



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BELİREN YETİŞKİNLERDE SOSYOTROPİ-OTONOMİ  
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE DUYGUSAL ŞEMALARIN  
SOMATİZASYON ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SÜMEYYE YILDIZ**

**İSTANBUL, 2022**



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BELİREN YETİŞKİNLERDE SOSYOTROPİ-OTONOMİ  
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE DUYGUSAL ŞEMALARIN  
SOMATİZASYON ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SÜMEYYE YILDIZ  
(200133001)**

**Danışman  
(Doç. Dr. Gaye Saltukoğlu)**

**İSTANBUL, 2022**

07/06/2022

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli yüksek lisans programı öğrencisi 200131001 numaralı Sümeyye YILDIZ'ın hazırladığı “Beliren Yetişkinlerde Bazı Demografik Değişkenler İle Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ve Duygusal Şemaların Somatizasyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi” konulu Yüksek Lisans tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 07/06/2022 Salı günü saat 10:00’da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **Kabulüne Oy Çoğunluğu/Oy Birliği** ile karar verilmiştir.

**Tez adı değişikliği yapılması halinde:** Tez adının “Beliren Yetişkinlerde Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ve Duygusal Şemaların Somatizasyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi” şeklinde değiştirilmesi uygundur.

| Jüri Üyesi                            | Karar |
|---------------------------------------|-------|
| 1. Doç. Dr. Gaye SALTUKOĞLU(Danışman) | Kabul |
| 2. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT          | Kabul |
| 3. Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU        | Kabul |
| 4. ....                               | ..... |
| 5. ....                               | ..... |
| 6. (İkinci Danışman)*.....            | ..... |

\*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

## **ETİK BİLDİRİM**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Sümeyye Yıldız

## TEŐEKKÜR

Bu alıŐma boyunca ilgisi ve desteği ile yanımda olan değerli tez danıŐmanım Doç. Dr. Gaye Saltukoğlu'na ve analiz aŐamasında sorularımı sabırla yanıtlayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Melek Astar'a teŐekkürlerimi sunarım.

Başta anneciğim olmak üzere desteğini her zaman hissettiğim aileme ve araştırmaya gönüllü olarak katkıda bulunan tüm katılımcılara teŐekkür ederim.

Sümeyye Yıldız

# **BELİREN YETİŞKİNLERDE SOSYOTROPİ-OTONOMİ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE DUYGUSAL ŞEMALARIN SOMATİZASYON ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Sümeyye Yıldız**

## **ÖZET**

Bu çalışmada, bireysel ve sosyal düzeyde önemli bir sıkıntı ve işlevsel yetersizlik kaynağı olduğu düşünülen somatizasyonun açıklanmasında sosyotropi-otonomi (bağımlı ve özerk) kişilik eğilimleri ile duygular hakkındaki inanç ve tutumların beliren yetişkin örnekleminde farklı sosyodemografik değişken gruplarına göre nasıl bir etkide bulunduğu anlaşılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda araştırma örneklemini oluşturan 18-29 yaş aralığında 321 beliren yetişkinden çevrimiçi form yolu ile toplanan veri analiz edilmiştir. Uygulama kapsamında demografik bilgi formu ile birlikte Somatizasyon Ölçeği, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği kullanılmıştır. Somatizasyon ile sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve duygusal şemalar arasındaki ilişki Korelasyon Analizi ile incelendikten sonra somatizasyonun tüm örnekleme ve çeşitli demografik değişken gruplarındaki yordayıcılarını belirlemek üzere Çoklu Doğrusal Regresyon modelleri oluşturulmuştur. Analiz sonucunda beliren yetişkin örnekleminde sosyotropi ile kontrol edilemezlik, akılcılık isteği ve hisleri kabullenme duygusal şemalarının somatizasyon üzerinde etkili olduğu ve çeşitli demografik değişken gruplarında bu sonuçların farklılaştığı görülmüştür. Bulgular ilgili literatüre göre yorumlanmıştır.

**Anahtar kelimeler;** somatizasyon, sosyotropi, otonomi, duygusal şema

# **INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF SOCIOTROPY- AUTONOMY PERSONALITY TRAITS AND EMOTIONAL SCHEMAS ON SOMATIZATION IN EMERGING ADULTS**

**Sümeyye Yıldız**

## **ABSTRACT**

This study is aimed to understand how sociotropy-autonomy (dependent and autonomous) personality tendencies, beliefs and attitudes about emotions affect different sociodemographic variable groups in the sample of emerging adults who appear in the explanation of somatization, which is considered to be an important source of distress and functional disability at the individual and social level. In this direction, data collected via online form from 321 emerging adults the age range of 18-29 who constituted the research sample were analyzed. Within the scope of the research, Somatization Scale, Sociotropy-Autonomy Scale and Leahy Emotional Schema Scale were used together with demographic information form. The relationship between somatization, sociotropy-autonomy personality traits and emotional schemas was examined by correlation analysis, and then in order to identify predictors of somatization in the whole sample and for various demographic variables groups, multiple linear regression models were created. As a result of the analysis, it was found that emotional schemes of uncontrollability, rationality and acceptance of feelings with sociotropy had an effect on somatization in the sample of emerging adults, and these results differed in various demographic variable groups. The findings were interpreted according to the relevant literature.

**Key words;** somatization, sociotropy, autonomy, emotional schema

## ÖNSÖZ

Bu çalışma ile birçok kişi tarafından deneyimlendiği düşünülen somatizasyonun açıklanmasına ve uygulama stratejilerinin desteklenmesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır. Kişilerarası ilişki eğilimleri ve duygulara dair inanç ve tutumların somatizasyona nasıl etkide bulunduğu değerlendirileceği bu çalışmanın karmaşık bir süreç olarak görülen somatizasyon fenomeninin aydınlatılması noktasında yarar sağlayacağı beklenmektedir. Araştırma sonuçlarının ayrıca söz konusu alanlara yapılan vurgunun artması noktasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Haziran, 2022

Sümeyye Yıldız



## İÇİNDEKİLER

|   |     |
|---|-----|
| ÖZET.....   | v   |
| ABSTRACT .....  | vi  |
| ÖNSÖZ.....  | vii |
| TABLO LİSTESİ.....  | x   |
| KISALTMALAR .....   | xii |
| GİRİŞ .....   | 1   |
| BİRİNCİ BÖLÜM .....   | 3   |
| 1. KURAMSAL ÇERÇEVE .....   | 3   |
| 1.1. SOMATİZASYON.....  | 3   |
| 1.1.1. Tarihsel Yaklaşım.....   | 3   |
| 1.1.2. Somatizasyonun Kavramsallaştırılması ve Çeşitli Tanımlamalar ... | 4   |
| 1.1.3. Tanı .....   | 5   |
| 1.1.4. Genel Klinik Görünüm.....  | 6   |
| 1.1.5. Yaygınlık.....   | 8   |
| 1.1.6. Etiyolojik Faktörler .....                                       | 10  |
| 1.1.6.1. Genetik Yatkınlık.....   | 12  |
| 1.1.6.2. Gelişimsel Öğrenme ve Erken Dönem Deneyimleri.....             | 12  |
| 1.1.6.3. Sosyokültürel Faktörler .....                                  | 14  |
| 1.1.6.4. Kişilik Özellikleri .....                                      | 15  |
| 1.1.7. İlişkili Durumlar .....  | 15  |
| 1.1.7.1. Aleksitimi.....  | 15  |
| 1.1.7.2. Depresyon .....  | 16  |
| 1.1.7.3. Anksiyete .....  | 18  |
| 1.1.7.4. Kişilik Bozuklukları .....                                     | 19  |
| 1.2. SOSYOTROPİ-OTONOMİ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ .....                       | 21  |
| 1.2.1. Sosyotropi.....  | 22  |
| 1.2.2. Otonomi.....   | 22  |

|                               |   |           |
|-------------------------------|---|-----------|
| 1.2.3.                        | Sosyotropi-Otonomi ve Psikopatoloji.....                | 23        |
| 1.2.4.                        | Sosyotropi-Otonomi ve Somatizasyon.....                 | 24        |
| 1.3.                          | DUYGUSAL ŞEMA .....                                     | 25        |
| 1.3.1.                        | Duygulara İlişkin Bilişsel ve Üstbilişsel Modeller..... | 25        |
| 1.3.2.                        | Leahy'nin Duygusal Şema Modeli .....                    | 27        |
| 1.3.3.                        | Duygusal Şemalar ve Psikopatoloji.....                  | 29        |
| 1.3.4.                        | Duygusal Şemalar ve Somatizasyon .....                  | 30        |
| 1.4.                          | AMAÇ .....  | 31        |
| <b>İKİNCİ BÖLÜM.....</b>      |   | <b>32</b> |
| <b>2. YÖNTEM .....</b>        |   | <b>32</b> |
| 2.1.                          | KATILIMCILAR .....                                      | 32        |
| 2.2.                          | VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....                              | 32        |
| 2.2.1.                        | Demografik Bilgi Formu .....                            | 32        |
| 2.2.2.                        | Somatizasyon Ölçeği .....                               | 32        |
| 2.2.3.                        | Sosyotropi-Otonomi Ölçeği .....                         | 33        |
| 2.2.4.                        | Leahy Duygusal Şema Ölçeği .....                        | 33        |
| 2.3.                          | UYGULAMA.....   | 34        |
| 2.4.                          | VERİ ANALİZİ .....                                      | 34        |
| <b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....</b>      |   | <b>36</b> |
| <b>3. BULGULAR.....</b>       |   | <b>36</b> |
| <b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>   |   | <b>57</b> |
| <b>4. TARTIŞMA.....</b>       |   | <b>57</b> |
| <b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b> |   | <b>68</b> |
| <b>KAYNAKÇA.....</b>          |   | <b>69</b> |
| <b>EKLER.....</b>             |   | <b>89</b> |

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tablo 1</b> : Katılımcıların Sosyo-Demografik Değişkenlerine Ait Sayı ve Yüzde Dağılımları .....   | <b>35</b> |
| <b>Tablo 2</b> : Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Betimleyici İstatistik Değerleri.....   | <b>36</b> |
| <b>Tablo 3</b> : Ölçek ve Alt Boyut Puanları İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....   | <b>38</b> |
| <b>Tablo 4</b> : Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları .....                              | <b>42</b> |
| <b>Tablo 5</b> : Cinsiyet Kategorilerine Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları ..... | <b>43</b> |
| <b>Tablo 6</b> : Eğitim Düzeylerine Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları .....      | <b>44</b> |
| <b>Tablo 7</b> : Medeni Duruma Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları .....           | <b>46</b> |
| <b>Tablo 8</b> : Ekonomik Duruma Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....          | <b>47</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tablo 9</b> : Birlikte Yaşanılan Kişilere Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....                | <b>49</b> |
| <b>Tablo 10</b> : En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimine Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları ..... | <b>50</b> |
| <b>Tablo 11</b> : Ailedeki Kronik Hastalık Varlığına Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları .....       | <b>52</b> |
| <b>Tablo 12</b> : Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....           | <b>53</b> |
| <b>Tablo 13</b> : Psikolojik Yardım Gereksinimine Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları .....          | <b>54</b> |

## KISALTMALAR

|         |   |
|---------|---|
| APA     | American Psychiatric Association                      |
| $\beta$ | Standartlaştırılmış Eğitim Katsayısı                  |
| B       | Eğitim Katsayısı                                      |
| Bkz.    | Bakınız   |
| Çev.    | Çeviren   |
| DSM     | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| Ed.     | Editör  |
| F       | F Testi İstatistiği                                   |
| ICD     | International Classification of Diseases              |
| LDŞÖ    | Leahy Duygusal Şema Ölçeği                            |
| MMPI    | Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri                 |
| Ort.    | Ortalama  |
| ör.     | Örneğin   |
| p       | Olasılık Değeri                                       |
| $R^2$   | Belirlilik katsayısı                                  |
| s.      | Sayfa/sayfalar  |
| SOSOTÖ  | Sosyotropi-Otonomi Ölçeği                             |
| SS      | Standart Sapma  |
| SPSS    | Statistical Package for Social Sciences               |
| t       | t Testi İstatistiği                                   |
| vb.     | Ve benzeri  |
| WHO     | World Health Organization                             |

