30**	,33**	,01	,35**	,33**	,06	,36**	-,22**
Endokrin Sistem	,33**	,33**	,31**	,22**	,24**	,01	,28**	,32**	,00	,25**	-,18**
Bağıışıklık Sistemi	,25**	,27**	,26**	,18	,23**	,00	,15**	,24**	-,08	,18**	-,14*

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

Tablo 3.7. Stres Belirtileri ile Kişilerarası İletişim Tarzı değişkenleri arasındaki ilişkiler

	Kişilerarası İletişim Tarzı	Baskın Tarz	Kaçınan Tarz	Öfkeli Tarz	Duyarsız Tarz	Manipülatif Tarz	Alaycı Tarz
Stres Belirtileri	,34**	,23**	,36**	,39**	,17*	,21**	,15*
Kas sistemi	,21**	,21**	,24**	,29**	,12*	,10	,13*
Parasempatik Sinir Sistemi	,22**	,22**	,25**	,25**	,14*	,16**	,11
Sempatik Sinir Sistemi	,26**	,22**	,22**	,23**	,18**	,16**	,12*
Duygusal	,37**	,26**	,38**	,39**	,22**	,23**	,18**
Bilişsel	,32**	,22**	,36**	,33**	,21**	,19**	,18**
Endokrin Sistem	,28**	,22**	,29**	,32**	,11	,24**	,10
Bağıışıklık Sistemi	,21**	,18**	,18**	,25**	,11	,14*	,16**

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

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu araştırmada; psikosomatik bozuklukluk (kalp, mide, şeker ve cilt hastalıkları) tanısı almış bireyler ile herhangi bir tıbbi hastalık tanısı almamış sağlıklı bireylerden stres belirtileri, kendilik algıları, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke ifade biçimleri ile ilgili bilgi toplanmıştır. Bu bilgilerin toplanmasındaki temel amaç; psikosomatik bozukluklarda kendilik algısı, kişilerarası ilişki tarzı ve öfkenin bir arada nasıl bir ilişki içinde olduklarının incelenmesidir. Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın temel amacına ulaşma doğrultusunda yapılan analizlerden elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmaktadır.

4.1. Stres Belirtileri Üzerinde Grup, Cinsiyet, Yaş, Eğitim Düzeyi ve Medeni Durumun Temel ve Ortak Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada; stres belirtileri üzerinde önemli olabileceği düşünülen bazı demografik değişkenlerin etkisini anlamak amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Bilindiği üzere ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ağırlıklı olarak stresin fizyolojik belirtileri hakkında bilgi vermektedir. Bu amaçla; katılımcılardaki psikosomatik bozukluklar hakkında bilgi edinilmesi için ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ kullanılmıştır. Hem psikosomatik bozukluğu olan bireylerin hem de sağlıklı bireylerin oluşturduğu

toplam grup üzerinde yapılan varyans analizi sonucunda; stres belirtileri üzerinde grup, cinsiyet, yaş ve medeni durum temel etkisi, grup-eğitim düzeyi-medeni durum ortak etkisi olduğu bulunmuştur. Bulgular bölümünde de aktarıldığı üzere; psikosomatik bozukluğu olan gruptakilerin stres belirtileri düzeyinin, psikosomatik bozukluğu olmayan gruptakilerin stres belirtileri düzeyinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan bu grup etkisi göz önüne alınarak, psikosomatik bozukluğu olan hasta grup ile psikosomatik bozukluğu olmayan sağlıklı grup daha sonraki analizlerde birbirinden ayrı tutulmuştur.

Cinsiyet temel etkisine baktığımız da ise kadınların stres belirtileri puanlarının erkeklerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. İlgili literatürde; psikosomatik bozuklukların kadınlarda erkeklerden daha sık ortaya çıktığını belirten sonuçlara rastlanmaktadır. Tamada (2005); psikosomatik hastaların oluşturduğu bir Japon örnekleminde 1989-1997 yılları arasında yürüttüğü araştırmasında psikosomatik hastalığı olan erkek hastaların sayısı sabit kalırken kadın hastaların sayısında 1,5 kat artış olduğu sonucuna varmıştır. Bununla birlikte; başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere bazı psikosomatik hastalıkların erkeklerde daha sık görüldüğüyle ilgili araştırmalara literatürde rastlanmaktadır. Stock, Stollenwerk, Redaelli, Civello ve Lauterbach (2008) cinsiyet farklılıklarını araştırdıkları bir grup hastada; şeker ve koroner arter hastalığının erkeklerde daha yaygın olduğunu (Hosler & Menlik, 2003), hipertansiyon ve kalp yetmezliğinin ise kadınlarda daha yaygın olarak görüldüğünü belirtmişlerdir. Labouvie-Vief, Lumley, Jain ve Heinze'e (2003) göre genç kadınlar, genç erkeklere göre daha yüksek kalp ivmesine sahiptirler. Ford ve ark. (2008) koroner kalp hastalarında yaşam kalitesine

dair cinsiyet farklılıklarını araştırdıkları çalışmalarında; koroner kalp hastalığı olan kadınların erkeklere göre daha fazla fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı gün geçirdiklerini bildirdikleri görülmüştür. Aynı zamanda hem koroner kalp hastalığı hem de şeker hastalığı olan kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonucun, mevcut çalışmada elde edilen kadınlarda stres belirtilerinin daha yüksek olduğu bulgusu ile örtüştüğü görülmektedir. King, Aubert ve Herman (1998) ise özellikle gelişmiş ülkelerde şeker hastalığının erkeklerde daha fazla görüldüğünü ileri sürerlerken; Taşkın, Yılmaz, Kılıç ve Ertuğrul (2007); Şimşek, Karabay ve Kocabay (2003) tip 1 diyabeti olan hastalarla yaptıkları çalışmalarında cinsiyet farklılığının olmadığı sonucuna varmışlardır.

Cilt hastalıklarına baktığımızda ise; Adışen, Tekin, Gülekon ve Gürer'in (2008) 130 olgunun retrospektif değerlendirmesini yaptıkları çalışmalarına göre erişkin psoriazisin aksine çocukluk dönemi psoriazisi kız çocuklarında daha sık görülmektedir. Diğer taraftan; psikodermatozların sınıflamasında belirgin biçimde ruhsal kaynaklı olduğu vurgulanan psikojenik deri yolmanın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisinin araştırıldığı çalışmada hasta grupları arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çalıküşu, Yücel, Polat ve Baykal, 2002).

İlgili literatürde, cinsiyetin psikosomatik hastalıklarla ilişkisine dair bulgulara bakıldığında; psikosomatik hastalıkların bazılarının kadınlarda bazılarının ise erkeklerde daha sık görüldüğüyle ilgili sonuçların olduğu görülmektedir. Dolayısıyla daha önce yapılmış bazı araştırma bulgularının, mevcut çalışmada cinsiyetin

psikosomatik hastalıklar üzerindeki etkisine ilişkin bulguları desteklediği, bazılarının ise bu bulgularla çeliştiği söylenebilir.

Yaşın psikosomatik hastalıklar üzerindeki etkisine ilişkin bulgulara baktığımızda yaş grupları arasında farklılık olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe stres belirtilerinde de anlamlı düzeyde düşüş görülmüştür.

Birtakım demografik özellikler, stres belirtileri ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada Hall, Matthews ve Keeler (1984); kadınlarda depresif belirtilerin erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğunu; yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, hem erkeklerde hem de kadınlarda 20-35 yaş arasında stresle ilişkili belirtilerin daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmektedirler.

Özellikle akut stres belirtilerinin erken yaşlarda daha fazla görüldüğüyle ilgili araştırmalara rastlanmaktadır (Ullman ve Siegel, 1994). Cohen (2008) İkinci Lübnan savaşına maruz kalan kişilerde akut stres bozukluğu ve akut stres belirtilerinin yoğunluğunu yaş gruplarına göre karşılaştırmıştır. 70 yaş ve üstü bireylerin daha düşük düzeyde akut stres belirtisi gösterdikleri, 18-40 yaş arası bireylerin ise akut stres bozukluğu kriterlerini en fazla karşılayan yaş grubu olduğu görülmüştür.

Psikolojik etkenlerin sebep olduğu ve fiziksel bir bozukluğu düşündürecek biçimde bedensel işlevsellikte değişme ya da kayıplarla giden bir bozukluk olarak tanımlanan konversiyon bozukluğu olan 72 kişiyle yapılan bir çalışmada, olguların

çoğunda belirtilerin 20-30 yaş arasında başladığı ve kadınlarda daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır (Uğuz ve Toros, 2003).

Bu araştırmada, 15-35 yaş grubundakilerin stres belirtileri ortalamalarının en yüksek düzeyde olduğu ve 50 ve üstü yaş grubundakilerin ise stres belirtileri ortalamalarının en düşük düzeyde olduğu sonucu; literatürdeki stres belirtilerinin erken yaşlarda daha fazla görüldüğü bilgisiyle tutarlıdır. Daha ileri yaşlarda kazanılan deneyimler sonucunda, bireylerin karşılaşılan bir takım yaşam olaylarıyla daha etkili baş edilebildikleri, stres verici olaylara daha çözümçül yaklaşabildikleri göz önüne alındığında elde edilen sonucun beklenir yönde olduğu düşünülebilir.

Psikosomatik hastalıklar üzerinde etkisi olduğu sonucuna varılan diğer bir demografik değişken ise medeni durumdur. Araştırmada; herhangi bir duygusal ilişkisi olmayan katılımcıların, duygusal ilişkisi olan (evli, sözlü, nişanlı, ilişkisi/sevdiği var) katılımcılara göre daha fazla stres belirtisi gösterdikleri sonucuna varılmıştır.

Literatürdeki çalışmalar evliliği fiziksel, zihinsel ve sosyal iyi oluşa katkıda bulunan bir kişilerarası ilişki olarak açıklarlar (Gove ve ark., 1983; Gove ve Geerken, 1977; akt. Mookherjee, 1997). Mookherjee (1997) evli olan ve olmayan kadın ve erkekleri karşılaştırmış ve evli bireylerin bekarlara göre yaşamlarından daha memnun olduklarını ileri sürmüştür.

Nakao, Fricchione, Zuttermeister, Myers, Barsky ve Benson (2001) somatik belirtiler üzerinde cinsiyet ve medeni durumun etkilerini incelemek amacıyla evli, bekar, boşanmış ve ayrı yaşayan kadın ve erkeklerle çalışmışlardır. Araştırma sonucuna göre, genel olarak tüm belirti sonuçları kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Ayrıca evli bireyler bekarlara göre daha az fiziksel ve psikolojik sorun belirtmektedirler.

Bununla birlikte evli bireylerde sağlığın zayıf olduğuna ilişkin bulgulara da rastlanılmaktadır. Preston (1995) yaşlılarda medeni durum, cinsiyet rolleri, stres ve hastalık ilişkisini incelemiştir. Evli ve evli olmayan kadın ve erkeklerle yapılan araştırmada, evli kadınların sağlıkları en kötü ve strese karşı en hassas grup oldukları sonucuna varılmıştır.

Mutlu bir evliliğin bireylerin psikolojik ve sosyal iyi oluşlarını desteklediği düşünüldüğünde, evli bireylerin daha az stres belirtisi göstermesi sonucu da beklenir yönde olmaktadır. Ancak tersi durumda evlilik, kişilerarası bir stres faktörü haline dönüştüğünde, beraberinde psikolojik ve psikosomatik sorunları getirme olasılığının da arttığı düşünülmektedir.

4.2. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların Araştırma Değişkenleri Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada, psikosomatik bozukluğu olan ve psikosomatik bozukluğu olmayan gruplar araştırma değişkenleri (stres belirtileri, kişilerarası ilişki tarzı, kendilik algısı, öfke, genel psikolojik belirtiler) açısından karşılaştırılmıştır. Daha önce yapılmış olan varyans analizi sonucunda; stres belirtileri üzerinde grup temel etkisi olduğu bulunduğu bundan sonraki analizler psikosomatik bozukluğu olan ve olmayan gruplar için ayrı ayrı yapılmıştır. Analizler sonucunda, psikosomatik bozukluğu olan kişilerin stres belirtileri, kişilerarası iletişim tarzı, öfke ve genel psikolojik belirtiler boyutlarında daha olumsuz bir örüntü sergiledikleri görülmüştür.