## GİRİŞ

Birey tarafından psikososyal strese karşı gösterilen bir tepki olduğu varsayılan somatizasyon, bilinen tıbbi bulgularla açıklanması güç bedensel sıkıntı veya semptomlara sahip olma ve bunları hastalık belirtileri ile ilişkilendirerek tıbbi çözüm arama eğilimidir (Lipowski, 1988). Bir tanı ya da bozukluk olmaktan ziyade çok yönlü bir klinik olgu olan somatizasyon, deneyimlenme biçimleri yönünden de oldukça heterojen bir görünüme sahiptir (Kesebir, 2004). Somatizasyon deneyimi kısa veya uzun süreli olabilirken sebep olduğu sıkıntı veya işlev yetersizliği kişiden kişiye göre değişmektedir. Bu tepki biçiminin oluşmasında ve sürdürülmesinde önemli olduğu düşünülen çok sayıda etiyolojik faktör çeşitli yazarlar tarafından tanımlanmıştır. Kişilik, erken dönem yaşantıları, aile etkileri ve öğrenme deneyimleri gibi faktörler bunlardan birkaçıdır. Bazı yazarlar tarafından somatizasyon anksiyete ve depresyonun (Fisch, 1987) maskelenmiş biçimleri olarak nitelendirilirken, bazı yazarlar ise somatizasyonu kişilerarası ilişki kurma biçimleri ile ilişkilendirmiştir (Stuart ve Noyes, 1999). Somatizasyon deneyimleyen bireylerin başkası yönelimli olma ihtimalinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Nitekim kişilerarası bağımlılık eğilimlerine sahip bireylerin somatizasyon geliştirmeye daha açık olduğu bazı araştırmacılar tarafından da doğrulanmıştır (Bornstein, 1995; Greenberg ve Bornstein, 1988). Dolayısıyla, sosyotropik bir bireyin özerk bir bireye göre ilişki kurmak veya ikincil kazanç elde etmek gibi nedenlerle somatizasyona başvurmasının daha olası olduğu düşünülmektedir.

Somatizasyonla en çok ilişkilendirilen özelliklerden biri de duyguları tanıma ve aktarmadaki yetersizlik olarak tanımlanan aleksitimidir (Nemiah ve Sifneos, 1970). Somatizasyon eğilimi olan her kişi duygularını tanıma ve tanımlamada yetersiz midir? Veya duyguları ifade edebilme yönündeki yetersizliğin arkasında başka bir olgudan bahsedilebilir mi? Somatizasyon eğiliminin oluşmasına neden olan

Leahy'nin (2002) duygusal şema modelinde tanımladığı, bireyin kendisinin veya diğer insanların duyguları hakkında geliştirdiği inanç ve tutumlar olabilir mi? Bu modele göre her birey duygular hakkında farklı şemalara sahiptir. Bu şemalar duyguların birey tarafından nasıl yaşantılandığı ve hoş olmayan bir duygu ortaya çıktığında bu duygu ile nasıl başa çıkılacağını belirleyen inançlardan oluşur. Bu doğrultuda, somatizasyonun duygusal şemalar tarafından açıklanabileceği düşünülmektedir. Örneğin birey deneyimlediği kıskançlık ve öfke gibi duyguları sebebiyle suçluluk duyduğundan veya duygularının diğer insanlarınkinden farklı olduğunu düşündüğünden duygularını ifade etme konusunda isteksizlik veya yetersizlik gösteriyor olabilir. Bu nedenlerle, sözel yollarla aktarılamayan duygular bedensel semptomlarla ifade ediliyor olabilir.

Sonuçta, somatizasyonun kişilerarası ilişki kurma eğilimleri ve duygusal şemalar tarafından yordanabileceği düşünülmektedir. Oldukça karmaşık bir yapı olduğu düşünülen somatizasyonun söz konusu değişkenler tarafından yordanabilmesi, teorik alana olduğu kadar uygulama alanına da katkı sağlayacaktır.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. KURAMSAL ÇERÇEVE

### 1.1. SOMATİZASYON

#### 1.1.1. Tarihsel Yaklaşım

Yüzyıllardır bilinen ve çok çeşitli şekillerde tedavi edilen somatizasyon, 18. yüzyılın sonlarına kadar “melankoli”, “histeri”, “hipokondri” gibi isimlerle anılmıştır (Veight, 1956 aktaran Lipowski, 1988). Psikanalitik çağın başlarında Briquet, Breuer ve Freud’un bu konuda ortaya koydukları çalışmalarla açıklanamayan bedensel belirtilerin psikolojik nedenlerine ilişkin teori ve araştırmaların önü açılmıştır. Briquet (1859) konversiyon fenomeni, histerik kişilik ve somatizasyon bozukluğu olmak üzere birbiriyle ilişkili üç sendrom tanımlamış ve benzer semptomlarla karakterize bu üç sendromun sıklıkla birlikte ortaya çıktığını vurgulamıştır (Dongier, 1983). Öyle ki daha sonra somatizasyon bozukluğu olarak tanımlanacak rahatsızlığın klinik özelliklerinin tanımlanması Briquet tarafından yapılmış, tanımlamaya istinaden bu rahatsızlık Briquet Sendromu olarak anılmıştır.

19. yüzyılın sonlarında Breuer ve Freud (1895) ise somatik semptomların, ruhsal yapının tetiklemesiyle ortaya çıktığı bir süreci tanımlayan “konversiyon” kavramını öne sürmüştür (Woolfolk ve ark., 2007). Psikolojik çatışmaların bedensel belirtilere dönüşümünü ifade eden konversiyon, bireylerin çatışmadan ve tehdit edici durumlardan kaçındıkları bir savunma mekanizması olarak görülmüştür. Konversiyon semptomları ile fizyolojik bozukluklar arasında ayırım yapılmış, bu semptomlar bir bozukluk olmaktan çok iletişim kurma şekilleri olarak yorumlanmıştır (Schur, 1955 aktaran McWhinney ve ark., 1997). Ayrıca Freud’un histeri üzerine yaptığı çalışmalarla tıbbi olarak açıklanamayan bedensel yakınmaların kaynağı olarak bilinçdışı çatışmalar ve erken dönem travma fikirleri gelişmeye başlamıştır. Bu semptomlar ayrıca ikincil kazançları güvence altında tutmak için



kullanılan bir araç olarak olarak da görülmüştür (Woolfolk ve ark., 2007). Tüm bu fikirler somatizasyona dair ileriki açıklamalara kaynak olmuş, somatizasyonun terim olarak kullanılması ise sonraki yüzyılda gerçekleşmiştir.

### **1.1.2. Somatizasyonun Kavramsallaştırılması ve Çeşitli Tanımlamalar**

Somatizasyon terimi ilk kez Stekel (1924) tarafından “derin bir nevrozun ifadesi olarak ortaya çıkan bedensel bozukluk” şeklinde tanımlanmıştır. Bu bozukluk konversiyon fenomeni ile özdeş olmasa bile bağlantılıdır ve sembolik bir iletişim kurma biçimi olarak görülebilir (McWhinney ve ark., 1997).

Stekel'den sonra somatizasyonun farklı ama ortak tarafları olan çeşitli tanımlamaları yapılmıştır. Psikanalitik yönelimli yazarlar tarafından somatizasyon bilinçdışı savunmalarla engellenen kaygının dolaylı yollarla yani çeşitli bedensel belirtilerle ifade edildiği bir süreç olarak görülmüştür (Stuart ve Noyes, 1999). Örneğin, Menninger (1947)'e göre somatizasyon, anksiyetenin bilinç alanına ulaşmasını önlemek üzere ortaya çıkan ilkel bir anlatım biçimidir. Buna benzer bir tanımlama Ford (1986) tarafından yapılmıştır. Ford (1986)'a göre somatizasyon, bedensel belirtilerin birey tarafından psikolojik amaçlar için kullanılmasıdır.

Bazı yazarlar tarafından ise somatizasyon, psikolojik sıkıntı durumunun bilincinde olma veya onu ifade etmeye karşı bir savunma biçimi olarak görülmüştür (Katon ve ark., 1982; Kellner, 1990). Kellner'a (1990) göre somatizasyon yadsıma, rasyonalizasyon ve yer değiştirme savunma mekanizmalarının bir gösterimi veya bir çatışmayı çözmeye yönelik bir girişimdir. Örneğin birey herhangi içsel (veya dışsal) bir çatışmayı çözümlenmek yerine bedensel algılarıyla uğraşır veya gösterdiği başarısızlıklara yönelik suçluluğunu fiziksel semptomlar ile gösteriyor olabilir (Kellner, 1990).

Diğer yazarlar ise somatizasyonu, duygusal ve psikososyal sıkıntılara sahip bireylerin rahatsızlık durumlarını psikolojik veya sözel yollardan ziyade fiziksel yakınmalar yoluyla ifade ettikleri bir durum olarak tanımlamışlardır (Ford, 1986; Heinrich, 2004; Katon ve ark., 1984; Kirmayer, 1984; Lipowski, 1968; Mai, 2004). Bridges ve Goldberg (1985) ise somatizasyonun genel bir işlemsel tanımını

yapmıştır. Onlara göre somatizasyon Eksen I bozuklukların somatik yollarla ifade bulmasıdır.

En genel ifade ile somatizasyon; tıbbi bulgularla açıklanamayan bedensel sıkıntı ve semptomlar deneyimleme, aktarma ve bunları fizyolojik bir hastalıkla ilişkilendirip tıbbi bir çözüm arama eğilimidir. Bu eğilimin olumsuz yaşam olaylarının neden olduğu psikososyal strese gösterilen bir tepki olduğu düşünülmektedir (Lipowski, 1986, 1987a, 1987b, 1988). Somatizasyon eğiliminde olup sık sık fiziksel sıkıntılardan yakınan bu kişiler, kanıtlanabilir fiziksel bir rahatsızlığa sahip değildirler veya objektif tıbbi bulgulara göre beklenildiğinden daha fazla sıkıntı yaşamaktadırlar. Somatizasyon bunun yanı sıra, belirli bazı semptom kümelerinin varlığı ile ayırt edilen ve tıbbi olarak yeterince açıklanamayan fonksiyonel somatik sendromlarla da ilişkilendirilmiştir (De Gucht ve Fischler, 2002; Fink ve ark., 2005; Hotopf, 2004; Mayou, 1993; Mayou ve Farmer, 2002; Nimnuan ve ark., 2001).

### **1.1.3. Tanı**

Tarihsel süreç içinde çok çeşitli isimlerle anılan somatizasyon terimi ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 3. baskısı (DSM-III) içinde yer almıştır (APA, 1980). Bundan önce farklı psikolojik bozukluk kategorileri içinde yer bulan tıbben açıklanamayan fizyolojik bozukluklar, DSM'nin 4. Baskısında ve bir diğer tanı sistemi olan ICD-10'da somatoform bozukluklar kategorisi altında incelenmiştir (APA, 1994; WHO, 1992). DSM'nin son baskısı olan DSM-5'te ise "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar" altında yer almaktadır (APA, 2013). Bu kategori altında "Bedensel Belirti Bozukluğu" tanı kriterleri şu şekildedir:

"A. Bireyin gündelik yaşamını önemli derecede aksatan veya bireye sıkıntı veren bir veya birden çok bedensel semptom,

B. Aşağıdakilerden en az biri ile ortaya çıkan, fiziksel belirtiler veya bunlarla birlikte görünen sağlığa ilişkin kaygılarla bağlantılı aşırı seviyede duygu, düşünce veya davranışlar:

1. Belirtilerin önemi ile orantısız, devamlılık gösteren düşünceler,

2. Sağlık veya belirtiler hakkında, devamlı yüksek seviyede bir kaygı,

3. Belirtilere ve sağlığa ilişkin bu kaygılara yüksek düzeyde zaman ve içsel güç sarf etme.

C. Bedensel belirtilerden herhangi biri devamlı olarak mevcut olmasa da belirti gösterme durumu devamlılık gösterir (altın aydan uzun süreli)” (APA, 2013).