Mevcut çalışmada psikosomatik bozukluğu olanlar psikosomatik bozukluğu olmayanlarla karşılaştırıldığında daha fazla stres belirtisi sergiledikleri görülmüştür. Stres belirtileri alt ölçeklerine bakıldığında parasempatik sistem, sempatik sistem, endokrin sistem ve bağışıklık sistemi puanları iki grup arasında psikosomatik bozukluğu olan kişilerde anlamlı düzeyde daha yüksektir. Stresin fizyolojisi incelendiğinde stres-hastalık ilişkisi bağlamında sempatik-parasempatik sistem, endokrin sistem ve bağışıklık sistemi aktivasyonunun en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (Sternberg, 2001). Dolayısıyla elde edilen bu bulgu oldukça anlamlı ve beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Psikosomatik bozukluğu olan kişiler psikosomatik bozukluğu olmayan sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında kişilerarası iletişim tarzlarının daha olumsuz olduğu sonucuna varılmıştır. Psikosomatik bozukluğu olan kişiler kişilerarası ilişkilerinde daha fazla baskın, kaçınan, öfkeli, duyarsız ve manipülatif tarz kullanmaktadırlar. Literatürde psikosomatik sorunlar ve kişilerarası ilişki tarzları arasındaki ilişkiyle ilgili az sayıda araştırmaya rastlanmaktadır (Auerbach, Clore, Kiesler, Orr, Pegg, Quick ve Wagner, 2002, Sarandöl, 2003; Snoke ve Skinner, 2001). Carmody, Crossen ve Wiens (1989) kişilerarası ilişkilerinde öfke, düşmanlık ve A tipi davranış örüntüsü sergileyen kişilerin hastalığa yatkın kişilikler olduğunu belirtmişlerdir. Friedman (1969) ve Rosenman (1975) koroner bağlantılı hastaların başarı ve ilerleme için yoğun ve rekabetçi güdülerini olduğunu, abartılmış zaman baskısı ve acele etme gereksinimi duyduklarını belirtmişlerdir. Bu kişilerin başkalarına karşı oldukça saldırgan ve düşmanca davrandıklarını, işlerine aşırı düşkün olduklarını, sıklıkla iki işi birden yapmaya kalkıştıklarını ve bir işin iyi olması için o işi kendilerinin yapması gerektiğine inandıklarını ileri sürmektedirler (akt., Davison ve Neale, 2004).

Cameron ve Rychlak 1985'te yaptıkları araştırmada ülserli hastaların kişilerarası ilişkilerinde pasif, uysal ve yumuşak görünümünün arkasında, öfke ve kin duygularının yattığını saptamıştır (akt., Tuğcu, 1987). Greenwald (1984) gastrointestinal hastaları ve cilt hastalarıyla yaptığı araştırmada; gastrointestinal hastaların daha tepkisel (responsive) tarzda olduğunu, cilt hastalarının ise daha duyarsız (nonresponsive) olduklarını belirtmektedir.

Mevcut çalışmada psikosomatik bozukluğu olan grubun öfkelerini psikosomatik bozukluğu olmayan gruba göre daha fazla davranışlarına yansıttıkları ve kişilerarası ilişkilerinde de daha fazla içe dönük öfke yaşadıkları bulunmuştur. Psikosomatik bozukluklarla öfke ilişkisine bakıldığında en fazla dikkat çeken hastalık grubu kalp damar sistemi hastalıklarıdır (Martin, Wan, David, Wegner, Olson, Watson, 1999; Davidson, Stuhr, Dixon, MacGregor, MacLean, 2000). Suls ve Bunde (2005) kaygı ve depresyonun yanında öfkenin de koroner kalp hastalığının gelişmesi ve ilerlemesinde önemli rol oynadığını öne sürmüştür. Çeşitli araştırmalarda, öfke ve bastırılmış düşmanlık, somatizasyon gelişiminde önemli etmenler olarak tanımlanmıştır. Öfke ifade tarzı ile somatik belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada; ifade etme şekline göre içe dönük öfkenin, daha çok psikosomatik bozukluklarda anlamlı ilişkiler gösterdiği gözlenmiştir (Koh, 2003). Bu araştırmada da içe dönük öfke tepkileri psikosomatik bozukluğu olan grupta daha fazla görülmüştür. Ramsay, McDermott ve Bray (2001) olaylara öfkeli bir şekilde cevap verme konusunda sıklıkla rahat olan bireylerin koroner arter hastalığı için yüksek risk altında olduğunu gözlemlemişlerdir. Benzer şekilde; Al'Absi, Bongard ve Lovallo (2000) öfkenin dışa dönük ifadesi ve savunmacılığın kişilerarası bağlamdan oldukça etkilendiğini ve kalp damar sistemi üzerinde etkileri olan bir takım hormonların (ACTH ve kortizol) salınmasında büyük rol oynadığını belirtmişlerdir.

Mevcut çalışmada, psikosomatik bozukluğu olan grubun genel psikolojik belirti düzeyinin psikosomatik bozukluğu olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kısa Symptom Envanterinin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik,

somatizasyon ve hostilite olmak üzere tüm alt ölçek puanları psikosomatik bozukluğu olanlarda daha yüksektir. Psikosomatik hastalık tanısı almış kişilerle yapılan araştırmalar da bu bulgularla aynı yöndedir. Araştırmalar hasta kişilerde psikolojik stres belirtilerinin daha yaygın olduğunu göstermektedir (Eren, Erdi ve Özçankaya, 2003). Örneğin major depresyonun yaygınlığının kalp hastalarında sağlıklı kişilere göre daha fazla olduğunu gösteren araştırmalara rastlanmaktadır (Carney ve ark. 1988; Ladwig ve ark. 1991). Benzer şekilde Sperger ve arkadaşları (1989), Belirti Tarama Listesi-90 (SCL-90) kullanarak kronik idyopatik ürtikeri olan 19 hastayı kontrol grubu ile karşılaştırmış ve ürtiker hastalarında somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete ölçütlerinde anlamlı olarak daha yüksek sonuçlar elde edildiğini belirtmişlerdir.

Psikosomatik bozukluğu olanlarda kendilik algısı istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte psikosomatik bozukluğu olanlarda, psikosomatik bozukluğu olmayan kişilere göre daha olumsuz bulunmuştur. Kendilik algısının hasta ve sağlıklı grup arasında anlamlı fark göstermemesi beklenir bir bulgu değildir. Bu durumun, katılımcıların kendilerini iyi gösterme çabalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Kendilik kavramı, kronik hastalığı olan bazı hastalar için özellikle anlamlıdır. Fiziksel bir sıkıntının varlığı, yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan sosyal ilişkileri etkileyebilmektedir ve sıklıkla düşük benlik saygısıyla ilişkilidir (Wray & Sensky, 1998). Pek çok yazar belirli bozukluklarda kendilik algısıyla ilgili çarpıtmaların, genellenmiş psikopatoloji ve uyum sorunlarıyla ilgili olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bulgular; kendisiyle ilgili bilgiyi oldukça yanlış yorumlayan bireylerin, daha fazla psikopatoloji sergilediklerini ve kişilerarası ilişkilerinde ve uyumlarında

daha fazla problem yaşayacaklarının yordanabileceğini göstermiştir. Ancak bununla birlikte ters yönde bulgulara da rastlanmaktadır. Linville (1987); daha karmaşık bir kendilik kavramının çeşitli psikolojik belirtilere karşı koruyucu olarak çalışabileceğini öne sürmüştür. Kişilikleri çok yönlü olarak nitelendirilen bireylerde depresyon ve stresle ilişkili hastalıkların daha az görüldüğü belirtilmiştir (akt., Evans, Brody ve Noam, 2001).

4.3.Farklı Fizyolojik Sistemlere Ait Psikosomatik Hastalığı Olan Kişilerin Araştırma Değişkenleri Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Mevcut araştırmada koroner arter hastaları, mide hastaları, cilt hastaları ve diyabet hastaları stres belirtileri, kişilerarası iletişim tarzı, kendilik algısı ve öfke tepkileri değişkenleri açısından karşılaştırılmıştır. Bu analiz sonucunda; tanı grupları arasında içe dönük öfke tepkileri, parasempatik sistem tepkileri, bağışıklık sistemi tepkileri ve bilişsel tepkiler açısından anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. İçe dönük öfke tepkisi puanları ve bağışıklık sistemi puanları cilt hastalarında en yüksekken; parasempatik sistem puanları ve bilişsel stres belirtileri puanları ise mide hastalarında en yüksektir.

Cilt hastalıklarının çoğunun başkaları tarafından da görülebilir oluşu, bu hastaların daha çok utanç duymaları, içsel çatışma yaşamaları, suçluluk duymaları ve sosyal ilişkilerinin bu durumdan olumsuz etkilenmesiyle sonuçlanabilir (Sukan ve

Maner, 2006b). Bu durumun hastaların ie dönük öfke tepkisi göstermeleriyle ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Parasempatik sistem alt ölçek maddelerine bakıldığında; ‘iştahta değişmeler’, ‘bulantı’, ‘gaz ağrıları ve kramplar’, ‘midenin asitlenmesi ve yanması’ gibi gastrointestinal sistemle ilgili fizyolojik stres belirtilerinin ağırlıkta olduğu görülmektedir. Benzer şekilde bağışıklık sistemi alt ölçek maddelerinin ise çoğunlukla ‘alerji’, ‘rtiker’, ‘ağızda yaralar’, ‘uuklar’ gibi ciltle ilgili sorunları içerdiği görülmektedir. Dolayısıyla, parasempatik sistem puanlarının mide hastalarında; bağışıklık sistemi puanlarının ise cilt hastalarında yüksek olmasının beklenir yönde olduğu söylenebilir.

Tanı grupları arasında anlamlı fark gösteren diğer bir değişken ise bilişsel düzeydeki stres belirtileridir. Stres-hastalık ya da zihin-beden ilişkisine bakıldığında; düşüncelerimizin, duygularımızın ve inançlarımızın fiziksel sağlığımız üzerinde önemli etkilerinin olduğunu ortaya koyan araştırmalara rastlanmaktadır (Selva, 2006). Bireyin karşılaştığı durumu bilişsel süreçlerinde stres faktörü olarak algılaması ve yorumlamasıyla beraber fizyolojik sistemler de harekete geçmektedir (şahin, 1998). Cheng, Hui ve Lam (2000) gastrointestinal sistem bozuklukları olan hastaların sağlıklı bireylere göre daha olumsuz algılara sahip olduklarını, kendi sağlıklarıyla ilgili daha kötü değerlendirmelerde bulunduklarını, tehdit edici bilgiyi daha fazla izleyen bir algısal tarza sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu, mevcut araştırmada mide hastalarında yüksek düzeyde bilişsel stres belirtisi görülmesi sonucunu desteklemektedir.

4.4. Psikosomatik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Stres Belirtilerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Buraya kadar psikosomatik bozukluğu olan ve olmayan kişilerin araştırma değişkenleri ačíısından karşılaştırılması yapılmıştır ve araştırma değişkenleri bağlamında psikosomatik bozukluğu olan kişilerin daha olumsuz bir örüntüye sahip oldukları doğrultusunda tartışmalar yürütölmüştür. Bu bölümde ise, hem psikosomatik hastalığı olan kişilerde hem de sağlıklı kişilerde araştırma değişkenlerinin psikosomatik bozukluklar üzerindeki yordayıcılıkları ele alınacaktır.

Psikosomatik bozukluğu olan ve olmayan gruplarda stres belirtilerini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yordayıcı değişkenler olarak demografik değişkenler, öfke, kişilerarası iletişim tarzı, kendilik algısı, yaşam doyumunu, kişilerarası memnuniyet ve genel psikolojik belirtiler değişkenleri regresyon denkleminde alınmıştır. Analizler sonucunda, psikosomatik hastalığı olan grupta stres belirtilerini yordayan tek demografik değişkenin yaş olduğu bulunmuştur. Yaş ilerledikçe psikosomatik bozuklukların görölme sıklığı azalmaktadır. Yaşın psikosomatik hastalıklar üzerindeki etkisine ilişkin araştırma sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir (Hall, Matthews ve Keler, 1984; Ullman ve Siegel, 1994; Cohen, 2008; Uğuz ve Toros, 2003).