#### **1.1.4. Genel Klinik Görünüm**

Psikolojik sıkıntı ve rahatsızlıkların fiziksel ifadesi olarak görülen somatizasyon, dikkatli bir değerlendirme ve inceleme sürecini gerektiren önemli ve sık görülen bir durumdur (Heinrich, 2004). Bu yaygın durum sağlık hizmetlerinin her alanında görülebilmekte ve sıklıkla farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır (Ford, 1986; Kellner, 1985; Lipowski, 1987a, 1987b, 1988). Öyle ki somatize bireyler, oluşumunda çeşitli etiyolojik faktörlerin ve psikolojik mekanizmaların rol oynadığı fiziksel şikayetleri ve psikolojik karakteristikleri ile önemli bir heterojenlik gösterirler (Lipowski, 1987a, 1987b, 1988). Somatizasyonun bu çok boyutluluğu, çok çeşitli belirtilerin, bu belirtileri gösterme biçimlerinin ve bu belirtilere sahip hastaların niteliklerinin klinik yelpazeye dahil edilmesini sağlamaktadır (Lipowski, 1987b, 1988).

Lipowski (1987a, 1987b, 1988) somatizasyonun klinik görünümünü farklı boyutlar altında incelemiştir. Bunlardan ilki somatizasyonun geçiciliği veya kalıcılığıyla ilişkili olan zamansal boyutudur. Stres dönemleriyle alevlenen ve genellikle kısa süreli olan duruma özgü semptomlar, tetikleyici stresin çözülmesiyle sonlanırken tekrarlayan fiziksel yakınmaları olan bazı bireyler için somatizasyon devam eden karakteristik bir yapıya dönüşerek bir yaşam biçimi haline gelebilir (Ford, 1986; Heinrich, 2004). Yas, iş kaybı vb. stresli bir yaşam olayına yönelik akut ve sınırlı tepkiler içeren geçici somatizasyon kendiliğinden veya hekimin hastalığın bulunmadığına dair güvencesinden sonra geçebilir. Buna karşılık, bireyin tıbbi teşhis ve tedavi arayışı ile fiziksel bir hastalığa sahip olma endişesini sürdürmesine sebep olan kalıcı somatizasyon, ömür boyu sürebilen kronik bir problemi yansıttığının yanı sıra klinik, ekonomik ve sosyal bir sorunu temsil eder (Lipowski, 1987a, 1987b, 1988). Somatizasyonun zamansal boyutunun yanı sıra fiziksel bir hastalığa sahip

olma kaygısının derecesi, duygularını bilişsel bir biçimde ifade etme yeteneğinin değişen dereceleri (aleksitimi düzeyi), güzel aldırılmazlıktan panik veya ajite depresyona kadar değişen düzeylerde açık duygusallık ve son olarak tıbbi yardım arama davranışının değişen dereceleri gibi farklı somatizasyon boyutları söz konusudur (Lipowski, 1987a, 1988). Pratik amaçlar doğrultusunda bu boyutları ayırt etmenin önemli olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, çok çeşitli şekillerde kendini gösteren somatizasyonun her zaman büyük bir klinik problemi temsil etmeyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Sadece belirgin bir kişisel sıkıntı, sosyal veya mesleki bir işlev bozukluğu ile ilişkili olduğunda patolojik hale gelmektedir (Heinrich, 2004).

Somatizasyon problemi olan bir kişi herhangi bir beden bölümü veya işlevi ile ilişkili birden fazla semptom deneyimleyebilir. Yaygın şikayetler; sırt, baş, karın, pelvis, göğüs vb. ağrısı; yorgunluk, baş dönmesi, nefes darlığı ve çarpıntıdır (Escobar ve ark., 1987; Lipowski, 1988). Bunların dışında gastrointestinal veya cinsel problemler gibi spesifik olmayan bazı şikayetler de görülebilir (Heinrich, 2004). Sağlık hizmetleri alanında somatizasyon semptomları “fonksiyonel”, “somatoform”, “psikosomatik” ve “psikojenik” gibi farklı terimlerle de ifade edilmektedir. Bu nitelendirmeler genel itibarıyla semptomların organik olmayan bir alana ait olduğunu ve patolojik bir göstergenin taklidi olarak fiziksel bir hastalığa ne kadar güçlü bir şekilde işaret ettiğini yansıtmaktadır (Lipowski, 1988). Yine de bu terimlere ait tanımlamalar kendi içlerinde bazı farklılıklar taşımaktadır. Örneğin somatoform bozukluklarda herhangi bir tıbbi durum mevcut değilken, psikosomatik olarak nitelenen bozukluklarda tıbbi bir durumun tanımlanması gerekmektedir (Menkü ve Coşar, 2021). Farklı şekilde adlandırılmalarına ve farklı tanımlamalar barındırmalarına rağmen fiziksel semptomolojinin kaynağı olarak psikolojik faktörler öne çıkmaktadır.

Fonksiyonel somatik sendromların en yaygın olanları fibromiyalji, irritabl bağırsak ve kronik yorgunluktur (Kirmayer ve Robbins, 1991a). Çoklu kimyasal duyarlılık sendromu ve temporomandibular bozukluk ise bilinen diğer fonksiyonel sendromlardandır (Kroenke, 2003). Fonksiyonel veya psikosomatik olarak bilinen bu bozukluklar çeşitli sistemlere göre de ayrı ayrı sınıflandırılmıştır. Örneğin

hipertansiyon, aritmiler, koroner arter gibi hastalıklar kardiyovasküler sistem rahatsızlıkları altında sınıflandırılan psikosomatik bozukluklar iken; hiperventilasyon, astım ve rinit solunum sistemi hastalıkları içinde yer alan psikosomatik bozukluklardandır. Bunlar dışında romatoid artrit, migren, gerilim tipi baş ağrısı, ülseratif kolit, gastroözefageal reflü, akne, egzama, ürtiker çeşitli sistemlerle ilişkili psikosomatik bozukluklardır (Menkü ve Coşar, 2021). Vücudun strese gösterdiği tepki yanıtının uzayarak sürekli bir hal alması, beden tarafından gösterilen savunma mekanizmasının yetersiz kalması ve vücut direncinin zayıflaması ile sonuçlandığından bu gibi fiziksel şikayetlerin ortaya çıkmasının önü açılmaktadır.

Doğal olarak bireyler söz konusu rahatsızlıklar ve bedensel şikayetler sebebiyle sosyal ve mesleki alanlarda büyük ölçüde işlev yetersizliği gösterebilmektedirler (Heinrich, 2004; Kirmayer ve Robbins, 1991b). Önemli derecede sıkıntı ve işlevsel bozulmaya sebep olan somatizasyon, sağlık kaynaklarının kullanımı gibi doğrudan maliyetlere ek olarak hastalık iznindeki artışlar ve iş verimliliği kaybı gibi dolaylı maliyetlere yol açması bakımından sosyoekonomik bir sorun da teşkil etmektedir (Barsky ve ark., 2005; De Gucht ve Fischler, 2002; Fink, 1992, 1993; Fink vd, 1999; Hollifield ve ark., 1999; Woolfolk ve ark., 2007).

### **1.1.5. Yaygınlık**

Duygusal sıkıntı veya bozuklukları somatik semptomlarla ifade etme hem sağlık hizmetleri alanında hem de genel toplumda oldukça yaygın görülmektedir (Heinrich, 2004; Kirmayer, 1984; Kirmayer ve Young, 1998; Lipowski, 1987a, 1988; Woolfolk ve ark., 2007). Öyle ki, birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların %30 ila %60'ının tıbbi olarak açıklanamayan semptomlardan yakındığı tahmin edilmektedir (Stuart ve Noyes, 1999). Kroenke (2003) somatik semptomların en az %33'ünün tıbbi dayanağı olmadığını ve bunların hastaların %20 ila %25'inde kronik veya yineleyen tarzda olduğunu bildirmiştir.

Wallen ve arkadaşları (1987) tarafından yayınlanan 327 hastane ve 260.000'den fazla hastayı kapsayan rapora göre hastaların %5,2'si semptomlar ve tam tanımlanamamış durumlar tanı kategorisine yerleştirilmiştir. Bu hastaların

çoğunun somatizasyon semptomları deneyimlediği düşünülmektedir (Lipowski, 1988).

Robins ve arkadaşları (1984) tarafından yürütülen 9500'den fazla kişiyi kapsayan bir araştırmada katılımcıların %0,1'inin yaşam boyu somatizasyon sendromu tanı kriterlerini (DSM-III) karşıladığı görülmüştür. 4000'e yakın kişi ile yürütülen başka bir çalışmada ise katılımcıların %0,38'inin DSM-III somatoform bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. En çok görülen semptomlar göğüs ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, aşırı mide-bağırsak gazı, hasta hissetme, bulantı, kusma, ishal ve ağrıdır (Swartz ve ark., 1986).

Escobar ve arkadaşları (1987) tarafından yürütülen 3000'den fazla kişinin katıldığı bir topluluk araştırmasında bireylerin %4,4'ünün ve birinci basamak sağlık hizmeti alanların %16,6 ila %22'sinin kısaltılmış somatizasyon kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Aynı çalışma kadınlarda somatizasyonun yaşam boyu prevalansının %0,2 ile %2 arasında değiştiğini bulmuştur. Swartz ve arkadaşlarının (1989) kırsal ve kentsel bölgelerde somatizasyonun yaygınlığını karşılaştırdığı bir çalışmada somatizasyonun kentsel bölgelerde daha yaygın olduğu, kırsal/kentsel ayrımının somatizasyona etkisinin özellikle kadınlar arasında farklılaştığı gözlenmiştir. Somatizasyon ayrıca düşük eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Simon ve Von Korff (1991) tarafından yürütülen çeşitli psikolojik bozukluk semptomlarına sahip veya psikolojik bozukluk tanı kriterlerini karşılayan 18000'den fazla kişiyi kapsayan bir topluluk çalışmasında, bireylerin %15,9'unun 1 veya 2; %2,9'unun 3 veya 4; %1,3'unun ise 5'den fazla somatoform bozukluk semptomları (DSM-III) gösterdiği bulunmuştur.

Kroenke ve Price, (1993) epidemiyolojik alan çalışması kapsamında 13,500'den fazla kişinin yanıtlarını analiz etmiş ve katılımcıların %10'unundan fazlasının yaşamlarının bir döneminde somatizasyon semptomları deneyimlediğini bildirmiştir. En çok bildirilen semptomlar sırasıyla eklem, sırt, baş, göğüs, kol veya bacak ağrıları, karın ağrısı, yorgunluk ve baş dönmesidir.

Türkiye'nin de yer aldığı 14 ülkede 15 merkezde 25.000'den fazla katılımcıyı kapsayan bir topluluk araştırmasında ICD-10 somatizasyon bozukluğu

prevelansı %2,8 bulunurken somatizasyon semptomlarının yaygınlığının %19,7'lere ulaştığını bildirilmiştir. Aynı çalışmada kadın ve erkekler arasındaki farklılıkların oldukça düşük olduğu görülmüştür. Örneğin Türkiye'de kadınların %2,2'si erkeklerin ise %1,3'ü ICD-10 somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerine uymaktadır. Türk kadınlarının %26,7'si erkeklerin ise %22,3'ü somatik semptomlar deneyimlediğini bildirmiştir (Gureje ve ark., 1997). Türkiye'de Özenli ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülen 804 öğrencinin katıldığı başka bir çalışmada ise katılımcıların %7,7'sinin somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı raporlanmıştır.

Ladwig ve arkadaşları (2001) tarafından yürütülen yaşları 25 ila 69 arasında değişen 7400'den fazla kişinin dahil olduğu bir çalışmada katılımcıların %1,84'unun ICD-10 somatizasyon bozukluğu kriterlerinin 6 veya daha fazlasına sahip olduğu bulunmuştur. 14-92 yaş aralığında 2000'den fazla kişinin katıldığı başka bir çalışmada ise katılımcıların %0,3'ü DSM-IV somatoform bozukluk tanı kriterleri karşılarken, %13,8'i somatizasyon semptomları göstermektedir. En yaygın semptomlar sırt, karın ve eklem ağrıları, baş ağrısı, bulantı ve çarpıntıdır (Rief ve ark., 2001).