Psikosomatik bozukluğu olan grupta saldırgan öfke davranışlarının stres belirtilerini yordadığı belirtilmişti. Öfkenin saldırgan bir bičíimde ifade edilmesinin daha çok A tipi davranış örüntüsüyle ilişkili olduğuna dair sonuçlara daha önce yer

verilmişti. Ramsay, McDermott ve Bray (2001) olaylara öfkeli bir şekilde cevap verme konusunda sıklıkla rahat olan bireylerin koroner arter hastalığı için yüksek risk altında olduğunu gözlemlemişlerdir. Benzer şekilde; Al'Absi, Bongard ve Lovallo (2000); Hecker, Chesney, Black ve Frautschi (1988) öfkenin dışa dönük ifadesi ve savunmacılığın kişilerarası bağlamdan oldukça etkilendiğini ve kalp damar sistemi üzerinde etkileri olan bir takım hormonların (ACTH ve kortizol) salınmasında büyük rol oynadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde düşmanlık ve öfke ifadesinin tip 2 diyabet riskini de artıracakları ileri sürülmektedir (Suarez, 2006).

Mevcut araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, kişilerarası iletişim tarzlarının da yordayıcı gücünün olması beklenirken, psikosomatik hasta grubunda kişilerarası iletişim tarzlarının yordayıcılığı ortaya çıkmamıştır. Günlük hayatta öfke yaratan olayların sıklıkla kişilerarası ilişkiler bağlamında ortaya çıktığı göz önüne alındığında öfke ve kişilerarası iletişim tarzları arasındaki ilişki yadsınamaz. Öfke ifadesinde kullanılan saldırgan davranışların da kişinin kişilerarası iletişim tarzı hakkında ipuçları verdiği düşünülebilir. Dolayısıyla mevcut araştırmada da saldırgan öfke ifade tarzının daha fazla yordayıcı özellikte olduğu görülmektedir.

Psikosomatik bozukluğu olan kişilerde stres belirtilerini yordayan değişkenlerden bir diğeri ise açıkladığı % 28'lik varyansla kendilik algısıdır. Psikosomatik bozukluklar ile kendilik algısı arasındaki neden-sonuç ilişkisi araştırma desenine bağlı olarak bilinmemektedir. Başka bir deyişle; psikosomatik bozuklukların mı kendilik algısını daha olumsuzlaştırdığı yoksa olumsuz kendilik algısının mı psikosomatik bozukluklara neden olduğu hakkında yorum

yapılamamaktadır. Mevcut araştırmada yapılan analiz sonuçlarına göre psikosomatik bozukluk arttıkça kendilik algısının olumsuzlaştığı ya da kendilik algısı olumsuzlaştıkça psikosomatik sorunların arttığı şeklinde negatif bir ilişkinin varlığından söz edilebilmektedir.

Kendilik algısı ile psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişkiyle ilgili yapılan araştırmalar da mevcut bulguları desteklemektedir. Kendilik algısı üzerinde kronik ağrının etkileri incelediğinde, kronik ağrısı olan hastaların kendilik kavramlarının belirgin bir şekilde farklılık gösterdiği ve kendilik kavramlarının anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, uzun süreli bir ağrı yaşantısının bireyin olumsuz kendilik algısıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Fiziksel aktiviteler, aile örüntüleri ve işteki değişiklikler büyük olasılıkla kendilik algısındaki düşüşe katkıda bulunmaktadır (Armentrout, 1979). Fiziksel bir sıkıntının varlığı, yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan sosyal ilişkileri değiştirebilmektedir ve bu durum da sıklıkla düşük benlik saygısıyla ilişkili olabilmektedir (Wray & Sensky, 1998).

Yaşam doyumu ve kişilerarası memnuniyet indeksleri tek başlarına anlamlılık göstermeseler de, diğer değişkenlerle birlikte regresyon denkleminde girmişlerdir. Bu durumda, yaşam doyumu ve kişilerarası memnuniyet indeklerinin yordayıcılıkları, psikosomatik bozukluğu olan kişilerin yaşam kalitelerinin mevcut fiziksel sıkıntıdan etkilendiği ve yaşamlarının geneline yayıldığı şeklinde yorumlanabilir. Psikosomatik sorunun getirdiği gerek fizyolojik gerekse psikososyal güçlükler, kişinin kendilik algısını olumsuz etkileyebilmekte bu durum ise diğer kişilerle olan ilişkilerine

olumsuz yansıyabilmektedir. Yaşanan tüm bu güçlüklerle, kişinin genel olarak yaşamdan doyum alma süreci ve kişilerarası ilişkileri arasında ilişkinin olduğu düşünülmektedir.

Psikosomatik bozukluğu olmayan sağlıklı kişilere bakıldığında ise; stres belirtilerini yordayan değişkenler cinsiyet, saldırgan davranış, içe dönük tepkiler, kaçınan iletişim tarzı, kendilik algısı, yaşam doyumu, kişilerarası memnuniyet ve somatizasyon olarak karşımıza çıkmaktadır.

Psikosomatik hasta grubundan farklı olarak sağlıklı grupta stres belirtilerini yordayan demografik değişken cinsiyettir. Literatürde cinsiyetle ilgili araştırmalara bakıldığında kadınların stres belirtileri puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir (Ford ve ark.,2008, Tamada, 2005). Hastanede çalışan sağlıklı doktorlarda iş ortamında yaşanan örgütsel rahatsızlıkları ve örgütsel stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada, kadınların stres düzeylerinin erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Önsüz, Hıdıroğlu, Gürbüz, Topuzoğlu ve Karavuş, 2008).

Psikosomatik hasta grubuyla benzer olarak sağlıklı grupta da psikosomatik bozuklukları yordayan ikinci değişken saldırgan öfke davranışları olarak karşımıza çıkmaktadır. Yüksek düzeyde öfke ve saldırgan davranışların sağlıkla bağlantısına ilişkin, özellikle de kalp hastalığının etiyolojisine önemli katkılarının yer aldığı ve kalp-damar hastalıkları için bir risk faktörü olduğuna ilişkin araştırmalar bu bulguyu destekler niteliktedir (Linden, Hogan, Rutledge, Chawla, Lenz ve Leung, 2003;

Miller, Smith, Turner, Guijarro, Hallet, 1996). Sağlıklı grupta içe dönük öfke tepkilerinin stres belirtilerini yordayıcı olduğu görülmektedir. Literatürde de açık bir biçimde ifade edilemeyen öfkenin bir süre sonra kişinin kendisine döndüğü ve psikosomatik rahatsızlıklara ya da depresyon gibi sorunlara yol açabildiği belirtilmiştir (Şahin, 1997).

Psikosomatik hastalığı olan bireyler, kendi iç dünyaları ile ilinti kuramamış, duygusal yaşamlarına kapıları kapalı, kişilerarası ilişkilerinde genelde oldukça uyumlu ve iç görüleri az olan kişiler olarak görülmektedir. Alexander bu bireylerin, duygusal yönden cahil olduklarını ifade etmiştir. Mevcut araştırmada kişilerin öfke duygularını uygun bir şekilde ifade edemedikleri, saldırgan öfke tepkileri ve içe dönük öfke tepkileri gösterdikleri bulgusu da araştırma sonuçlarıyla benzer yöndedir. Kişilerin öfke ifade biçimlerinin kişilerarası ilişkilerine yansıdığı ve dolayısıyla kişilerarası ilişkilerinde de olumsuzlukların yaşanabileceği düşünülebilir.

Kendilik algısı, yaşam doyumu ve kişilerarası memnuniyet değişkenlerinin psikosomatik hasta grubunda olduğu gibi sağlıklı grupta da stres belirtileri üzerinde yordayıcı güçleri olduğu görülmektedir. Bu da, yaşanan fiziksel sıkıntıların yaşamın tümü üzerinde etkileri olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

4.5. Kişilerarası İletişim Tarzı, Öfke, Kendilik Algısı ve Psikosomatik Bozukluklar Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma değişkenlerinin birbirleriyle ilişkilerini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda genel olarak tüm değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerinin beklenen yönde olduğu söylenebilir.

Mevcut araştırmada stres belirtileri ile kendilik algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, kendilik algısı olumsuzlaştıkça stres belirtilerinin arttığı ya da tersi yönde stres belirtileri arttıkça kendilik algısının olumsuzlaştığı şeklinde yorumlanabilir. Stres belirtileri alt ölçeklerine bakıldığında ‘kas sistemi’, ‘bağışıklık sistemi’, sempatik sinir sistemi’ gibi fizyolojik bazı sistemlerin aktivasyonu üzerinde kişinin kendisini nasıl algıladığının etkileri olduğu görülmektedir. Psikosomatik hastalığı olan grupta olumsuz kendilik algısının stres belirtilerini yordayıcı gücü de (Bknz; Tablo 3.4.) bu sonucu desteklemektedir. Ayrıca zihin-beden etkileşimini ortaya koyan araştırma sonuçları da (Onbaşıoğlu, 2006; Susman, 2001; Ray, 2004; Tomatis, 2001) benzer yöndedir.

Stres belirtileri ile öfke değişkeni arasındaki ilişkilerin de anlamlı olduğu görülmüştür. Özellikle kişilerarası öfke tepkileri ile stres belirtileri arasında daha yüksek bir korelasyon vardır. Kişilerarası iletişim tarzı ile stres belirtileri arasındaki ilişkilere bakıldığında da beklenen yönde anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir.

Bireylerin kişilerarası iletişim tarzı olumsuzlaştıkça stres belirtileri de artmakta ya da stres belirtileri arttıkça kişilerarası iletişim tarzları olumsuzlaşmaktadır. Kişilerarası iletişim tarzı alt ölçekleri arasında öfkeli tarz, stres belirtileri ile en yüksek korelasyona sahiptir. Öfke, kişilerarası sonuçları olan güçlü bir duygudur. Öfke tepkileri ile kişilerarası iletişim tarzının birbiriyle etkileşim içinde olduğu söylenebilir. Mevcut araştırmada daha önceki bulgular da öfkenin uygun bir şekilde ifade edilmemesinin kişilerarası iletişim örüntüleri üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini göstermiştir.

4.6. Araştırmanın Sonuçları

Araştırmanın amacı psikosomatik sorunu olan bireylerde kendilik algısı, kişilerarası tarz ve öfke değişkenlerinin bir arada nasıl bir ilişki içinde olduklarını belirlemektir. Araştırma bulguları genel olarak değerlendirildiğinde; psikosomatik hastalık tanısı almış kişilerin (koroner arter hastaları, mide hastaları, cilt hastaları ve diyabet hastaları) daha yüksek stres belirtileri düzeyine sahip oldukları ve bununla bağlantılı olarak sağlıklı bireylere kıyasla kendilik algısının daha olumsuz olduğu, olumsuz kişilerarası ilişki tarzları sergiledikleri ve öfke ifade etme biçimlerinin de daha olumsuz olduğu bulunmuştur.

Psikosomatik bozukluklar üzerinde yaş, cinsiyet ve medeni durumun etkileri olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte psikosomatik hastalığı olan grupta yaşın, sağlıklı grupta ise cinsiyetin yordayıcı güçleri olduğu görülmüştür.

Psikosomatik bozukluğu olan ve olmayan kişiler araştırma değişkenleri açısından karşılaştırıldıklarında, psikosomatik hastalığı olan grubun kişilerarası ilişki tarzlarının daha olumsuz, kendilik algılarının daha düşük, öfke tepkilerinin ve genel psikolojik belirtilerinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Farklı fizyolojik sisteme ait psikosomatik hastalığı olan kişiler arasında içe dönük öfke tepkileri, parasempatik sistem tepkileri, bağışıklık sistemi tepkileri ve bilişsel tepkiler açısından anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.

Psikosomatik sorunlarda öfke değişkeninin yordayıcı gücünün daha fazla olduğu bulunmuştur. Saldırgan öfke tepkilerinin her iki grup için de yordayıcı olduğu bulunmuştur. Psikosomatik bozukluğu olan ve olmayan kişilerde kendilik algısı, yaşam doyumu ve kişilerarası memnuniyet değişkenlerinin yordayıcı oldukları bulunmuştur.