Somatizasyonla ilişkili bozukluklar ve semptomlarla ilgili çok sayıda epidemiyolojik çalışma mevcuttur. Epidemiyolojik bulgulardaki tutarsızlıkların bu kadar fazla olması DSM ve ICD tanı kriterlerindeki değişiklikler ve farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir (Woolfolk ve ark., 2007). Benzer şekilde bulgulardaki çeşitliliğin araştırma yöntemleri ve örneklem dolayısıyla ortaya çıkmış olabileceği de söylenebilir. Bazı çalışmalarda ölçüt olarak tanı kriterleri kullanılırken diğer çalışmalarda kısaltılmış semptomlar üzerinden yaygınlık belirlenmeye çalışılmıştır. Özellikle semptom temelli araştırmalar somatizasyonun hem sağlık hizmetleri alanında hem de genel toplumda oldukça yaygın olduğunu kanıtlamaktadır.

#### **1.1.6. Etiyolojik Faktörler**

Birçok psikolojik bozuklukta olduğu gibi somatizasyonun nedenlerini açıklamak için de çeşitli etiyolojik faktörler önerilmiştir. Ancak klinik uygulamada etiyoloji bu faktörlerin karmaşık bir kombinasyonunu içerir (Heinrich, 2004). Öyle ki

bu faktörler somatizasyonun gelişimine doğrudan hizmet edebilmekle birlikte birbirlerini etkileyerek dolaylı ve karmaşık bir şekilde de katkıda bulunabilmektedir.

Somatizasyonla ilişkili etiyolojik faktörler bazı yazarlar tarafından; zemin hazırlayıcı, tetikleyici ve sürdürücü olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmıştır (Kellner, 1985; Lipowski, 1986, 1988). Örneğin çeşitli çocukluk deneyimleri somatizasyon için zemin hazırlayıcı faktörler olarak işlev görebilirken yetişkinlik dönemindeki bazı olay ve durumlar semptomların tetiklenmesine veya sürmesine sebep olabilir (Kellner, 1985).

Genetik, erken öğrenme deneyimleri, sosyokültürel faktörler ve kişilik zemin hazırlayıcı faktörlerdendir (Lipowski, 1986, 1988). Bu faktörler somatizasyonun gelişimine doğrudan hizmet edebildikleri gibi birbirlerini etkileyerek diyatez görevi de görebilirler. Örneğin fiziksel istismar ve çocukluk hastalığı gibi erken dönem deneyimleri hastalık davranışını etkileyerek uyumsuz kişilik özelliklerinin gelişmesine neden olabilir (Stuart ve Noyes, 1999). Ayrıca bu faktörler somatizasyonun gelişimine katkı sağlamalarının yanı sıra kalıcılığını da etkileyebilirler (Lipowski, 1988). Söz konusu etiyolojik faktörlere yönelik açıklama ve araştırmalar devam eden kısımlarda sunulmuştur.

En yaygın tetikleyici faktörler ise yas, ilişkilerin sonlanması, akut fiziksel bir hastalık, yaralanma, ölüme veya bir hastalığa tanıklık etmek gibi stresli yaşam olaylarıdır (Kellner, 1985; Lipowski, 1988). Örneğin bir yakınıni ani bir hastalık sonucunda kaybeden birey vücudunda bu hastalıkla ilişkili belirtiler algılayabilir.

Son olarak bireysel yatkınlık, aile bireylerinin ve doktorların tepkileri, iyotrojenik etkenler, bitmeyen tetkikler, belirsiz tanısall durumlar, gereksiz tedaviler ve birey, aile, hekimler ve toplumsal sistem arasındaki karmaşık etkileşimler, psikososyal veya ekonomik kazançlar somatizasyonun devamlılığına sebep olan sürdürücü faktörlerdendir (Lipowski, 1986, 1988). Somatik şikayetler bireyin sosyal ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmekten kurtulması, psikolojik ihtiyaçlarını karşılaması, içsel ya da kişilerarası bir çatışmanın çözülmesi, başkalarından destek almaya veya maddi menfaat elde etmek gibi belirli bazı kişisel hedeflere ulaşmaya yönelik olabilir (Mechanic, 1986 aktaran Lipowski, 1988). Somatizasyon böylelikle



Ford (1986) tarafından ifade edildiği gibi kişinin psikolojik ihtiyaçları veya kişisel kazançları (birincil ve ikincil kazançları) için kullandığı bir yapı halini alabilir.

#### 1.1.6.1. Genetik Yatkınlık

Somatizasyonu açıklamak önerilen faktörlerden biri genetik yatkınlıktır (Kellner, 1985). Ancak yapılan çalışmalar genetik faktörlerin somatizasyon üzerinde sınırlı bir etkisinin olduğunu göstermiştir (Mai, 2004). Araştırmacılara göre somatizasyonun gelişiminde genetik ve çevresel faktörlerin birleşimi önemli görünmektedir. Örneğin Torgersen (1986) 14 özdeş ve 22 çift yumurta ikiziyle yürüttüğü bir araştırma raporunda, kalımsal etkilerin somatizasyon üzerinde bir miktar etkisinin olduğunu ancak çevresel aktarımın da önemli olabileceğini vurgulamıştır. Özdeş ve çift yumurta ergen ikizler üzerinde yürütülen bir MMPI çalışması da somatizasyon tepkileri ile genetik arasındaki ilişki düzeyinin oldukça düşük olduğunu göstermiştir (Gottesman, 1962). Genetik ve sosyal öğrenmenin, fonksiyonel somatik sendromlardan biri olan irritabl bağırsak sendromunun gelişimine ne derece katkıda bulunduğunu belirlemek için 11.986 özdeş ve çift yumurta ikiziyle yürütülen başka bir araştırma, kalıtımın IBS'ye katkıda bulunduğu ancak sosyal öğrenmenin etkisinin kalıtıma eşit veya ondan daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Levy ve ark., 2001).

#### 1.1.6.2. Gelişimsel Öğrenme ve Erken Dönem Deneyimleri

Gelişimsel öğrenme faktörleri genel olarak somatizasyonda önemli görülmektedir. Dikkati bedene yönelterek bazı somatik semptomları tehlikeli olarak yorumlama veya bu belirtileri psikolojik sıkıntıların ifadesi ve duygusal ihtiyaçların karşılanmasının bir yolu olarak kullanmayı öğrenmek aile bağlamında gerçekleşmektedir (Mechanic, 1980; Shapiro ve Rosenfeld, 1987). Duygusal sıkıntıların ifadesi için beden dilini kullanma gibi iletişim alışkanlıkların teşvik edildiği aile, aynı zamanda ait olduğu topluluk ve kültürün hastalıklara dair inanç ve uygulamalarını da barındırır (Lipowski, 1988).

Ebeveynin çocukluk döneminde geçirilen hastalıklara gösterdiği tepkiler sonraki somatizasyon davranışını etkilemektedir (Mechanic, 1980; Stuart ve Noyes, 1999). Örneğin somatik semptomlar deneyimlemenin ebeveynden alınan ilginin

artmasıyla ve okula gitmek gibi bazı sorumluluklardan kurtulmakla sonuçlandığını öğrenen bir çocuk, ileriki yaşamında baş etme stratejisi olarak somatizasyon geliştirebilir (Mechanic, 1980). Bununla birlikte somatizasyon çocuğun aile içindeki çatışmalarla baş etmek için geliştirdiği stratejilerden gelişerek de ortaya çıkmış olabilir. Çocukluk döneminde işe yarayan bu stratejiler yetişkinlik dönemine gelindiğinde uyumlu olmayan bir nitelik kazandığından, farklı sosyal bağlamlarda veya kişilerarası ilişkilerde çeşitli sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir (Stuart ve Noyes, 1999). Ebeveynin gösterdiği koşullu bakım tepkileri de hastalık davranışını pekiştirebilir (Mechanic, 1977; Stuart ve Noyes, 1999). Ebeveynin çocuğun diğer bakım alma ihtiyaçlarını göz ardı edip özellikle hastalık davranışlarına dikkat etmesi, çocukta yalnızca fiziksel olarak sıkıntı çektiği takdirde bakım alabileceği inancının oluşmasına sebep olabilir (Stuart ve Noyes, 1999). Bass ve Murphy (1995) bir çalışmalarında somatizasyon bozukluğu olan kişilerin %20'sinin 16 yaşından önce kronik bir hastalığa sahip olduklarını bildirmiştir. Greenberg ve Fisher (1980) tarafından yetişkin bireylerle yürütülen bir çalışma ise ebeveynlerin ihmalci, reddedici, talep edici ve cezalandırıcı davranışlarının yetişkinlik döneminde daha fazla fiziksel semptomla ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Modelleme ve pekiştirme gibi öğrenme süreçleri de uyumsuz hastalık davranışının gelişiminde rol oynamaktadır (Benjamin ve Eminson, 1992; De Gucht ve Maes, 2006; Shapiro ve Rosenfeld, 1987; Stuart ve Noyes, 1999). Ebeveynlerinin fiziksel bir acı veya hastalıkla nasıl başa çıktığını gözlemleyen çocuk, benzer davranış örüntülerini veya stratejilerini benimseyecektir (Stuart ve Noyes, 1999). Bir çalışmada çocuklukta aile bireylerinin hastalık davranışına maruz kalmanın yetişkinlik dönemindeki somatizasyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Mechanic, 1980). Başka bir çalışmada yüksek somatizasyon puanlarına sahip ebeveynleri olan çocukların, somatizasyon puanlarının organik hastalığa sahip veya sağlıklı olan çocuklara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Walker ve ark., 1991). Craig ve arkadaşları (1993) tarafından yürütülen boylamsal bir çalışmada yetişkin somatizörler, organik veya psikiyatrik hastalıkları olan diğer kişilere kıyasla çocukluk dönemlerinde hem ebeveynlerinin hem de kendilerinin daha sık fiziksel hastalık deneyimlediklerini bildirmiştir.

Son olarak çocuklukta travmatik bir deneyime maruz kalmanın yetişkinlikte deneyimlenen somatik semptomlar ile ilişkili olabileceğine dair çok sayıda araştırma mevcuttur (Kroska ve ark., 2018; Lampe ve ark., 2003; Lieb ve ark., 2002; Morrison, 1989; Taycan ve ark., 2014; Waldinger ve ark., 2006). Örneğin Morrison (1989) tarafından yürütülen bir çalışma, çocuklukta cinsel istismara maruz kalmanın bireyleri somatizasyona yatkın hale getirdiğini bildirmiştir. Walker ve arkadaşları (1992) kadınlarda çocukluk dönemi cinsel istismarın yetişkinlikte kronik pelvik ağrı gibi tıbbi olarak açıklanamayan somatik semptomlarla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Lampe ve arkadaşlarının (2003) yürüttüğü bir çalışmada çocukluk çağı fiziksel istismarının genel kronik ağrı; cinsel istismarın ise kronik pelvik ağrısı ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular somatizasyonun özellikle psikodinamik açıklamaları ile tutarlıdır. Ancak travmaya maruz kalan herkesin somatik semptomlar deneyimlememesi, söz konusu olgular için birden fazla etiyolojik faktörün kombinasyonunu veya diğer psikolojik mekanizmaların rolünü düşündürmektedir.

#### 1.1.6.3. Sosyokültürel Faktörler

Somatizasyonla bağlantılı olarak bazı sosyokültürel faktörler dikkat çekmektedir. Somatizasyonun özellikle alt sosyal sınıfa ait olma, düşük eğitim düzeyi (Fink ve ark., 1999; Kirmayer, 1984; Lieb ve ark., 2002), kadın olmak (Escobar ve ark., 1987; Kroenke ve Spitzer, 1998, Lieb ve ark., 2002), etnik farklılık ve artan yaş (Escobar ve ark., 1987) ile ilişkili olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur.

Somatizasyon ayrıca duygusal sıkıntıların ifadesinin bir şekilde engellendiği kültürlerde başkalarıyla etkileşimde bulunmanın geçerli bir yolu olabilir (Kihlstrom ve Cantor Kihlstrom, 2001; Kirmayer, 1984). Bu kültürlerde somatizasyon, duygusal sorunlara yönelik bir savunma stilini yansıtabileceği gibi psikiyatrik olarak etiketlenmenin istenmeyen sosyal sonuçlarına karşı da gelişebilir (Kirmayer ve ark., 1994). Kleinman (1977) de psikolojik bozuklukların damgalanma ve ayrımcılıkla sonuçlandığı kültürlerde somatizasyonun özellikle yaygın olduğunu vurgulamıştır. Bu kültürlerde duygusal sıkıntılar kendini çoğunlukla somatik belirtilerle göstermekte ve somatizör bireyler duygusal bozukluklara yönelik geliştirilen tedavilere çoğunlukla olumlu yanıt vermektedir (Kleinman, 1977).