Bu araştırmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, psikosomatik bozukluğu olan kişilerin kendilik algılarının daha olumsuz, kişilerarası iletişim tarzlarının sorunlu, öfke düzeylerinin ise daha yüksek olduğu söylenebilir. Bireyin kişilerarası ilişki örüntüleri içinde kendisini nasıl algıladığının, bu doğrultuda nasıl bir iletişim tarzı kullandığının, öfke duygusunu nasıl ifade ettiğinin birbiriyle içe içe geçmiş, etkileşim içinde olan durumlar olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, söz konusu değişkenlerin psikosomatik bozukluklarla olan ilişkisi çalışılmış ve birbirleri üzerinde etkileri olduğu görülmüştür. Bununla birlikte araştırma değişkenleri açısından psikosomatik hastalarla sağlıklı kişiler arasında farklılıklar olduğu görüls

de, bu farklılığın nedensellik yönü belirsizdir. Başka bir deyişle, kendilik algısı olumsuz, kişilerarası iletişim tarzı sorunlu ve öfke düzeyi yüksek olan kişilerin mi psikosomatik hastalık geliştirdiği yoksa psikosomatik hastalık geliştiren kişilerin mi bu davranış örüntülerini sergilediğinin cevabı araştırma deseninden dolayı verilememektedir.

Zihin-beden ilişkisi son yıllarda özellikle büyük ilgi gören ve üzerinde çalışılan bir konudur. Psikosomatik hastalıklar söz konusu olduğunda da zihin-beden ilişkisinin önemi kaçınılmaz. Bireyin kendini nasıl algıladığı, aynı zamanda diğer insanları nasıl algıladığı ve onlarla nasıl ilişki kurduğu muhtemelen sahip olduğu fizyolojik sistemleri etkileyebilmekte ve bunun ötesinde bir takım hastalıkların ortaya çıkmasında ve ilerlemesinde etkili olabilmektedir.

4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Araştırma birtakım sınırlılıklar da göstermektedir. Bunların başında, araştırma bulgularının kullanılan ölçeklerin güvenilirliği ile sınırlı olması gelmektedir. Araştırma sonuçları katılımcıların yaptıkları öznel değerlendirmelerle sınırlı olmaktadır.

Araştırmada ilişkisel desen kullanılması psikosomatik hastalıklar ile kendilik algısı, kişilerarası ilişki tarzı ve öfke tepkileri arasında gözlenen ilişkilerde neden-sonuç ilişkisinin yönü hakkında belirsizliğe yol açmaktadır. Araştırmanın ilişkisel

nitelikte olması değişkenler arasındaki ilişkinin yalnızca yönü hakkında bilgi edinilmesine imkan tanımamaktadır.

Diğer bir sınırlılık, araştırmaya alınan hastaların bir kısmının tedaviye yeni başlamış, bir kısmının ise uzun süredir tedavi gören hastalar olmasıdır. Ayrıca hastaların kullandıkları ilaçların etkileri de kontrol altına alınamamıştır. İleride yapılacak çalışmalarda ilaç etkisinin kontrol altına alınması ilaçların, kişilerin içinde bulundukları psikolojik durumlarına olası etkilerinin de göz önünde bulundurulmasını sağlayacaktır.

Araştırmanın bir diğer önemli sınırlılığı çok sayıda ölçeğin bir arada kullanılmasıdır. Katılımcıların ölçekleri doldururken sıkıldıkları ve zorlandıkları gözlenmiştir.

Sonuçların değerlendirilmesinde ve ileride konuyla ilgili yapılacak çalışmalarda bu sınırlılıkların göz önünde bulundurulması faydalı olacaktır.

Araştırmanın amacında da belirtildiği gibi, kişilerarası ilişki tarzı, öfke ve kendilik algısının birbirleriyle etkileşerek psikosomatik hastalıklar üzerindeki etkilerinin gösterilmesinin, söz konusu hastalıkların tedavi sürecini zenginleştireceği düşünülmektedir. Psikosomatik hastalıkları yalnızca belirti boyutunda ele almak yerine, fizyolojik tedavi yöntemlerine ek olarak iletişim becerileri, öfke yönetimi, kendini tanıma gibi eğitimlerin de müdahale yöntemleri içine dahil edilebileceği

düşünülmektedir. Böylece sağlık personelinin tedavi programları içine beceri eğitimlerini de almaları konusunda zemin hazırlanmış olacaktır.

ÖZET

Bu araştırmada, koroner arter hastalığı, mide hastalığı, cilt hastalığı ve diyabet hastalığı olan psikosomatik sorunlara sahip bireylerde kendilik algısı, kişilerarası tarz ve öfke arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini psikosomatik hastalığı olan bireyler (125) ile sağlıklı bireyler (209) oluşturmaktadır. Araştırmada psikosomatik hastalıklar ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ve ‘Kısa Semptom Envanteri’ ile, kendilik algısı ‘Sosyal Karşılaştırma Ölçeği’ ile, kişilerarası ilişki tarzı ‘Kişilerarası Tarz Ölçeği’ ile, öfke yaşantıları ‘Çok Boyutlu Öfke Envanteri’ ile değerlendirilmiştir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre; psikosomatik bozukluklar üzerinde yař, cinsiyet ve medeni durumun etkileri olduğu; bununla birlikte yař ve cinsiyetin stres belirtilerini yordayıcı güçlerinin olduğu bulunmuştur. Gruplar kendilik algısı, kişilerarası tarz ve öfke değişkenleri aćısından karşılaştırıldığında hasta grup ile sağlıklı grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Saldırgan öfke davranışları, kendilik algısı, yaşam doyumunu ve kişilerarası memnuniyet değişkenleri hem hasta grupta hem sağlıklı grupta stres belirtilerini yordamaktadırlar. Ayrıca iće dönük öfke tepkileri sağlıklı grupta stres belirtilerini yordamaktadır.

Tüm sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, psikosomatik bozukluğu olan kişilerin kendilik ağılarının daha olumsuz, kişilerarası iletişim tarzlarının sorunlu, öfke düzeylerinin ise daha yüksek olduğu söylenebilir.

ABSTRACT

In this study, the relationship between self perception, interpersonal style and anger in people who has psychosomatic problems like coronary heart disease, gastrointestinal disorders, dermatology disorders and diabetes were investigated. The sample of the study is formed with people who has psychosomatic disorders (125) and healthy people (209). Psychosomatic disorders, self perception, interpersonal styles and anger were evaluated by 'Symptoms of Stress Scale', 'Brief Symptom Inventory', 'Social Comparison Scale', 'Interpersonal Style Scale' and 'Multidimensional Anger Questionnaire' respectively.

For the results of analysis it is revealed that there are effects of age, gender and marital status on psychosomatic disorders and nonetheless age and gender were found that they were the predictor variables of symptoms of stress. When the groups are compared in terms of self perception, interpersonal style and anger variables, the differences between the patient group and the healthy group were found statistically significant. Aggressive anger behavior, self perception, life satisfaction and interpersonal satisfaction predict symptoms of stress in both the patient group and the healthy group. Also, introversion anger response predict the symptoms of stress in healthy group.

All the results were concluded that people who has psychosomatic disorders has more negative self perception, problematic interpersonal styles and higher anger level.

KAYNAKLAR

- Adler, A. (1985). *Yaşamın anlamı ve amacı*. (Şipal, K.,Çev.). (2000). (5.baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Adam, E. (1991). *Psikosomatik hastalıklar*. Adam, E. (Ed.). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Çalışmaları, İstanbul.
- Adışen, E., Tekin, Ö., Güülekon, A., & Gürer, M.A.(2008). Çocukluk dönemi psoriazisi:130 olgunun retrospektif değerlendirmesi. *Türk Dermatoloji Dergisi*, 2, 43-46.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Al'Absi, M., Bongard, S. & Lovallo, W. R. (2000). Adrenocorticotropin responses to interpersonal stres: effects of overt anger expression style and defensiveness. *International Journal of Psychophysiology*, 37, 257-265.
- Albayrak Kaymak, D. (1994). Kişilerarası davranış biçimlerine dualist bir bakış: içselleştirme ve dışsallaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(32). 35-46.
- Amir, S., Rabin, C., Galatzer, A. (1990). Cognitive and behavioral determinants of compliance in diabetics. *Health and Social Work*, 2.
- Armentrout, D. P. (1979). The impact of chronic pain on the self-concept. *Journal of Clinical Psychology*, 35(3), 517-521.
- Arsakay, G. (2001). *Hipertansiyon; ruhsal etkenler, öfke ve kontrolü, problem çözme yaklaşımları*. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

- Aquino, K., Douglas, S., Martinko, M, J. (2004). Overt anger in response to victimization: attributional style and organizational norms as moderators. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(2), 152-164.
- Aslaner, Ü. (1989). *Konversiyon nevrozu ve psikosomatik hastalıkların etiolojisinde sosyo-ekonomik, kültürel ve diğer faktörlerin incelenmesi*. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Auerbach, S. M., Clore, J. N., Kiesler, D. J., Orr, T., Pegg, P. O., Quick, B. G., & Wagner, C. (2002). Relation of diabetic patients' health-related control appraisals and physicians-patient interpersonal impacts to patients' metabolic control and satisfaction with treatment. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(1), 17-31.
- Bahar, A., Sertbaş, G., & Sönmez, A. (2006). Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 18-26.
- Balkaya, F. (2005). Bilgi işleme süreçleri açısından bağlanma kuramının yeniden ele alınması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8, 17-39.
- Balkaya, F. & Şahin, N. (2003). Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 192-202.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

- Batıgün, A.D. (2004). İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: öfke/saldırganlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri. *Kriz Dergisi*, 12(2), 49-61.
- Bem, D. J. & McConnell, H. K. (1970). Testing the self-perception explanation of dissonance phenomena. *Journal of Personality and Social Psychology*, 14(1), 23-31.
- Berkowitz, L. & Harmon-Jones, E. (2004). Toward an understanding of the determinants of anger. *Emotion*, 4, 107-130.
- Biaggio, M. K. (1980). Anger arousal and personality characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(2), 352-356.
- Bluhm, C., Widiger, T. A. & Miele, G. M. (1990). Interpersonal complementarity and individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 464-471.
- Bolton, R. (1979). *People skills*. New York: Prentice Hall.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2. Separation..* New York: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1989). *Attachment and loss, Vol. 1. Attachment*. New York: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1985). *Attachment and loss, Vol. 3. Loss Sadness and Depression*. New York: Penguin Books.
- Broemer, P. & Blümle, M. (2003). Self-views in close relationships: the influence of attachment styles. *British Journal of Social Psychology*, 42, 445-460.

- Bromgard, G.D., Trafimov, D. & Bromgard, I.K. (2006). Valence of self-cognitions: The positivity of individual self-statements. *The Journal of Social Psychology, 146*(1),85-94.
- Buss, D. M. & Craik, G. H. (1983). The act frequency approach to personality. *Psychological Review, 90*(2), 105-126.
- Carmody, T. P., Crossen, J. R. & Wiens, A. N. (1989). Hostility as a health risk factor: relationships with neuroticism, type A behavior, attentional focus, and interpersonal style. *Journal of Clinical Psychology, 45*(5), 754-762.
- Carney, M. R., Rich, M. W., Freeland, K. E., Saini, J., Tevelde, A., Simeone, C., Clark, K., (1988). Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine 50*:627-633.
- Cheng, C., Hui, W., & Lam, S. (2000). Perceptual style and behavioral pattern of individuals with functional gastrointestinal disorders. *Health Psychology, 19*(2), 146-154.
- Cohen, M. (2008). Acute stress disorder in older, middle-aged and younger adults in reaction to the second Lebanon war. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 34-40.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Narducci, J., Schamberger, M. & Gallop, R. (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(2), 211-224.