#### 1.1.6.4. Kişilik Özellikleri

Somatizasyona katkıda bulunan kişilik faktörlerinin en bilineni nevrotiklik ve negatif duygulanımdır (Kirmayer ve ark., 1994). Russo ve arkadaşlarının (1994) tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan 224 hasta ile yürüttüğü bir çalışma, bu semptomların özellikle depresyon ve anksiyete eğilimi, zarardan kaçınma, kötümserlik ve dürtüsellekle ilişkili olduğunu göstermiştir. Noyes ve arkadaşları (2001) ise somatizörlerin, depresiflik, kötümserlik ve kendi kendini engelleme gibi kişilik özelliklerinin kontrol grubundan farklılık gösterdiğini; kontrol grubuna göre nevrotiklik puanlarının daha yüksek, uyumluluk puanlarının ise daha düşük olduğunu bildirmiştir. Bir başka kişilik özelliği olarak kendini gizleme de somatizasyonla yüksek oranda ilişkili bulunmuştur (Larson ve Chastain, 1990 aktaran Kirmayer ve ark., 1994).

Abdolmohammadi ve arkadaşları (2015) tarafından 350 kişi ile yürütülen bir çalışmada, daha önceki çalışmaları destekler biçimde somatizasyon ve nevrotiklik arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada dışa dönüklükle somatizasyon arasında anlamlı derecede negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. 60 yaş ve üstü 126 bireyle yürütülen kesitsel bir çalışmada duygusal sabitlik ve baskınlığın somatizasyona doğrudan katkı sağladığı, sosyal inhibisyonun ise somatizasyon üzerinde bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (Wongpakaran ve Wongpakaran, 2014). Bir MMPI çalışmasına göre Briquet sendromlu kadınların kişilerarası problemler ve yabancılaşma ile ilişkili ölçümleri duygusal bozuklukları olan diğer kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu hastalar uyumsuzluk, uzaklık, samimiyetle ilgili problemleri ve zayıf davranış kontrolünü yansıtan ölçeklerden daha yüksek puan almıştır (Wetzel ve ark., 1994).

Somatizasyon ayrıca pasif bağımlı, histriyonik ve duyarlı agresif özellikler gösteren bireylerde yaygın şekilde görülmektedir (Stern ve ark., 1993). Kişilik bozuklukları ve somatizasyon ilişkisine dair açıklama ve araştırma bulguları ilgili kısımda sunulacaktır.

### 1.1.7. İlişkili Durumlar

#### 1.1.7.1. Aleksitimi

Literatürde aleksitimi ve somatik semptomlar arasındaki ilişki hakkında çok sayıda çalışma mevcuttur. İlk olarak Sifneos (1973) tarafından tanımlanan aleksitimi psikosomatik hastalıklara sahip bireylerdeki bilişsel bir eksikliği ifade etmek için kullanılmıştır. En kapsamlı şekliyle aleksitimi: duyguları tanıma ve tanımlamadaki yetersizlik, duyguları bedensel duymalardan ayırt etmede güçlük çekme, hayal gücü veya fantezi eksikliği ve somut ve gerçek odaklı düşünme tarzı ile karakterize bir yapıyı ifade etmektedir (Taylor ve ark., 1990).

Nemiah'a (1977) göre duygular sözel yolla ifade edilemediğinde diğer fizyolojik yöntemlerle, somatik semptomlarla boşaltılır. Bu sebeple duygularını tanıma ve ifade etmekte güçlük çeken aleksitimik bireylerin sık sık fiziksel belirtiler tanımladıkları düşünülmüştür (Lesser, 1981; Nemiah, 1977; Sifneos, 1973). Bazı yazarlar ise emosyonel tanımlamalar kullanmaktan yoksun aleksitimik bireylerin, duygusal uyarılmanın sebep olduğu bedensel duymaları fizyolojik hastalık belirtilerine atfederek hatalı yorumlamalarda bulduklarını vurgulamışlardır (Lumley ve ark., 1996; Taylor ve ark., 1992).

Aleksitimi ile somatizasyonun ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda araştırmayı kapsayan çalışmalar mevcuttur (Bkz: De Gucht ve Heiser, 2003). Ancak aksine somatizasyon ile aleksitiminin doğrudan ilişkili olmadığını ortaya koyan bazı çalışmalar da vardır. Örneğin bir çalışmada anksiyete ve depresyon kontrol altına alındığında aleksitimi ile somatik yakınmalar arasında ilişkinin ortadan kalktığı bulunmuştur (Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 2001). Depresif duygu durumu ve nevrotik kişilik özelliğinin, duyguları ve bedensel duymaları ayırt etme ve duyguları aktarmada güçlük çekme ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Kirmayer ve ark., 1994). Dolayısıyla aleksitimi depresyon, negatif duygulanım, kaygı ve nevrotiklik gibi faktörlerin aracılığı ile somatizasyon gelişimine dolaylı yoldan katkıda bulunuyor olabilir (Sayar ve Ak, 2001).

#### 1.1.7.2. Depresyon

Hipokondriyal kaygılar ve fiziksel yakınmalar ile depresyon arasındaki bağlantı uzun yıllardır bilinmektedir. Öyle ki 1800'lere gelinceye kadar melankoli ve hipokondri terimlerinin sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığı görülmüştür (Lipowski,

1990). Bu nedendir ki Wilson ve arkadaşları (1983) somatizasyonun depresyonla bağlantılı temel bir kriter olduğunu ve depresyonun tanı ölçütleri içinde somatik yakınmalara daha fazla vurgu yapmanın tanı koymayı ve dolayısıyla müdahaleyi hızlandıracağını ve kolaylaştıracağını savunmuştur (Wilson ve ark., 1983). Fisch (1987) ise depresyonun bilinen tanı koydurucu niteliklerinin somatik belirtilerle maskelendiği depresyon türüne atıfta bulunmak için “maskeli depresyon” kavramını önermiştir. Ona göre bu belirtiler vücudun farklı bölgelerindeki ağrılardan kardiyak problemlere kadar çok çeşitli şekillerde görülebilmektedir.

Depresyona eşlik eden çeşitli somatik semptomlar diğer araştırmacılar tarafından da tanımlanmıştır (Katon ve ark., 1986; Lipowski, 1988; Wilson ve ark., 1983; Wittenborn ve Buhler, 1979). En sık görülen semptomlar arasında vücudun çeşitli bölgelerinde görülebilen ağrılar, yorgunluk, baş dönmesi, halsizlik, gastrointestinal şikayetler, nefes darlığı, çarpıntı ve parastezi yer almaktadır.

Depresyon ve somatizasyon arasındaki ilişki diğer birçok araştırmacı tarafından da kanıtlanmıştır (Barsky ve ark., 1986; Bridges ve Goldberg, 1985; Katon ve ark., 1982; Katon ve ark., 1986; Kleinmann, 1977; Nakao ve ark., 2001). Bazı araştırmalar depresif bireylerin çok büyük bir kısmının aile hekimleri tarafından değerlendirildiğini ve semptomlarının çoğunlukla fiziksel yakınmalarla seyrettiğini bildirmiştir (Duer ve ark., 1988 aktaran Lipowski, 1990). Dünya Sağlık Örgütü’nün 25.900’den fazla uluslararası katılımcı verisinin incelendiği bir çalışmada, majör depresyon hastalarının %50’sinin çoklu açıklanamayan somatik yakınmalara sahip olduğu görülmüştür (Simon ve ark., 1999). Aynı çalışmada depresyon kriterlerine uyan Türk hastaların %95’inin doktor ziyareti nedeni olarak yalnızca somatik semptomlar belirttikleri bildirilmiştir (Simon ve ark., 1999).

Ancak depresyon ve somatizasyon ilişkisinin çift yönlü bir ilişki olduğunu söylemek daha doğru olacaktır. Yani depresyon kendini somatik yakınmalarla gösterebilirken, somatik yakınmalar da depresyonun gelişimi için risk faktörü oluşturabilir. Dijkstra-Kersten ve arkadaşları (2015) tarafından yürütülen 2900’den fazla hastayı kapsayan ileriye dönük bir araştırma, somatizasyon eğilimi olan bireylerin ilerleyen yıllarda depresyon ve anksiyete geliştirme riski taşıdıklarını bildirmiştir.

Depresyon ve somatizasyon semptomları gösteren bireyler kendi içlerinde de farklılık gösterebilirler. Örneğin bu bireylerin bazıları psikolojik sıkıntılarını inkar edip semptomlarını tamamıyla fiziksel bir hastalığa atfedebilirken, bazıları ise hem psikolojik hem de fiziksel sıkıntılarının farkında olabilir, ancak hangisinin daha öncül olduğunun bilincinde olmayabilir (Katon ve ark., 1982).

Depresyon ve somatizasyon arasındaki ilişkiye açıklık getirmek için yazarlar çeşitli önermeler ve kanıtlar sunmuşlardır. Lipowski'ye (1988) göre somatik yakınmaların bir kısmı depresif duygu duruma eşlik eden semptomlar iken, bazıları ise halihazırda var olan hastalıkların alevlenmesi veya psikolojik sıkıntıların ifadesi yerine geçen bedensel metaforlar olabilir. Bununla birlikte depresif duygudurum bazı bilişleri etkileyerek bedensel duyularının aşırı algılanmasına ve fiziksel hastalık belirtileri olarak yorumlanmasına sebep olabilir (Lipowski, 1988). Depresyonun somatik amplifikasyonla ilişkisine dikkat çeken Barsky (1992), depresif bireylerin olumsuz bilişsel şemaları dolayısıyla hoş olmayan deneyimlere yönelik farkındalıklarının arttığını, dolayısıyla kişi tarafından hastalıklarla ilgili anıların daha sık ve daha kolay anımsandığını ve bireylerin fiziksel sağlıklarına ve gelecekteki durumlarına yönelik olumsuz düşüncelerinin tetiklendiğini belirtmiştir. Depresyon ayrıca kişinin dikkatini kendisine yönlendirmesine ve hafif ve önemli olmayan bedensel duyuların kişi için daha rahatsız edici hale gelmesine sebep olabilir.

Bununla birlikte somatik semptomlar stresli yaşam olaylarını takiben ortaya çıkabilir (Kellner, 1985; Lipowski, 1988). Bazı bireyler stresli deneyimlere duygusal tepkilerden ziyade büyük ölçüde somatik semptomlarla yanıt verebilir ancak yine de bu bireylerin çoğu bazı duygusal semptomlara da sahiptir (Kellner, 1990). Bununla birlikte bazı bireyler depresif duygu durumlarının bilincinde olmalarına rağmen bu duyguları adlandırma ve aktarma yeteneğine sahip olmadıklarından veya kültürel yapı gibi başka bir spesifik faktör dolayısıyla bunu iletemeyebilirler (Lipowski, 1990). Bu gibi durumlarda somatik yakınmalar duygusal sıkıntıyı aktarmanın bir yolu olabilir.

### 1.1.7.3. Anksiyete

Anksiyete bozuklukları ve somatizasyon birbiriyle yakından ilişkilidir. Hipokondri, panik bozukluk, yaygın anksiyete gibi anksiyete ile ilişkili birçok bozukluk somatik yakınmalarla seyredilmektedir. Öyle ki yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluk tanı kriterleri birden fazla somatik semptom içermektedir (Ford, 1986). Örneğin panik bozukluğu olan bireyler göğüs ağrısı, çarpıntı, boğulma hissi, nefes darlığı, baş ağrısı ve baş dönmesi gibi çeşitli fiziksel yakınmalara sahipken (Ford, 1986; Katon, 1984); yaygın anksiyete bozukluğunda en sık görülen fiziksel yakınmalar kas gerginliği ve ağrıları, baş dönmesi, gevşeyememe ve çabuk yorulmadır (Ford, 1986; Joorman ve Stöber, 1999).

Somatizasyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi destekleyen çok sayıda çalışma mevcuttur (Bkz: Bridges ve Goldberg, 1985; Hamilton, 1989; Katon, 1984; Kellner ve ark., 1972; Kellner ve ark., 1989; Kirmayer ve ark., 1993; Kirmayer ve Robbins, 1991c; Kroenke ve ark., 2007; Löwe ve ark., 2008; Oxman ve ark., 1983; Scarella ve ark., 2016). Bazı çalışmalar ise anksiyete, depresyon ve somatizasyonun yüksek komorbiditesini raporlamıştır (Kohlman ve ark., 2016; Löwe ve ark., 2008). Bu çalışmalardan birinde araştırmaya dahil olan 2000'den fazla olgunun %50'sinden fazlasında komorbid depresyon, anksiyete ve somatizasyon görülmüştür (Löwe ve ark., 2008). Başka bir çalışmada ise birincil bakım hizmeti alan 965 hastanın %19,5'inin en az bir anksiyete bozukluğuna sahip olduğu bildirilmiştir (Kroenke ve ark., 2007).

Kellner ve arkadaşları (1972) tarafından nevrotik bireylerle yapılan bir araştırmada yalnızca hastalarda değil normal deneklerde de somatik semptomlar ile anksiyete belirtileri arasında güçlü ve pozitif bir ilişki bildirilmiştir. Aynı çalışmada somatik semptomların anksiyete ile depresyonla olduğundan daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. Anksiyetenin majör depresyondaki bedensel sıkıntının nedeni olabileceği düşünülmektedir (Hamilton, 1989 aktaran Lipowski, 1990).

#### 1.1.7.4. Kişilik Bozuklukları

Somatizasyon ile kişilik bozukluklarının yüksek birlikteliğini gösteren çok sayıda araştırma mevcuttur. Rost ve arkadaşlarının (1992) yüksek oranda tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan 94 kişilik konsültasyon liyezon örnekleme ile



yürüttüğü yapılandırılmış görüşmelerin sonucuna göre, hastaların %23,4'ünün bir; %37,2'nin ise iki veya daha fazla kişilik bozukluğu tanı kriterine uyduğu görülmüştür. En sık görülen kişilik bozuklukları sırasıyla kaçınan, paranoid, kendini heder eden (self defeating) (DSM-III) ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarıdır. Hastaların sadece %12,8'inde histriyonik kişilik bozukluğu, %7'sinde ise antisosyal kişilik bozukluğu gözlenmiştir. Stern ve arkadaşları (1993) tarafından somatizasyon bozukluğu tanısı alan ve somatizasyon bozukluğu dışında farklı bir psikolojik bozukluğu olan 25'er hasta ile yürütülen bir çalışmada; somatizasyon bozukluğu tanısı almış hastaların %72'sinin, tanı almamış hastaların ise %36'sının bir veya daha fazla kişilik bozukluğu tanısına uyduğu bildirilmiştir. Kontrol grubuna kıyasla en sık görülen kişilik bozuklukları sırasıyla bağımlı, histriyonik ve pasif-agresif kişilik bozukluklarıdır. Garcia-Campayo ve arkadaşları (2006) tarafından yürütülen bir çalışmada somatizasyon bozukluğu tanısı alan ve somatizasyon bozukluğu dışında farklı bir psikolojik bozukluğu olan 70'er hasta ile yürütülen bir çalışmada, somatizasyon bozukluğu tanısı almış hastaların %62,9'unun, kontrol grubundaki hastaların ise %28,2'sinin komorbid kişilik bozukluklarına sahip olduğu görülmüştür. Kontrol grubuna kıyasla en sık görülen kişilik bozuklukları sırası ile paranoid, obsesif kompulsif ve histriyonik kişilik bozukluklarıdır. Komorbidite oranları diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik gösterirken en sık görülen kişilik bozuklukları farklılaşmaktadır.

Problematik tıbbi hastalıklara sahip 448 hastanın incelendiği başka bir çalışmada, hastaların %42'sinin kişilik bozukluğu tanı kriterlerine uyduğu görülmüştür. Yapılan komorbidite analizi somatoform ve kişilik bozuklukları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir birliktelik olduğunu göstermiştir (Emerson ve ark., 1994). Hayward ve King (1990) tarafından klinik olmayan 45 kişilik bir örnekleme yürütülen çalışmada B kümesi kişilik bozuklukları özelliklerinin erkeklerdeki somatizasyonla yüksek oranda ilişkili olduğu; tüm örneklem için narsisistik ve antisosyal kişilik bozukluğu özelliklerinin ise somatizasyondaki varyansın %32'sini açıkladığı raporlanmıştır. Hudziak ve arkadaşları (1996) tarafından Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış 87 kadınla yürütülen bir çalışmada katılımcıların %34,48'inin somatizasyon bozukluğu, %62'sinin ise Briquet

sendromu tanı kriterlerine uyduğu görülmüştür. Somatizasyon bozukluğu olup birincil bakım sağlık hizmeti alan 118 hasta ile yürütülen başka bir çalışmada ise kadınların %8'inin, erkeklerin ise %18 ila %25'inin anti-sosyal kişilik bozukluğuna sahip olduğu bildirilmiştir (Smith ve ark., 1991). Somatizasyon ile kişilik bozuklukları komorbiditesini inceleyen çalışmaların bir meta analizi paranoid, şizoid, şizotipal, antisosyal ve obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları için etki büyüklüğünün zayıf; borderline, narsisistik, histriyonik, kaçınan ve bağımlı kişilik bozuklukları için ise orta düzeyde olduğunu bildirmiştir (Bornstein ve Gold, 2008). Sonuç olarak, çalışmalar hem klinik hem de klinik olmayan örneklerde somatizasyon ile kişilik bozukluğu özelliklerinin birbiriyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

## 1.2. SOSYOTROPİ-OTONOMİ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Psikolojik sıkıntı ve rahatsızlıkları yordamak için kişilikle ilişkili değişkenlerin yaşam olaylarıyla nasıl etkileşime girdiğini anlamak üzere özellikle iki boyut teorik ve ampirik yönden ilgi görmüştür (Beck ve ark., 2003). Psikanalitik teorisyenler Blatt (1974) ve Arieti (1977) tarafından sırasıyla bağımlılık ve baskın öteki, bilişsel teorist Beck (1983) tarafından sosyotropi olarak adlandırılan bu boyutlardan ilki kişilerarası alana odaklanmakta ve bağımlılık, bağlılık, yakınlık gibi ihtiyaçları içermektedir. Buna karşılık; Blatt'ın (1974) öz eleştirisi, Arieti'nin (1977) baskın amaç (veya baskın ideoloji), Beck'in (1983) otonomi olarak adlandırdığı ikinci boyut ise hedefe ulaşma, yüksek standartları karşılama ve kişisel özerklik elde etme gibi ihtiyaçlarla ilişkilidir (Beck, 1983; Beck ve ark., 2003). Farklı yazarlar tarafından çeşitli isimlerle tanımlanan bu iki boyutun depresyon başta olmak üzere bireyi farklı psikolojik bozukluklara karşı savunmasız kıldığı ileri sürülmüştür (Beck, 1983,1987; Beck, Epstein ve Harrison, 1983; Beck vd 1983).

Bireyleri belirli çevresel olay ve durumlara yönelik düşünce hatalarına ve abartılı duygusal tepkilere yatkınlaştıran nispeten istikrarlı bu iki boyut, Beck (1983)'e göre sabit kişilik tipleri değil, bireyin psikolojik işleyişine hâkim olabilen modlardır. Öyle ki bir mod baskın olabileceği gibi bir birey her bir boyut için eşdeğer yoğunluğa sahip olabilir. Kişide psikolojik sıkıntı ve zorlantıya yol açan durum bu boyutların yüksek düzeylerde seyretmesidir.

### **1.2.1. Sosyotropi**

Diğer kişilerle olumlu ilişkilere yapılan yatırımı yansıtan sosyotropi; sevgi, yakınlık, empati, rehberlik, onay, paylaşım, yardım ve samimiyet gibi kişilerarası etkileşimlere önem verme ve onlardan haz alma ile karakterizedir (Beck, 1983; Beck ve ark., 1983). Sosyotropi düzeyi yüksek olan birey diğer kişiler tarafından sevilme ve kabul görme yönünde güçlü bir istek duyar (Beck, 1983; Clark ve ark., 1992). Diğer kişiler tarafından sevilme, saygı duyulmak ve onaylanmak olumlu benlik imajlarını korumak için gereklidir (Şahin ve ark., 2003). Ayrıca reddedilmekten olabildiğince kaçınan bu kişiler bağlarını güvence altına almak amacıyla ilişki içinde oldukları kişilerin memnuniyetine yönelik tutum ve davranışlarda bulunurlar (Robins ve ark., 1989; Sato ve McCann, 1998). İlişkileri sürdürme konusunda yüksek düzeyde motive olan sosyotropik bireyler, onay ve destek için sosyal geri bildirim gereksinim duyarlar (Bieling ve ark., 2000; Gorski ve Young, 2002).

### **1.2.2. Otonomi**

Beck (1983) tarafından otonomi olarak adlandırılan özerklik, kişinin ilgilerini, kapasitesini ve stratejilerini geliştirerek kendine yaptığı yatırımı yansıtan özel çaba ve amaçları temsil eder. Bu noktada diğer insanlar kişi için birincil öneme sahip olmasalar da bireysel hedeflere ulaşma noktasında görev alabilirler (Beck ve ark., 1983). Otonomi bireyin kendini tanımlaması, hedeflerinin, değerlerinin, dürtülerinin ifadesi, güç kazanma, vücut fonksiyonları üzerindeki egemenliği ve çevresel olay ve durumlar üzerindeki kontrolü ile ilişkilidir (Beck ve ark., 1983). Bunun yanı sıra kendine güven, zihin, beden ve somatik süreçlerin entegre edilmiş kontrolü, eylem, hareketlilik, problem çözme araçsallıklarını ve becerisini kullanabilme, istediğini yapabilme gücü, çevresel tehlike ve tehditlere yönelik savunma ve hakimiyet otonominin diğer özelliklerini oluşturur (Beck ve ark., 1983). Aynı zamanda bu kişiler kendi ihtiyaçlarını ve haklarını vurgulayan özelliklerle ilişkili öz tanımlamaya ve bireysel hedeflere önem verirler (Beck, 1987). Başarı, kontrol talepleri, kişisel bağlılık ve seçim özgürlüğüne yapılan yatırımı yansıtan amaç ve yaklaşımlar da otonomi ile ilintili niteliklerdir (Clark ve ark., 1992). Otonomi düzeyi yüksek bireyler için başarısızlık ihtimali endişe verici olduğundan bu bireyler sıklıkla çevre üzerindeki etkilerini en üst seviyeye çıkarmak için hareket

ederler (Robins ve ark., 1989). Üstün düzeyde başarı ve öz kontrolün bağımsızlıklarını ve ustalıklarını göstermede gerekli olduğunu düşünürler, işe ve birikime önem verirler (Beck, 1983). Bu kişilerin öz değeri başarıya, üretkenliğe ve kontrole dayanır (McBride ve ark., 2005). Başarı ve kontrol gibi kişisel standartları sağlayamadıklarında haddinden fazla suçluluk ve öz eleştiri deneyimleyebilirler (Nietzel ve Harris, 1990). Ek olarak, bu kişiler diğer insanlardan bağımsız olmak için çaba gösterir, yalnız yürütülen faaliyetleri tercih eder ve güçlü bireyci bakış açısı sebebiyle diğer insanların ihtiyaçlarına duyarsız kalabilirler (Beck, 1983). Kendi faaliyetlerini yönlendirmek ve anlamlı hedeflere ulaşmak, otonomi moduna yatırım yapmış birey için memnuniyet vericidir (Bieling ve ark., 2000). Yüksek düzeyde özerk bir birey duygusal olarak uzak ilişkiler kurmayı tercih eder; bu yüzeysel ilişkiler onun için daha tatmin edicidir (Otani ve ark., 2012; Otani ve ark., 2014).