- Çalıkları, C., Yücel, B., Polat, A. & Baykal, C. (2002). Psikojenik deri yolmanın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 282-289.
- Çevik, A. (1998). Psikiyatri temel kitabı. Güleç, C. & Köroğlu, E. (Ed.). Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
- Çevik, A. (2000). *Ruh sağlığı ve hastalıkları*. Sayıl, I. (Ed.) ANTIP A.Ş. Yayınları. Ankara.
- David, K., Stuhr, J., Dixon, K., MacGregor, M., & MacLean, D. (2000). Constructive anger verbal behavior predicts blood pressure in a population-based sample. *Health Psychology*, 19(1), 55-64.
- Davison, G.C., & Neale, J.M. (1998). *Abnormal Psychology*. (7. baskı). John Wiley & Sons, Inc. izniyle, çev. ed. Dağ, İ. (2004). *Anormal psikolojisi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Day, A. (1992). *Üniversite öğrencilerinde stres algısı ve Stres Audit ölçeği'nin geçerliği, güvenirliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Thwaites, G.A., Lynch, R.S., Baker, D.A., Stark, R.S., Thacker, S. & Cox, L.E. (1996). State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 131-148.
- Deveci, A., Ertmertcan, A.T., Deniz, F., Madak, B.G., Öztürkcan, S. (2007). Psoriasisli hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. *Türkiye'de Psikiyatri*, 9(2), 103-107.

- Digiuseppe, R. & Tafrate, R.C. (2001). A comprehensive treatment model for anger disorders. *Psychotherapy*, 38(3), 262-271.
- Didjurgeit, U., Kruse, J., Schmitz, N., Stückenschneider, P., & Sawicki, P. T. (2002). A time-limited, problem-orientated psychotherapeutic intervention in type 1 diabetic patients with complications: a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 19, 814-821.
- Dobson, K. S. & Craig, K. D. (1998). *Advances in Cognitive-Behavioral Therapy*. London: Sage Publications.
- Donovan, D.M. & O'leary, M.R. (1976). Relationship between distortions in self-perception of depression and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 32(1), 16-19.
- Dryer, D. C. & Horowitz, L. M. (1997). When do opposites attract? Interpersonal complementarity versus similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(3), 592-603.
- DuBois, D. L. & Silverthorn, N. (2004). Bias in self-perception and internalizing and externalizing problems in adjustment during early adolescence: A prospective investigation. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 33(2), 373-381.
- Dumlu, K. & Cimilli C. (2003). Erken yaşam stresörlerinin nörobiyolojik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 301-310.
- Eraslan,D., Öztürk, Ö., Bor, S., & Kayahan, B. (2005). Gastroözofegal reflü hastalığının psikiyatrik yönleri: bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 107-112.

- Eren, İ., Erdi, Ö., & Çivi, İ. (2004). Tip II diyabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 7, 85-94.
- Eren, İ., Erdi, Ö., & Özçankaya, R. (2003). Tip II diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 184-191.
- Evans, D. W., Brody, L., & Noam, G. G. (2001). Ego development, self-perception, and self-complexity in adolescence: a study of female psychiatric inpatients. *American Journal of Orthopschiatry*, 71(1), 79-86.
- Evers, C., Fischer, A. H., Rodriguez Mosquera, P.M. & Manstead, A. S. R. (2005). Anger and social appraisal: a spicy sex difference. *Emotion*, 5(3), 258-266.
- Ferrari, M. (1987). The diabetic child and well sibling: risks to the well child's self-concept. *Winter*, 15(3), 141-148.
- Fettahoğlu, E. Ç., Koparan, C., Özatalay, E., & Türkkahraman, D. (2007). İnsüline bağımlı diabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 9(1), 32-36.
- Ford, E.S., Mokdad, A. H., Li, C., McGuire, L. C., Strine, T.W., Okoro, C. A., Brown, D. W., Zack, M. M. (2008). Gender differences in coronary heart disease and health-related quality of life: findings from 10 states from the 2004 behavioral risk factor surveillance system. *Journal of Women's Health*, 17(5), 757-768.

- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective, *American Psychologist*, 795-805.
- Geçtan, E. (2000). *Psikanaliz ve Sonrası*. (9. baskı). Ankara: Remzi Kitabevi.
- Gollwitzer, M., Eid, M. & Jürgensen, R. (2005). Response styles in the assessment of anger expression. *Psychological Assessment*, 17(1), 56-69.
- Greenwald, D. F. (1984). Responsivity / nonresponsivity in psychosomatic disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 40-51.
- Grey, M. J., Genel, M., & Tamborlane, W. V. (1980). Psychosocial adjustment of latency-aged diabetics: dterminants and relationship to control. *Pediatrics*, 65(1), 69-73.
- Gross, A. M., Delcher, H. K., Snitzer, J., Bianchi, B., & Epstein, S. (2001). Personality variables ad metabolic control in children with diabetes. *The Journal of Genetic Psychology*, 146(1), 19-26.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1986). Cognitive Processes and Emotional Disorders. (3. baskı). USA: The Guildford Press.
- Güleç, H., Sayar, K., Topbaş, M., Karkucak, M., & Ak, İ. (2004). Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 191-198.
- Güleç Yazıcı, M., Hocaoglu, Ç., Gökçe, M., & Sayar, K. (2007). Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrılarında aleksitimi, öfke ve bedensel duyumları büyütme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 14-21.

- Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Bodur, Z., & Kültür, S. (2001). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 89-98.
- Haemmerlie, F. M. & Montgomery, R. L. (1982). Self perception theory and unobtrusively biased interactions: a treatment of heterosocial anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 29(4), 362-370.
- Hall, J. R., Matthews, L. H., Keeler, H. (1984). Demographics, stress and depression in a community health screening. *The Journal of Psychology*, 118, 45-50.
- Hawkins, C. (2005). The effects of atopic eczema on children and their families: a review. *Paediatric Nursing*, 17(6), 35-39.
- Hecker, M. H., Chesney, M. A., Black, G. W., & Frautschi, N. (1988). Coronary-prone behaviors in the Western Collaborative Group Study. *Psychosomatic Medicine*, 50, 153-164.
- Herrald, M. M. & Tomaka, J. (2002). Patterns of emotion-specific appraisal, coping and cardiovascular reactivity during an ongoing emotional episode. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 434-450.
- Hill-Briggs, F., Garry, T. L., Yeh, H. C., Batts-Turner, M., Powe, N. R., Saudek, C. D., & Brancati, F. L. (2006). Association of social problem solving with glycemic control in a sample of urban African Americans with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 71-78.
- Holmes, D. S. & Will, M. J. (1985). Expression of interpersonal aggression by angered and nonangered persons with the type a and type b behavior patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(3), 723-727.

- Holt, R. R. (1970). On the interpersonal and intrapersonal consequences of expressing or not expressing anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 8-12.
- Hopkins, H. R. & Klein, H. A. (1993). Multidimensional self perception: linkages to parental nurturance. *The Journal of Genetic Psychology*, 154(4), 465-473.
- Horowitz, L. M., Locke, K.D., Morse, M. B., Vaikar, S. V., Dryer, D. C., Tarnow, E. & Ghannam, J. (1991). Self-derogations and the interpersonal theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 68-79.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 549-560.
- Hortaçsu, N. (1997). *İnsan ilişkileri*. (2.baskı). Ankara: İmge Kitabevi.
- Hosler, A. S. & Menlik, T. A. (2003). Prevalance of diagnosed diabetes and related risk factors: Japanese adults in Westchester Country, New York. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1279-1281.
- Ingraham, L. J. & Wright, T.L. (1987). A social relations model test of Sullivan's anxiety hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1212-1218.
- İlal Koptagel, G. (1998). Psikiyatri temel kitabı cilt 2. Güleç, C., Köroğlu, E. (Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Jackson, C. (1981). Diabetes How your patient looks at it. *Nursing* 81, 82-83.

- John, O. P. & Robins, R. W. (1994). Accuracy and bias in self-perception: Individual differences in self-enhancement and the role of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 206-219.
- Johnson, S. B. (1988). Annotation psychological aspects of childhood diabetes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(6), 729-738.
- Johnson, F. Y. A. & Mostaghimi, H. (1995). Co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. *International Journal of Dermatology*, 34(4), 244-248.
- Labouvie-Vief, G., Lumley, M. A., Jain, E., Heinze, H. (2003). Age and gender differences in cardiac reactivity and subjective emotion responses to emotional autobiographical memories. *Emotion*, 3(2), 115-126.
- Ladwig, K. H., Kieser, M., König, J., Beithard, G., Borggrefe, M., (1991). Affective disorders and survival after acute myocardial infarction. *European Heart Journal*; 12, 959-964.
- Leary, M.R. & Buttermore, N. R. (2003). The evolution of the human self: Tracing the natural history of self awareness. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 33(4), 365-404.
- Lewicki, P. (1984). Self-schema and social information processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1177-1190.
- Linden, W., Hogan, B. E., Rutledge, T., Chawla, A., Lenz, J. W., & Leung, D. (2003). There is more to anger coping than 'in' or 'out'. *Emotion*, 3(1), 12-29.

- Linnet, J. & Jemec, G. B. E. (1999). An assessment of anxiety dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 140, 268-272.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1999) . *Yeni İnsan ve İnsanlar*. (10. baskı). İstanbul: Evrim Yayınevi.
- Karaman, T. (1990). *Psikosomatik hastalarda aile algısı ve ruhsal yapılanma*. Uzmanlık tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya.
- Keltner, D., Ellsworth, P. C., Edwards, K. (1993). Beyond simple pessimism: effects of sadness and anger on social perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 740-752.
- Kiec-Swierczynska, M., Dudek, B., Krecisz, B., Swierczynska- Mahcura, D., Dudek, W., Garnczarek, A., Turczyn, K. (2006). The role of psychological factors and psychiatric disorders in skin diseases. *Medycna Pracy*, 57(6), 551-555.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annu. Rev. Psychol.* 53, 83-107.
- Kılıçoğlu, A., & Gülcan, E. (2007). Diyabet-depresyon etkileşiminde kortizolün etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 297-301.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: a taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185-214.
- Kim, I. J. & Zane, N.W.S. (2004). Ethnic and cultural variations in anger regulation and attachment patterns among Korean American and

- European American male batterers. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(2), 151-168.
- King, H.; Aubert, R.E. & Herman, W.H. (1998). Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*, 21(9), 1414-1431.
- Koh, K. B. (2003). Anger and somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(2), 113.
- Koo, J. & Lebwohl, A. (2001). Psychodermatology: the mind and skin connection. *American Family Physician*, 64(11), 1873-1878.
- Kopper, B.A. & Epperson, D. L. (1996). The experience and expression of anger: relationships with gender role socialization, depression and mental health functioning. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 158-165.
- Krantz, D. S., Contrada, R. J., Hill, D. R., & Friedler, E. (1988). Environmental stress and biobehavioral antecedents of coronary heart disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 333-341.
- Krause, N. (2005). Negative interaction and heart disease in late life: exploring variations by socioeconomic status. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 28-55.
- Kuiper, N. A. & Rogers, T. B. (1979). Encoding of personal information: self-other differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(4), 499-514.
- Kwan, V. S. Y., Kenny, D. A., John, O. P., Bond, M. H. & Robins, R. W. (2004). Reconceptualizing individual differences in self-enhancement bias: an interpersonal approach. *Psychological Review*, 111(1), 94-110.

- Malloy, T. E., Albright, L., Kenny, D. A., Agatstein, F. & Winkquist, L. (1997). Interpersonal perception and metaperception in nonoverlapping social groups. . *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 390-398.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 63-78.
- Markus, H., Moreland, R.L. & Smith, J. (1985). Role of the self-concept in the perception of others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(6), 1494-1512.
- Martin, P. (1999). *The Healing Mind: The Vital Links Between Brain and Behavior, Immunity and Disease*. New York: St. Martin's Griffin.
- Martin, R., Wan, C. K., David, J. P., Wegner, E. L., Olson, B. D., & Watson, D. (1999). Style of anger expression: relation to expressivity, personality, and health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1196-1207.
- Mayne, T. J. & Ambrose, T. K. (1999). Research review on anger in psychotherapy. *Psychotherapy in practice*, 55(3), 353-363.
- Mendias, E.P., Clark, M. C. & Guevara, E.B. (2001). Women's self-perception and self-care practice: implications for health care delivery. *Health Care for Women International*, 22, 299-312.
- Mercan, S., & Kıvanç Altunay, İ. (2006). Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 305-313.

- Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: an exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1209-1224.
- Mikulincer, M. & Arad, D. (1999). Attachment working models and cognitive openness in close relationships: a test of chronic and temporary accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 710-725.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L., & Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119(2), 322-348.
- Mookherjee, H. N. (1997). Marital status, gender and perceptiton of well-being. *The Journal of Social Psychology*, 137(1), 95-105.
- Morgan, C. T. (2000). *A brief introduction to psychology*. (14. baskı). Çev. ed. Karakaş, S. *Psikolojiye Giriş*. Ankara: Meteksan.
- Nakao, M., Fricchione, G., Zuttermeister, P.C., Myers, P., Barsky, A.J., & Benson, H. (2001). Effects of gender and marital status on somatic symptoms of patients attending a mind/body medicine clinic. *Behavioral Medicine*, 26, 159-168.
- Newman, J. L., Gray, E. A. & Fuqua, D. R. (1999). Sex differences in the relationship of anger and depression: an emprical study. *Journal of Counseling and Development*, 77, 198-203.
- Niemeier, V., Nippesen, M., Kupfer, J., Schill, W. B., & Gieler, U. (2002). Psychological factors associated with hand dermatoses: which subgroup

- needs additional psychological care? *British Journal of Dermatology*, 146, 1031-1037.
- Nunes, E. V., Frank, K. A., & Kornfeld, D. S. (1987). Psychologic treatment for the type a behavior pattern and for coronary heart disease: a meta analysis of the literature. *Psychosomatic Medicine*, 49(2), 159-173.
- Oltmans, T.F., Neale, J.M., & Davison, G.C. (1995). *Case studies in abnormal psychology*. (4th ed.). John Wiley & Sons, Inc. izniyle, çev. ed. Dağ, İ. (2003). *Anormal davranışlar psikolojisinde vaka çalışmaları*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Onbaşıoğlu, M. (2006). *Psikosomatik ve Ruhsal Rahatsızlığa Sahip Bireylerin Stres ile İlişkili Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Önde, M. E., & Özçubukçuoğlu, A. (1998). Diabet ve depresyon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 8(2), 69-73.
- Önsüz, M. F., Hıdıroğlu, S., Gürbüz, Y., Topuzoğlu, A., Karavuş, M. (2008). Bir üniversite hastanesinde çalışan asistan doktorların örgütsel stres düzeylerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*, 46(1), 23-34.
- Öztürk, O. (2002). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (9.baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Patten, D. (2003). How do we deceive ourselves? *Philosophical Psychology*, 16(2), 229-246.
- Ramirez, J. M., Santisteban, C., Fujihara, T., & Van Goozen, S. (2002). Differences between experience of anger and readiness to angry action:

- a study of Japanese and Spanish students. *Aggressive Behavior*, 28, 429-438.
- Ramsay, J. M. C., McDermott, M. R. & Bray, C. (2001). Components of the anger-hostility complex and symptom reporting in patients with coronary artery disease: a multi-measure study. *Journal of Health Psychology*, 6(6), 713-729.
- Perris, C. (1999). A conceptualization of personality-related disorders of interpersonal behaviour with implications for treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 239-260.
- Pınar, R., Arslanoğlu, I., İşgüven, P., Çizmeci, F., & Gunoz, H. (2003). Self-efficacy and its interrelation with family environment and metabolic control in Turkish adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 4, 168-173.
- Preston, D. B. (1995). Marital status, gender roles, stress and health in the elderly. *Health Care for Women International*, 16(2), 149-165.
- Ray, O. (2004). How the mind hurts and heals the body. *American Psychologist*, 59(1), 29-40.
- Rholes, W.S., Simpson, J. A. & Orina, M.M. (1999). Attachment and anger in an anxiety-provoking situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 940-957.
- Robak, R. W., Ward, A. & Ostolaza, K. (2006). Development of a general measure of individuals' recognition of self perception processes. *North American Journal of Psychology*, 8(1), 337-344.

- Robbins, S. B. & Dupont, P. (1992). Narcissistic needs of the self perceptions of interpersonal behaviour. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 462-467.
- Rosenberg, E. L., Ekman, P., Jiang, W., Babyak, M., Coleman, R. E., Hanson, M., O'Conner, C., Waugh, R. & Blumenthal, J. A. (2001). Linkages between facial expressions of anger and transient myocardial ischemia in men with coronary artery disease. *Emotion*, 1(2), 107-115.
- Rosernstock, S. J., Jorgensen, T., Bonnevie, O. & Andersen, L. P. (2004). Does helicobacter pylori infection explain all socio-economic differences in peptic ulser incedence? Genetic and psychosocial markers for incident peptic ulcer disease in a large cohort of danish adults. *Sacand. Journal of Gastroenterol*, 39, 823-829.
- Rubin, J. (1986). The emotion of anger: some conceptual and theoretical issues. *Professional Psychology Research and Practice*, 17(2), 115-124.
- Sadler, P., & Woody, E. (2003). Is who you are who you're talking to? Interpersonal style and complementarity in mixed-sex interactions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 80-96.
- Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.
- Sakallı, N. (2001). *Sosyal Etkiler Kim Kimi Nasıl Etkiler?* Ankara: İmge Kitabevi.
- Sapolsky, R. M. (2000). *Why zebras don't get ulcers?* New York: W. H. Freeman and Company.

- Sarandöl, A. (2003). Koroner arter hastalığı ve psikiyatri. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*, 2(3), 23-30.
- Savaşır, I. & Şahin, N. (1997). *Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 9.
- Sayar, K., Bilen, A., & Arıkan, M. (2001). Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 2, 36-42.
- Saymaz, İ. (2003). *Üniversite öğrencilerinin kişilerarası ilişkileri ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2002). *A history of modern psychology*. (2. baskı). Çev. Aslay, Y. *Modern Psikoloji Tarihi*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Selva, P. C. D. (2006). Emotional processing in the treatment of psychosomatic disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 539-550.
- Sharkin, B. S. (1996). Understanding anger: comment on Deffenbacher, Oetting, et. al. (1996), Deffenbacher, Lynch, et. al. (1996), and Kopper and Epperson (1996). *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 166-169.
- Siegel, J. M. (1986). The multidimensional anger inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(1), 191-200.
- Silvia, P. J. & Gendolla, G. H. E. (2001). On introspection and self perception: Dose self-focused attention enable accurate self-knowledge? *Review of General Psychology*, 5(3), 241-269.

- Singer, A. T. B. & Weinstein, R. S. (2000). Differential parent treatment predicts achievement and self-perceptions in two cultural contexts. *Journal of Family Psychology, 14*(3), 491-509.
- Snoke, F. J., & Skinner, T. C. (2001). Psychological counselling in problematic diabetes: does it help? *Diabetic Medicine, 19*, 265-273.
- Somer, O. (1998). Beş faktör kişilik modeli. *Türk Psikoloji Yazıları, 1*(2), 35-62.
- Soygüt, G. (1999). Bilişsel psikoterapide kişilerarası süreçler: terapötik ittifak ve terapötik ittifakta bozulma olguları. *Türk Psikoloji Yazıları, 2*(4), 1-14.
- Soygüt, G. (2003). *Bilişsel-davranışçı terapiler*. (3.baskı). Savaşır, I., Soygüt, G., & Kabakçı, E. (Ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve yönetimi. *Kriz Dergisi, 11*(2), 19-27.
- Stangier, U., Giel, U., & Ehlers, A. (2003). Measuring adjustment to chronic skin disorders: validation of a self-report measure. *Psychological Assessment, 15*(4), 532-549.
- Stein, R. E. K., & Riessman, C. K. (1980). The development of an impact-on-family scale: preliminary findings. *Medical Care, 18*, 465-472.
- Sternberg, E. M. (2001). *The Balance Within. The Science Connecting Health and Emotions*. (1. baskı). New York: W. H. Freeman and Company.
- Stock, S. A. K.; Stollenwerk, B., Redaelli, M., Civello, D., Lauterbach, K.W. (2008). Sex differences in treatment patterns of six chronic disease: an analysis from the German statutory health insurance. *Journal of Women's Health, 17*(3), 343-354.

- Suarez, E. C. (2006). Sex differences in the relation of depressive symptoms, hostility, and anger expression to indices of glucose metabolism in nondiabetic adults. *Health Psychology, 25*(4), 484-492.
- Suchday, S. & Larkin, K. T. (2001). Biobehavioral responses to interpersonal conflict during anger expression among anger-in and anger-out men. *The Society of Behavioral Medicine, 23*(4), 282-290.
- Suinn, R. M. (2001). The terrible twos-anger and anxiety. *American Psychologist, 56*(1), 27-36.
- Sukan, M., & Maner, F. (2005). Kronik ürtiker geliştiren çift: olgu sunumu. *Türkiye’de Psikiyatri, 7*(3), 134-138.
- Sukan, M., & Maner, F. (2006a). Vitiligo ve kronik ürtiker hastalarında kendilik saygısı. *Türkiye’de Psikiyatri, 2*(8), 93-97.
- Sukan, M., & Maner, F. (2006b). Vitiligo ve kronik ürtiker hastalarında yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7*, 76-81.
- Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin, 131*(2), 260-300.
- Susman, E. J. (2001). Mind-body interaction and development: biology, behavior and context. *European Psychologist, 6*(3), 163-171.
- Sümer, N. (1999). Benlik farkındalığı ve kendini düzenleme: kişilik ve sosyal psikoloji kuram ve araştırmaları üzerine bir tarama. *Türk Psikoloji Yazıları, 3*(1), 151-164.

- Şafak, C. (1996). Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda A tipi davranış biçimi, stres verici yaşam olayları ve öfkenin araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.
- Şahin, N. H. (1997). Öfke: o sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin. (APA'nın aynı adlı broşüründen çeviri). *Türk Psikoloji Bülteni*, 7, 79-85.
- Şahin, N. H. (1998). *Stresle başa çıkma olumlu bir yaklaşım*. (3. baskı). Türk Psikologlar Derneği Yayınları: Ankara.
- Şahin, N.H., Çeri, Ö., Düzgün, G., Ergün, H., Karslı, E., Koç, V., Örfli, P. & Uzun, C. (2007). Kişilerarası Tarz Ölçeği: Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları* (değerlendirme aşamasında).
- Şahin, N.H. & Durak, A. (1994a). Occupational stres and job satisfaction: The case of banking personel. *XXIII. International Congress of Applied Psychology*. Madrid.
- Şahin, N. H.& Durak, A., (1994b). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31) : 44 – 56.
- Şimşek, E.; Karabay, M. & Kocabay, K. (2003). Batı Karadeniz bölgesinde yaşayan çocuklarda diabetes mellitusun epidemiyolojik özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 38, 216-222.
- Tamada, T. (2005). The influence of sex differences and social environment on the occurence of psychosomatic disorders. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(1), 1.
- Tangney, J.P., Hill-Barlow, D., Wagner, P. E., Marschall, D. E., Borenstein, J.K., Sanftner, J., Mohr, T., Gramzow, R. (1996). Assessing individual

- differences in constructive versus destructive responses to anger across lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 780-796.
- Thomas, S. P. (2003). Men's anger: a phenomenological exploration of its meaning in a middle-class sample of American men. *Psychology of Men and Masculinity*, 4(2), 163-175.
- Taşkın, E.; Yılmaz, E., Kılıç, M. & Ertuğrul, S. (1997). İnsilüne bağımlı diyabetes mellitusun epidemiyolojik özellikleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 75-79.
- Tomatis, L. (2001). Between the body and the mind: the involvement of psychological factors in the development of multifactorial diseases. *European Journal of Cancer*, 37, 148-152.
- Tuğcu, H. (1987). *Psikosomatik hastalarda psikolojik ihtiyaç örüntüsünün incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Tüzer, T. T. (1997). *Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik faktörler*. Tüzer, V. (Ed.). Ankara: Compos Mentis Yayınları.
- Uğuz, Ş. & Toros, F. (2003). Konversiyon bozukluğunda sosyodemografik ve klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 51-58.
- Ullman, S. E. & Siegel, J. M. (1994). Predictors of exposure traumatic events and posttraumatic stress sequelae. *Journal of Community Psychology* 22, 328-338.
- Velioğlu, S. (1991). *Psikosomatik hastalıklar*. Adam, E. (Ed.). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Çalışmaları, İstanbul.

- White, A., Horne, D. J. L., Varigos, G. A. (1990). Psychological profile of the atopic egzema patient. *Australas Journal of Dermatol.*, 31, 13-16.
- Whittemore, R., Melkus, G. D., & Grey, M. (2005). Metabolic control, self management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 195-203.
- Willhite, R. & Eckstein, D. (2003). The angry, the angrier, and the angriest: relationship implications. *The Family Journal*, 11, 76-83.
- Wiseman, H., Metzl, E., Barber, J. P. (2006). Anger, guilt and intergenerational communication of trauma in the interpersonal narratives of second generation holocaust survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 176-184.
- Wray, J. & Sensky, T. (1998). How does the intervention of cardiac surgery affect the self perception of children with congenital heart disease? *Child: Care, Health and Development*, 24(1), 57-72.
- Wright, P. (1991). *Alexitymia, psychosomatic disorders and utilization of interpersonal cues*, Doctor of Philosophy Thesis, York University, Canada.
- Yarpuz Yolaç, A., Saadet Demirci, E., Şanlı Erdi, H., & Özgüven Devrimci, H. (2008). Akne vulgaris hastalarında soysak kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 29-37.
- Yazıcı, K., & Yazıcı, A. E. (2003). Kardiyovasküler hastalıklardaki psikosoyal risk etkenleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 106-112.

- Yılmaz, A. (2001). Eşler arasındaki uyum, anne-baba tutumu ve benlik algısı arasındaki ilişkilerin gelişimsel olarak incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 16(47), 1-20.
- Yılmaz Sukan, M., Maner, F., & Tosun, M. (2005). Kronik ürtikerin psikiyatrik yönü. *Yeni Symposium*, 43(4), 167-172.
- Zucker, H. (1989). Premises of interpersonal theory. *Psychoanalytic Psychology*, 6(4), 401-419.

EK 1

Bilgi Formu

1- Yaş:

2- Cinsiyet: K E

3- Eğitim Durumunuz: Okur-Yazar Değil Okur-Yazar
İlkokul
Ortaokul Lise Üniversite Yüksek Lisans
Doktora

4- Ortalama aylık net geliriniz?

500 YTL ve altı 501-1000 YTL 1001-1500 YTL 1501-2000 YTL
2001-2500 YTL 2501-3000YTL 3001 YTL ve üstü

5- Şu anda bir işte çalışıyor musunuz?

Evet Hayır Emekli Emekli-Çalışıyor

6- Medeni Durumunuz: Bekar (Hayatımda kimse yok) Bekar (ilişkisi/sevdiği var)

Sözlü-Nişanlı Evli Evli-ayrı yaşıyor Dul
Boşanmış

7- Evli iseniz, evliliğinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

8- Bekar, ama sözlü, nişanlı ya da herhangi tür bir ilişkiniz varsa, bu ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

9- Bekar, ama karşı cinsten biriyle hiçbir tür bağınız yoksa, bu durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

10- Çocuk: Yok Var tane

11- Kardeş sayısı (Kendiniz dahil): Erkek Kız

12- İçinde büyüdüğünüz ailenizin, size ne türden bir ilgi ve yakınlık gösterdiğini düşünüyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

13- Ekonomik açıdan kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

14- Alkol kullanıyor musunuz?

Hiç Nadiren Arada sırada Sıklıkla Her zaman

15- Uyuşturucu vb. madde kullanıyor musunuz?

Hiç Nadiren Arada sırada Sıklıkla Her zaman

16- Genel olarak diğer insanlarla olan ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

17- Karşı cinsle genel olarak ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

18- Kendinizi fiziksel olarak nasıl görüyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

19- Kendinizi ruh sağlığı açısından nasıl görüyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

20- Kendinizi yalnız hissettiğiniz oluyor mu?

Hiç Nadiren Arada sırada Sıklıkla Her zaman

21- Yakın arkadaşınız var mı?

Çok fazla Epey var Orta derecede var Biraz var Hiç yok

22- Genel olarak hayatınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

23- Gelecek 5 yıl içerisinde yaşamınızın nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

24- Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız ya da psikolojik rahatsızlığınız var mı?

(Yoksa 31. soruya geçebilirsiniz.)

Yok Var (Belirtiniz.....)

25- Psikiyatrik hastalığınız ya da psikolojik rahatsızlığınız varsa, başlangıç zamanı?

26- Psikiyatrik hastalığınız ya da psikolojik rahatsızlığınız varsa, tedavi görüyor musunuz?

Evet Hayır

27- Bu rahatsızlığınıza ilişkin tedavi görüyorsanız, ne zaman başladınız?

.....

28- Tedavi içerisinde ilaç tedavisi de var mı?

Evet Hayır

29- İlaç kullanıyorsanız, ne zamandır kullanıyorsunuz?

30- Başka bir psikiyatrik hastalığınız ya da psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Yok Var (Belirtiniz.....)

31- Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

Evet Hayır

32- Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı?

Yok Var (Belirtiniz.....)

33- Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

Yok Var (Belirtiniz.....)

34- Ailenizde herhangi bir tıbbi hastalığı olan var mı?

Yok Var (Belirtiniz.....)

EK 2

Stres Belirtileri Ölçeği

Aşağıda, bedenin çeşitli sistemlerine yönelik belirtiler sıralanmıştır. Bu belirtileri tek tek okuyarak geçtiğimiz 6 ay içinde sizde hangilerinin olduğunu aşağıdaki 1–5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz

**Geçtiğimiz 6 ay içinde
sizde ne ölçüde vardı?**

Çok

Hiç

1. Kaslarınızın gergin olması ya da kas ağrıları	1	2	3	4	5
2. Asabi tikler	1	2	3	4	5
3. Kekeleme, sesin titremesi ya da gerginliği	1	2	3	4	5
4. Çatılmış ve burulmuş bir alın	1	2	3	4	5
5. Gerginlik baş ağrıları	1	2	3	4	5
6. Dişlerin gıcırdatılması, kasılması	1	2	3	4	5
7. Çenede ağrı ya da sızı	1	2	3	4	5
8. Yerinde duramama/ parmakların ya da ayağın sürekli oynatılması/ aşağı yukarı gidip gelme	1	2	3	4	5
9. Titreme ya da titreklilik	1	2	3	4	5
10. Sırt ağrıları	1	2	3	4	5
11. İştahta değişimler	1	2	3	4	5
12. Bulantı	1	2	3	4	5
13. Gaz ağrıları ya da kramplar	1	2	3	4	5
14. Midenin asitlenmesi ve yanması	1	2	3	4	5
15. İdrara çıkma ile ilgili sorunlar	1	2	3	4	5
16. Kabızlık	1	2	3	4	5
17. İshal	1	2	3	4	5
18. Frijidlik ya da empotans (cinsel işleyişte sorunlar)	1	2	3	4	5
19. Ağız ya da boğazın kuruması	1	2	3	4	5
20. Yutkunma güçlüğü	1	2	3	4	5
21. Yüksek kan basıncı (yüksek tansiyon)	1	2	3	4	5
22. Baş dönmesi	1	2	3	4	5
23. Çarpıntı	1	2	3	4	5
24. Ellerin terlemesi	1	2	3	4	5
25. Ellerin ve ayakların soğuması	1	2	3	4	5
26. Kalbin çok hızlı çarpması	1	2	3	4	5
27. Ani enerji patlamaları	1	2	3	4	5
28. İnatçı baş ağrıları (migren)	1	2	3	4	5

29. Göğüs ağrıları	1	2	3	4	5
30. Nefes daralması	1	2	3	4	5
31. Her şeyin kontrolden çıktığı duygusu	1	2	3	4	5
32. Kaygı ve panik	1	2	3	4	5
33. Kendini engellenmiş gibi hissetmek	1	2	3	4	5
34. Kızgınlık ve sinirlilik	1	2	3	4	5
35. Umutsuzluk ve çaresizlik	1	2	3	4	5

Çok

Hiç

36. Kendini tuzağa düşürülmüş gibi hissetmek	1	2	3	4	5
37. Kendini kederli ve karamsar hissetmek	1	2	3	4	5
38. Suçluluk	1	2	3	4	5
39. Yaptığınız her davranışın başkaları tarafından incelendiğini düşünmek	1	2	3	4	5
40. Tedirginlik ve huzursuzluk	1	2	3	4	5
41. Hafıza sorunları/ hatırlama güçlükleri	1	2	3	4	5
42. Hayal kurma	1	2	3	4	5
43. Kararsızlık	1	2	3	4	5
44. Zihinde bulanıklıklar	1	2	3	4	5
45. Düşüncelerin hızlanması	1	2	3	4	5
46. Her şeyin en kötüye gittiğine inanma	1	2	3	4	5
47. Uykuya dalmada güçlük	1	2	3	4	5
48. Hatalı kararlar verme	1	2	3	4	5
49. Konsantrasyonda (dikkati toplamada) güçlük	1	2	3	4	5
50. Zihnin sürekli meşgul olması	1	2	3	4	5
51. Eklem romatizması ağrıları	1	2	3	4	5
52. Ay hali (menstruasyon) zorlukları	1	2	3	4	5
53. Vücut ısısında ani değişimler	1	2	3	4	5
54. Şeker hastalığı	1	2	3	4	5
55. Deride döküntüler ya da sivilceler	1	2	3	4	5
56. Yorgunluk, bitkinlik	1	2	3	4	5
57. Kısırlık	1	2	3	4	5
58. Şişkinlik, aşırı su tutma	1	2	3	4	5
59. Aşırı susama	1	2	3	4	5
60. Derinin renginde değişme (gri renk hâkimiyeti)	1	2	3	4	5
61. Soğuk algınlıklarının sıklaşması	1	2	3	4	5
62. Nezle olma sıklığında artış	1	2	3	4	5
63. Alerji	1	2	3	4	5
64. Sıklıkla ortaya çıkan hafif enfeksiyon rahatsızlıkları	1	2	3	4	5

65. Ürtiker / kurdeşen (deride kırmızı döküntüler)	1	2	3	4	5
66. Kendini genellikle hasta ya da rahatsız hissetme	1	2	3	4	5
67. Ağızda yaralar	1	2	3	4	5
68. Farenjit (boğaz yanması, acıması)	1	2	3	4	5
69. Mononucleosis (lenf bezleriyle ilişkili bir hastalık)	1	2	3	4	5
70. Uçuklar (ağız ya da genital bölgede)	1	2	3	4	5

EK 3
Kişilerarası Tarz Ölçeği

YÖNERGE (AÇIKLAMA)

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, sizi ne kadar tanımladığını sağ tarafındaki seçeneklerden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen boş bırakmayınız. Seçeneklerde "doğru" ya da "yanlış" diye bir değerlendirme yoktur, önemli olan sizin kendinizi nasıl tanımladığınızdır. Lütfen isim yazmayın. Katkılarınız için çok teşekkür ederiz.