### **1.2.3. Sosyotropi-Otonomi ve Psikopatoloji**

Bireyleri çeşitli işlevsiz tutum ve davranışlara yöneltebilen bu iki kişilik boyutu, depresyonun ortaya çıkışını kolaylaştırabileceği gibi depresif belirtilerin sürmesine de sebep olabilir (Sato ve Gonzalez, 2009). Bu iki boyutun farklı öğeleri kişilik özelliklerine, davranışsal yönelimlere ve tutumlara evrilebilir. Birey özellikle önemseydiği hedeflerinin herhangi birine yönelik tehlike ve tehditlere artan bir duyarlılıkla yanıt verebilir. Örneğin eylem ve seçim özgürlüğüne fazla değer veren birey diğer insanlarla birlikteyken hapsedilmiş hissedebilir. Benzer şekilde başkalarından onay ve destek alma gereksinimine sahip bir kişi bu koşulların açık kanıtının olmadığı olay ve durumlara daha fazla duyarlı olacaktır (Beck ve ark., 1983). Beck'e (1983) göre depresif semptomları tetikleyen de bireyin bu duyarlılıkları ile olumsuz yaşam olayları arasındaki etkileşimdir. Özerk bir birey bağımsızlığını, hedef yönelimli tutum ve davranışlarını tehdit eden bir olay yaşadığında veya başarısızlık ve kontrol eksikliği algıladığında depresyona karşı savunmasızlaşırken; sosyotropik bir birey sosyal kaynaklarını kesintiye uğratan ilişki kaybı ve reddedilme gibi stresörler dolayısıyla depresif semptomlar geliştirebilir (Beck, 1983; Clark ve ark., 1992; Clark ve Qates, 1995; Robins ve ark., 1989). Bununla birlikte, sosyotropik ve özerk bireylerin klinik tabloları da farklılaşmaktadır. Bu kişiler farklı depresif semptomlar gösterebilmekte ve farklı terapötik

müdahalelere yanıt vermektedirler (Beck, 1983). Örneğin, bir çalışmada özerk bireylerin bireysel terapiye daha olumlu yanıt verirken; sosyotropik bireylerin grup terapisinde daha fazla verimlilik gösterdikleri bulunmuştur (Zettle ve Herring, 1995). Yapılan diğer çalışmalar bu iki boyutun depresyonun yanı sıra anksiyete ile de ilişkili olabileceğini göstermiştir (Alford ve Gerrity, 1995; Clark ve Beck, 1991; Connor-Smith ve Compas, 2002; Fistikci ve ark., 2015; Fresco ve ark., 2001; Sato ve ark., 2004). Bunun yanı sıra yüksek düzeyde sosyotropinin yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu da bildirilmiştir (Krause ve ark., 2000).

Farklı yazarlar tarafından bu iki kişilik boyutuyla ilişkili bazı bilişsel ve davranışsal öğelerin belirli kişilik bozuklukları ile bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür (Beck ve ark., 1990; Morse ve ark., 2002; Ouimette ve ark., 1994). Morse ve arkadaşları (2002) tarafından yürütülen bir çalışmada histriyonik ve bağımlı kişilik bozukluklarının sosyotropi; şizotipal, paranoid, şizoid ve pasif-agresif kişilik bozukluklarının otonomi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kaçınan, narsisistik ve borderline kişilik bozuklukları ise hem sosyotropi hem de otonomi boyutları ile ilişkilidir. Araştırmacılar kişilik bozukluklarını anlama ve tedavi etmede bu iki boyutun önemli olabileceğini vurgulamıştır.

#### **1.2.4. Sosyotropi-Otonomi ve Somatizasyon**

Somatizasyon ve sosyotropik-otonomik kişilik tipleri arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı sayıda araştırma mevcuttur. 146 kişilik klinik olmayan örnekleme yürütülen bir tez çalışmasında sosyotropi ile somatizasyon arasında pozitif ancak zayıf bir ilişki raporlanmıştır (Balık, 2017). Bunun dışında literatürde çoğunlukla bağımlı kişilik eğilimi ile somatizasyon arasındaki ilişkiye dair araştırmalar bulunmaktadır. Greenberg ve Bornstein, (1988) bağımlı kişilik özellikleri gösteren kişilerin bağımlı kişilik özellikleri göstermeyenlere göre problemlerini somatik terimlerle ifade etmelerinin daha olası olduğunu bildirmiştir. Bu kişilerin bağımlılık eğilimi göstermeyenlere göre tıbbi yardım arayışına girme davranışları daha sıktır. Başka bir çalışmada yüksek düzeyde kişiler arası bağımlılık eğilimi gösteren sağlıklı bireylerin, bu eğilimi göstermeyen bireylere kıyasla takip sürecinde (3 ay) daha fazla kişilerarası stres ve daha yüksek oranda fiziksel hastalık deneyimlediği görülmüştür (Bornstein, 1995). Bir çalışmada ise çocuklukta ebeveynle kurulan bağımlı ilişkinin

ileriki dönemde çeşitli somatik yakınmalarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Greenberg ve Fisher, 1980). Aynı araştırmacılar tarafından yürütülen başka bir çalışma ise pasif-bağımlı eğilimlere sahip olmanın geçirilen hastalıkla ve hasta rolü ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Greenberg ve Fisher, 1977). Bağımlılık ve fiziksel hastalık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların bir meta analizi hem retrospektif hem de prospektif çalışmalarda orta büyüklükte (sırasıyla, 0,31 ve 0,27) etki büyüklüğü bulmuştur (Bonstein, 1998). Somatizasyonla kişilik bozuklukları komorbiditesini inceleyen çalışmaların bir meta analizi ise somatizasyonla bağımlı kişilik bozukluğu için etki boyutunu 0,22 olarak bildirmiştir (Bornstein ve Gold, 2008).

### 1.3. DUYGUSAL ŞEMA

#### 1.3.1. Duyulara İlişkin Bilişsel ve Üstbilişsel Modeller

İnsan deneyiminin ana yönlerinden biri olan ve farklı psikolojik durumlar için esas hedef olarak görülen duyguların temelini oluşturan bilişsel etkiler, son yıllarda artan çalışmalarla daha anlaşılır hale gelmiştir (Edwards ve Wupperman, 2018). Geleneksel bilişsel modelde duyguların ve diğer bilişsel mekanizmaların birbirlerini etkileyebileceği vurgulanır. Bu modelde duyguların bilişsel içerikten önce gelebileceği, ona eşlik edebileceği veya bilişsel içeriğin bir sonucu olarak ortaya çıkabileceği kabul edilir (Beck ve Emery, 1985; Beck ve ark., 1979; Clark ve Beck, 2010). Duyguların rolüne ilişkin açıklamaların çoğunda ayrıca öncül faktörlerin -ör. olumsuz şemalar veya olumsuz içeriğe yönelik seçici dikkat- önemi üzerinde durulmuştur (Riskind, 1989 aktaran Leahy, 2002). Geleneksel bilişsel model duyguların ve diğer bilişsel içeriklerin karşılıklı olarak harekete geçirilebileceğini öne sürerek duyguların önemini vurgulasa da psikopatolojinin öncülü olarak, duyguları açığa çıkaran veya manipüle eden düşünce içeriklerine odaklanır. Örneğin depresif duygu durumunu tetikleyen veya sürmesine sebep olan bireyin kendisi, diğerleri, yaşadığı olay veya durumlar hakkındaki düşünce ve inançlarıdır (ör. “yetersiz bir öğrenciyim”, “yaşadıklarım dayanılmaz”). Ortaya çıkan rahatsız edici duygu diğer olumsuz düşünce ve inançlarla birlikte işlevsiz davranışların ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Dolayısıyla psikolojik sıkıntı ve rahatsızlıkların çözümü için düşünce içerikleri ve işlevsiz yorumlamalar üzerinde çalışılması gerektiği vurgulanır.

Duyguların bilişsel modelleri duygu-biliş ilişkisinin, bilgi işlemenin ve duygunun kontrol altına alınması veya bastırılmasına yönelik çabaların etkileri üzerinde durmuştur (Leahy, 2002).

Standart bilişsel modelden farklı olarak Wells (1995), geliştirdiği metakognitif modelde üst bilişlere vurgu yapmaktadır. Wells'in teorisine göre bireyler kendi bilişsel süreçlerinin yapısı ve özellikleri hakkında süregelen inanç ve teorilere sahiptir. Bu metakognitif inançlar bireyin bilişsel süreçlerine yönelik tepkilerini ve kontrol mekanizmalarını şekillendirir (Wells, 1995). Modele göre ayrıca bireyler düşünce ve duyguların anlamlandırılması ve değerlendirilmesi gibi metabilişsel deneyimlere sahiptir. Bunun yanı sıra bilişsel sistemlerinin faaliyetlerini kontrol etmek için metabilişsel kontrol stratejileri kullanırlar (ör. düşünceyi izleme veya bastırma). Model duyguların, bireylerin farklı şekillerde tepki verdikleri deneyimsel olaylar olduklarını ve duygusal deneyim hakkındaki inanç ve teorilerin psikolojik iyi oluşla bağlantılı olduğunu öne sürer (Wells, 1995; Wells ve Carter, 1999, 2001). Örneğin; birey kaygı deneyimini zihinsel bir yıkım şeklinde yorumlayabilir ve endişenin ortaya çıkması bu durumun etkileri ve sonuçları hakkındaki inançları tetikleyebilir. Teori ayrıca üst bilişsel inançların, bireyin işlevselliğiyle ilişkili düzenleme ve uyarlamaları engelleyen yararsız stratejilerin kullanımını etkileyebileceğini öne sürer (Wells, 2000). Model, psikolojik rahatsızlıkların sürmesinde üst bilişsel inançlara temel bir rol atfeder (Wells, 1995, 2000).

Duygulara ilişkin inançlarla ilgili bir diğer yaklaşım Greenberg (2002) tarafından geliştirilen duygu odaklı terapi modelidir. Bu modele göre duygular bireyin bilişsel şemalarını etkinleştirebilir. Duygunun anlamını veya bilişini içeren bir sistem gerektiren bu temel yapı Greenberg tarafından duygusal şemalar olarak adlandırılmıştır. Greenberg (2002) modelinde, duyguların değerlendirilmesi, deneyimlenmesi ve ifadesini farklı sistemler içinde ele alır ve birincil ve ikincil duygular arasında ayrım yapar. Birincil duygular, bir duruma ilişkin temel ve direkt tepkiler iken; ikincil duygular, düşüncelere veya duygulara verilen tepkilerdir (ör. öfkeli hissetmenin sonucu olarak suçlu hissetmek) (Greenberg, 2006). Birincil duygulara ilişkin bu inançlar oldukça kuvvetli olabildiğinden daha fazla kişisel

sıkıntıya yol açabilirler (Greenberg, 2002; 2006). Bu sebeple terapinin hedefi bu ikincil uyumsuz duyguların bilişsel ve duygusal temellerini keşfederek onları değerlendirmek ve değişime uygun hale getirerek dönüştürmektir (Greenberg, 2006).

### **1.3.2. Leahy'nin Duygusal Şema Modeli**

Diğer bilişsel modellerdeki kavram ve stratejilerden yararlanan Leahy (2002) sosyal-bilişsel bir model olarak tanımladığı duygusal şema modelinde; Beck' in (1979) şema modelini esas alarak, duygu odaklı model (Greenberg, 2002) ve metakognitif teoriyi (Wells, 1995) bütünleştirmektedir. Duygusal şemalar bireyin kendisi ve diğerlerinin duygularına ve duygusal yaşantılarına yönelik bireysel bakış açılarını, kavramsallaştırmaları, yorumlamaları, fikirleri, tasarıları, beklentileri, temel inançları yansıtır ve duygulara yanıt olarak kullanılan davranışsal ve kişilerarası stratejileri içerir (Leahy, 2002, 2007c, 2015; Leahy, Tirsch ve Napolitano, 2011). Duygular ve duygusal süreçler hakkındaki bu bireysel temel inançlar (şemalar) duygusal deneyimin niteliğini ve işleyiş biçimine yön vererek bireyin duygusal deneyimlerle ilişki kurma tarzını şekillendirir (Edwards ve Wupperman, 2018; Edwards ve ark., 2020; Leahy, 2002). Modele göre bireyler duyguların altında yatan sebeplere veya duygunun sonuçlarına yönelik yorumlarında, duygunun uzunluğu ve zararına ilişkin beklentilerinde, duygularını denetim altına alma gereksinimlerinde, duygunun kendilik üzerindeki etkilerinde ve duygu ifadesinin uygunluğu ile ilgili standartlarında farklılık gösterirler (Edwards ve Wupperman, 2018; Leahy, 2002; Leahy, Tirsch ve Napolitano, 2011).