		Sizi ne kadar tanımlıyor				
		0%	25%	50%	75%	100%
1	İnsanlarla konuşurken iğneleyici sözler söylemekten çekinmem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Problemini anlatan bir kişinin, duygularından bahsetmesinden rahatsız olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Problem yaşadığım bireyin ne hissettiğiyle ilgilenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Karşımdaki insanı, yapmasını istediğim davranış konusunda zorlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	İnsanlara emir vererek bir işi daha çabuk yaptırabileceğimi düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Kendi çıkarım için başkalarına hoş sözler söylemekten kaçınmam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Eleştirilmemek ya da reddedilmemek için kendi doğrularımı kendime saklarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	İstediklerimi yapmaları için gerektiğinde insanlara gözdağı veririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Karşımdaki bireyle konuşurken onu küçük düşürücü ifadeler kullandığım olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Sorduğum sorularla karşımdakini sıkıştırmaktan hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	İnsanları dinlerken, sık sık sıkılıp konuyu değiştirmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	Birilerini dinlerken genelde elimde bir şeylerle oynuyor olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Birini dinlerken oturduğum yerde kıpırdanmadan duramam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	Haksız olsam da karşımdaki kişi ne derse desin, kendimi savunurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Karşımdaki kişiye açıklama yapmaktansa, doğrudan ne yapması gerektiğini söylemeyi tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Sohbet sırasında birini dinlemek istemesem de dinliyormuş gibi görünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	İnsanlarla çatışmaktan ve aramızda var olan problemleri tartışmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18	İnsanlarla sorunlarımı çözerken, kendi ihtiyaçlarımı ön planda tutarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	İnsanlara istediğim bir şeyi yaptırmak için onları pohpohlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Sinirlendiğimde sonradan pişman olacağım sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

21	Biri beni eleştiriyorsa “asıl sen kendine bak” derim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22	Arkadaşlarıma kendi taktığım isimlerle seslenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23	Dertlerini anlatan arkadaşşıma, bunları boş vermesini söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24	Genellikle karşımdakileri dinlerken hiç soru sormam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25	Karşımdakileri eleştirmekten kaçınmam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26	İnsanlarla konuşurken duygularımı gizlemeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27	Başkalarının hatalarını görürsem yüzlerine vururum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28	Karşımdakilerin sorunlarını dinlemekten kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29	Başka insanların beğendiğim özelliklerini övmekten çekinirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30	Birini dinlerken anlamadığım ya da kaçırdığım bir yer olduğunda, sözünü kesip anlayamadığımı ya da kaçırdığımı söyleyemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31	Söylediklerimin aynen yapılmasını beklerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32	İnsanların çoğunun aptal olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33	Öfkelendiğimde genellikle bağırıp çağırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34	Eğer bir kişiye kızmışsam öfkemi başkalarından çıkarırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Sizi ne kadar tanımlıyor

		0%	25%	50%	75%	100%
35	Birisiyle konuşurken göz teması kurmaktan rahatsız olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36	Birini dinlemek istemezsem ilgisiz sorularla geçiştirmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37	Sıkıcı konular açıldığında; konuyu hemen değiştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38	Sıklıkla konuşulan konu sonlanmadan başka bir konuya geçtiğimi fark ettiğim olmuştur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39	Kişilerarası sorunumu çözerken, karşımdakini anlamak zorunda olmadığımı düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40	Genelde, almak istediğim cevabı alacağım türden sorular sorarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41	İnsanlar yaptığım övgüleri hak etmeseler de onları överim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42	Biriyle tartışırken, tek amacım o tartışmayı kazanmaktır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43	Karşımdakilerle içten içe alay etmekten hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44	İnsanlara nasihat vermeyi severim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45	İnsanların dış görünüşleri, onlara karşı davranışlarını/konuşma biçimimi/ilişkilerimi belirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46	İnsanlar, istediklerimi yapmazlarsa onlara küseceğimi bilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47	Arkadaşlarıma isim takmaktan hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48	Karşımdakini sorguya çekiyormuşum gibi sorular sorarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

49	Çoğu zaman isteklerimi yaptırmak için insanlara karşı tehditkar olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
50	Karşımdaki kişi ile aynı düşünceleri paylaşmadığımda söylediklerini sonuna kadar dinleyemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
51	Çevremdeki insanları kendi istek ve gereksinimlerime göre yönlendiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
52	Başkalarına emirler vermekten hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
53	Karşımdakini dinlerken aklımda başka düşünceler olsa da onu anlıyormuş gibi görünmeye devam ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
54	Çok öfkeli olduğum zaman gözüm hiç kimseyi görmez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
55	Başkasıyla konuşurken, cevabını pek önemsemediğim halde sorular sorarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
56	Birileri benimle tartışırsa sonunda kırılacaklarını bilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
57	İnsanların çoğunun riyakar olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
58	Birisi bana sorunlarını anlatmaya başladığında içimden “umarım fazla uzatmaz” diye geçiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
59	İsteklerimi soru şeklinde (yapar mısın, eder misin gibi) yöneltmek yerine doğrudan (yap, et gibi) ifade etmeyi tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
60	Kendi düşüncelerimi savunmak için gerekirse karşımdakini kırarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 4

Sosyal Karşılaştırma Ölçeği

SKÖ

Sizin de bildiğiniz gibi, hepimiz zaman zaman kendimizi diğer insanlarla karşılaştırır ve bazı değerlendirmeler yaparız. Bu değerlendirmeler sonucunda kendimizle ilgili bazı fikirler ediniriz. **Sizin de kendinizle ilişkili bazı kişisel görüşleriniz** mutlaka vardır. Lütfen, aşağıdaki sıfatların her birinde **sizi en iyi yansıtan sayıyı** bularak üzerine (X) işarati koyunuz.

Yetersiz	1	2	3	4	5	6	Yeterli/üstün
Beceriksiz	1	2	3	4	5	6	Becerikli
Başarısız	1	2	3	4	5	6	Başarılı
Sevilmeyen biri	1	2	3	4	5	6	Sevilen biri
İçe dönük	1	2	3	4	5	6	Dışa dönük
Yalnız	1	2	3	4	5	6	Yalnız değil
Dışta bırakılmış	1	2	3	4	5	6	Kabul edilmiş
Sabırsız	1	2	3	4	5	6	Sabırlı
Hoşgörüsüz	1	2	3	4	5	6	Hoşgörülü
Söylenen yapan	1	2	3	4	5	6	İnsiyatif sahibi
Korkak	1	2	3	4	5	6	Cesur
Kendine güvensiz	1	2	3	4	5	6	Kendine güvenli
Çekingen	1	2	3	4	5	6	Atılgan
Dağınık	1	2	3	4	5	6	Düzenli
Pasif	1	2	3	4	5	6	Aktif
Kararsız	1	2	3	4	5	6	Kararlı
Antipatik	1	2	3	4	5	6	Sempatik
Boyun eğici	1	2	3	4	5	6	Hakkını arayıcı

EK 5

Çok Boyutlu Öfke Ölçeği

Sizi öfkeliendiren bir durumda kaldığınızda aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her
			sırada		zaman
1. Soğukkanlılığımı korurum.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sinirimi boşaltmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bana nasıl böyle bir haksızlık yapıldığını düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kontrolümü kaybedeceğim düşüncesine kapılırım.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Bunlar başıma neden geliyor diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ne yapacağımı düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sağa-sola vururum.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Çözüme yönelik düşünmeye başlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
9. İnsanlar bana bağırırsa ben de onlara bağırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Benimle aynı fikirde olmayan insanlarla tartışmaya girmekten kendimi alamam.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Şiddet gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Gözüme bir şey gözükmez.	☐	☐	☐	☐	☐
13. En iyi savunma saldırıdır diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Unutmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Herkes kadar ben de kavga ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Haklarımı korumak için fiziksel şiddete başvurmam gerekirse, yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Daha da sakinleşmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Kendime sürekli sakin ol diye telkinlerde bulunurum.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sakinleşmek için olayın nedenlerini sorgularım.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Kendi kendine geçmesini beklerim.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Kendimi sakinleştirmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Hoşlanmadığım fikirlerimi örtbas etmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Umutsuzluğa düşerim.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kendimden başka bir şey düşünemem.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Öfkemi göstermem.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Soğukkanlılığımı kaybettiğim zaman, birine tokat atabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐

Sizi öfkeliendiren bir insan karşısında aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her
			sırada		zaman
1. Kendini suçlu hissetmesi için uğraşırım.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Beni bu şekilde sinirlendirmeye hakkı yok diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Onu mahvetmek isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Onu hiç önemsemediğini gösteren bir davranış yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐

5. Anında parlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sonuna kadar götüremeyeceğim tehditleri sıkça savururum.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hakaret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Karşımdakini cezalandırmak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Dedikodusunu yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Hakkında düşündüklerimi ona söylerim.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Burnunun ortasına bir yumruk hakediyor diye düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Bunu kasıtlı yapıyor diye düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Beni sevmediğini düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Beni önemsemediğini düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Karşımdakinden intikam almak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ona her türlü kötülüğü yapmak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
17. O anda öcümü almak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Onu aşağılamak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Bana böyle acı çektirmemeliydi diye düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
20. İstediklerinin tam tersini yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Gereksizce konuşmam, ilgi göstermem.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Saatlerce öfkeli kalırım.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Beni hayal kırıklığına uğrattı diye düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Bana patronluk taşıyor diye düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Kendimi savunarak konuşurum.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Onu yaptığına pişman ettirmek isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Kendini ne sanıyor diye düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Yüksek sesle bağırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Akıldan neyi yanlış yaptım diye geçer.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Nasıl tepkiler vereceğimi düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Sakin olmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Kendimi kontrol etmem gerektiğini düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Onu yenmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ona, neye yol açtığımı iyice göstermeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
35. İçimden onun ne kadar aşağılık biri olduğu geçer.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Benden istediklerini yapmam.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Ona mutlaka birşeyler söylemem gerektiğini düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Kim olduğumu ona gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Benimle alay ettiğini düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Ona gülmü göstermek isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Canı kavga istiyor diye düşündürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
42. İçime kapanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Gülerim.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Hiç aldırmam	☐	☐	☐	☐	☐
45. Görmezden gelirim.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Suçu kendimde ararım.	☐	☐	☐	☐	☐
47. Ben ondan bunun acısını çıkarırım diye düşündürüm	☐	☐	☐	☐	☐

EK 6

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin **SİZİ BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR RAHATSIZ ETTİĞİNİ** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
Aşağıdakiler sizi ne kadar rahatsız ediyor:					
1 İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	☐	☐	☐	☐	☐
2 Baygınlık, baş dönmesi	☐	☐	☐	☐	☐
3 Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	☐	☐	☐	☐	☐
4 Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu fikri	☐	☐	☐	☐	☐
5 Olayları hatırlamada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
6 Çok kolayca kızıp öfkelenme	☐	☐	☐	☐	☐
7 Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	☐	☐	☐	☐	☐
8 Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
9 Yaşamınıza son verme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
10 İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	☐	☐	☐	☐	☐
11 İştahsızlıklar	☐	☐	☐	☐	☐
12 Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	☐	☐	☐	☐	☐
13 Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐
14 Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
15 İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
16 Yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
17 Hüzünlü, kederli hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
18 Hiçbir şeye ilgi duymama	☐	☐	☐	☐	☐
19 Ağlamaklı hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
20 Kolayca incinebilme, kırılma	☐	☐	☐	☐	☐
21 İnsanların sizi sevmeyeceğine, size kötü davrandığına inanmak	☐	☐	☐	☐	☐
22 Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	☐	☐	☐	☐	☐
23 Mide bozukluğu, bulantı	☐	☐	☐	☐	☐
24 Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
25 Uykuya dalmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
26 Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme	☐	☐	☐	☐	☐
27 Karar vermede güçlükler	☐	☐	☐	☐	☐
28 Otobüs, metro, tren gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma	☐	☐	☐	☐	☐
29 Nefes darlığı, nefessiz kalma	☐	☐	☐	☐	☐
30 Sıcak-soğuk baskınları	☐	☐	☐	☐	☐
31 Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	☐	☐	☐	☐	☐
32 Kafanızın bomboş kalması	☐	☐	☐	☐	☐
33 Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	☐	☐	☐	☐	☐
34 Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
35 Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak	☐	☐	☐	☐	☐
36 Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma	☐	☐	☐	☐	☐
37 Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	☐	☐	☐	☐	☐
38 Kendini gergin ve tedirgin hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
39 Ölme ve ölümler üzerine düşünceler	☐	☐	☐	☐	☐
40 Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	☐	☐	☐	☐	☐
41 Bir şeyleri kırma/dökme isteği	☐	☐	☐	☐	☐
42 Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak	☐	☐	☐	☐	☐
43 Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	☐	☐	☐	☐	☐
44 Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	☐	☐	☐	☐	☐
45 Dehşet ve panik nöbetleri	☐	☐	☐	☐	☐
46 Sık sık tartışmaya girme	☐	☐	☐	☐	☐
47 Yalnız bırakıldığında/kaldığında sinirlilik hali	☐	☐	☐	☐	☐
48 Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
49 Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
50 Kendini değersiz görme/değersizlik duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
51 İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömürecekleri duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
52 Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
53 Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	☐	☐	☐	☐	☐