Leahy'e (2002, 2007a) göre duygusal işlemlenin ilk adımı duyguları fark etmek, onları etiketlemek ve ayırt etmektir; bundan sonraki adım duygulara yönelik kavramsallaştırma, yorumlama ve stratejileri içerir. Modele göre bireyler hoş olmayan duygusal deneyimle duyguyu normalleştirerek veya patolojik hale getirerek başa çıkmaktadırlar. Birey çelişkili veya olumsuz duygularına tahammül edebilir ve onların geçici olduğunu fark edip içinde bulunduğu bağlamda değerlendirirse duygularını kabul edebilir ve onları ifade edebilir dolayısıyla daha uzun süreli duygusal sorunların ortaya çıkmasının önü kesilmiş olur. Buna karşılık birey olumsuz duygularının anormal, farklı, utanç verici, uzun süreli, tehlikeli veya anlamsız olduğunu kabul eder ve bu duyguların kontrolden çıkacağına ve bu şekilde



hissetmemesi gerektiğine inanırsa; bastırma, kontrol etme, davranışsal ve bilişsel kaçınma, ruminasyon, madde ve alkol kötüye kullanımı, kendini eleştirme veya başkalarını suçlama gibi işlevsiz eğilimler gösterebilir. Sonuç olarak birey anlaşılmazlık, suçluluk, başkalarından farklı görünmek gibi birtakım işlevsiz ve olumsuz inançlar geliştirebilir. Duygularını kabul etme ve onlarla başa çıkma konusunda zorlanabilir (Edwards ve ark., 2020; Leahy, 2002, 2019; Leahy, Tirsch, Napolitano, 2011). Duygulara yönelik olumsuz inanç ve tutumlar kaygı, kaçınma, ruminasyon gibi işlevsel olmayan baş etme yollarına sebep olabildiğinden kişiye halihazırda sıkıntı veren patolojik durumların daha kötü hale gelmesinin önü açılabilir (Leahy, 2002, 2007a, 2007b, 2007c).

Leahy'nin (2002) duygular hakkındaki inanç ve tutumları değerlendirmek amacıyla tanımladığı 14 boyut şu şekildedir:

“1. Onaylanma: Bireyin duygularının başkaları tarafından kabul görmesi ve diğer insanların bireyin duygularına duyarlı olduğu inancı,

2. Anlaşılabilirlik: Bireyin deneyimlediği duyguların anlamlı ve anlaşılabilir olduğu inancı,

3. Suçluluk: Deneyimlenen duyguların yanlış ve utanç verici olduğu inancı,

4. Duygulara Basit Şekilde Bakış: Duyguların birey tarafından basit veya karmaşık olarak algılanma derecesi ile duygu ikilemini tolere edebilme,

5. Yüksek Değerler: Kişi için neyin önemli olduğu ile değerler ve hedeflere ait iç görünümün duygusal deneyim tarafından sağlanabileceği inancı,

6. Kontrol: Duyguların kişinin kontrolünde olmadığı veya kontrol edilemeyeceği inancı,

7. Duygusal Uyuşma (Hissizlik): Duygusal uzaklaşma veya duygusal yoğunluğun yeterli olmaması,

8. Rasyonellik İsteği: Duygusallığa karşıt olarak akılcılığa yönelik vurgu ve onaylama,

9. Süreklilik: Duygu süresinin uzunluğuna yönelik tahmin,

10. Uzlaşma: Duyguları normal olarak görme veya duyguların diğer insanlarla aynı olduğu inancı,

11. Kabullenme: Duyguları engelleme derecesi,

12. Ruminasyon: Bazı duygular üzerinde durma ve kendine sürekli biçimde cevaplanamayan sorular sorma eğilimi,

13. Duyguların İfadesi: Duyguları ifade etmeye yönelik açıklık,

14. Suçlama: Duygusal deneyimleri dolayısıyla diğerlerini suçlama veya duygusal deneyimin dış kaynaklarıyla ilgili inanç”

### **1.3.3. Duygusal Şemalar ve Psikopatoloji**

Bireylerin duygularına ilişkin olumsuz inançlarının farklı psikolojik sıkıntı ve bozukluklara ilişkin savunmasızlıkla bağlantılı olduğu ve işlevsiz duygu düzenleme ve başa çıkma stratejilerinin temellerini oluşturduğu düşünülmektedir (Edwards ve Wupperman, 2018; Leahy, 2002, 2015, 2019). Birey deneyimlediği duygu veya duyguları utanç verici, farklı, kontrol edilemez ve dayanılmaz olarak algıladığında kaçınma, bastırma gibi işlevsel olmayan baş etme yollarını kullanma eğilimi artacaktır (Leahy, 2002, 2015).

Çalışmalar uyumsuz duygusal şemaların depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, aile ilişkilerindeki uyumsuzluk ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli psikolojik zorluklarla bağlantılı olduğunu bulmuştur (Leahy, 2002, 2015). Depresyonla en çok ilişkilendirilen duygusal şema ruminasyondur (Nolen-Hoeksema, 1991, 2000; Papageorgiou ve Wells, 2001a, 2001b, 2009). Ayrıca kontrolün depresyonun önemli yordayıcılarından biri olduğu bilinmektedir. İçinde buldukları olumsuz duygusal durumu değiştirme noktasında umutsuz hisseden bireylerin depresyon deneyimleme ihtimali daha fazladır (Leahy, 2015). Bir çalışmada duygusal şemaların unipolar ve bipolar depresyon semptomları ile de ilişkili olduğu bulunmuştur (Batmaz ve ark., 2014). Leahy ve arkadaşları (2012) tarafından yürütülen bir araştırmada duygulara ilişkin olumsuz inançlarla riskten kaçınma ve psikolojik esnekliğin birbirleriyle ve depresyonla yüksek oranda ilişkili olduğu gözlenmiştir. Çalışma sonucuna göre duygulara yönelik olumsuz inançları olan bireylerin daha depresif ve kaygılı oldukları ve riskten daha fazla kaçındıkları

görülmüştür. Özellikle suçluluk, ruminasyon, kontrol ve onaylanmanın depresyonu diğer duygusal şemalardan daha iyi yordadığı bulunmuştur.

Leahy ve arkadaşları (2019) ayrıca duygulara yönelik olumsuz inançlar ile depresyon ve anksiyete arasında duygusal şemaların aracı bir rol üstlendiğini bulmuşlardır. Başka çalışmalarda panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi anksiyete ile ilişkili psikopatolojilerde duygusal uyarılmanın yoğunluğunun ve süresinin belirsiz olmasının tehlikeli olduğu yönündeki inançlar dikkat çekmektedir (Norogan-Gainey, 2010; Olatunji ve Wolitzky-Taylor, 2009 aktaran Edwards ve Wupperman, 2018).

#### **1.3.4. Duygusal Şemalar ve Somatizasyon**

Kişiyi sıkıntı veren ve tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtiler bazı duygular ile bu duygulara yönelik negatif inançlar sonucu ortaya çıkan ifade araçları olabilir. Öyle ki bastırılmış öfke ve düşmanlığın somatizasyonda önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Kellner, 1990). Örneğin Pilowsky ve Spence (1976) tarafından bir grup hasta ile yürütülen bir çalışmada öfkelerini engelledikleri öğrenilen hastaların ağrılarının gruptaki diğer hastalardan daha inatçı olduğu görülmüştür. Hastaların öfkelerini engellemelerinin bu duyguya yönelik inançlarıyla ilişkili olduğu tahmin edilmektedir.

Sirota ve arkadaşlarının (2018) ruhsal bozukluklar için en yaygın duygusal şema alanlarını ortaya koymak amacıyla yürüttükleri bir araştırma sonucunda somatizasyon için en yaygın şemaların ruminasyon, kontrol, suçluluk ve anlaşılabilirlik olduğu bulunmuştur. Regresyon analizi sonucuna göre bu şemalar birlikte somatizasyonun %27'sini açıklamaktadır. Fonksiyonel somatik sendromlardan biri olan irritabl bağırsak tanısı alan ve almayan bireyler arasında duygusal şema alanları açısından bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla 98 sendromlu hasta ve 97 sağlıklı birey ile yapılan bir nedensel-karşılaştırmalı araştırma sonucunda grupların özellikle kontrol, kabul, ruminasyon, yüksek standartlar, suçluluk, utanç, duyguların basit görünümü, duygusal farkındalık, uzlaş, onaylanma ve duyguların ifadesi şemalarında farklılık gösterdikleri bulunmuştur.

Sonuçta IBS'li hastaların sağlıklı kontrollere göre daha fazla negatif şemaya sahip olduğu bildirilmiştir (Erfan ve ark., 2017).

#### 1.4. AMAÇ

Bu araştırma ile birey için önemli bir sıkıntı ve işlevsel yetersizlik kaynağı olmasının yanı sıra toplumsal düzeyde de önemli bir sorun oluşturduğu düşünülen somatizasyonun açıklanmasında ve yürütülecek olan tedavi stratejilerinin belirlenmesinde literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır. Toplumun ve toplum dinamiğinin büyük bir kısmını oluşturan beliren yetişkinlerde, söz konusu değişkenlerin somatizasyonu nasıl ve ne derece etkilediğinin görülmesinin pratik amaçlar doğrultusunda da faydalı olduğu düşünülmektedir. Aynı doğrultuda analizlerin demografik değişken grupları için tekrarlanması risk gruplarının belirlenmesinde de önemli görülmektedir. Araştırma sonuçlarının ayrıca somatizasyonla çalışırken duygulara yönelik gerekli vurgunun yapılması ve kişilerarası ilişki kurma eğilimlerinin önemi üzerinde durulması noktasında psikoloji literatürüne katkıda bulunması beklenmektedir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. YÖNTEM

#### 2.1. KATILIMCILAR

Araştırmanın örneklemini çalışmaya gönüllü olarak katılan 18-29 yaş aralığındaki beliren yetişkinler oluşturmaktadır. 236'sı kadın (%73,5), 85'i erkek (%26,5) olmak üzere 321 kişiden oluşan katılımcıların yaş ortalaması 22,29'dur ( $SS = 2,76$ ).

#### 2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verisinin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formu ile Somatizasyon Ölçeği, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği kullanılmıştır.

##### 2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanan form ile katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim, ekonomik ve medeni durumlarına ait bilgilerin yanı sıra kendilerinde ve ailelerindeki mevcut kronik hastalıkların mevcudiyeti ile psikolojik yardım geçmişi ve psikolojik yardım gereksinimi bilgisi elde edilmiştir.

##### 2.2.2. Somatizasyon Ölçeği

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin (MMPI) somatizasyonla ilişkili maddeleri esas alınarak oluşturulan Somatizasyon Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Dülgerler (2000) tarafından yapılmıştır. 33 maddeden oluşan ölçekte "Doğru" ve "Yanlış" olmak üzere iki yanıt seçeneğini bulunmaktadır. Ölçeğin 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 32 ve 33. maddeleri için "Doğru" yanıtı 1, "Yanlış" yanıtı 0 olarak puanlanırken 2, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 28, 29, 30 ve 31. maddeleri için "Doğru" yanıtına 0, "Yanlış" yanıtına 1 puan verilmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 33 arasında değişmekte olup puanların

yükselmesi somatizasyon düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir. Tüm ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı Dülgerler (2000) tarafından 0,83 olarak raporlanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,84 bulunmuştur.

### **2.2.3. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği**

Beck ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen Sosyotropi-Otonomi Ölçeği bireylerin bağımlı ve özerk kişilik eğilimlerini ölçmektedir. Toplamda 60 maddeden oluşan ölçeğin sosyotropi ve otonomi olmak üzere 30'ar maddeli iki alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçekler ayrıca kendi içlerinde 3'er boyuta sahiptir. Onaylanmama kaygısı, başkalarını memnun etme ve ayrılık kaygısı sosyotropi alt ölçeğinin; özgürlük, kişisel başarı ve yalnızlıktan hoşlanma ise otonomi alt ölçeğinin boyutlarıdır. 5'li likert tipindeki ölçeğin maddeleri 0-4 arasında puanlanmakta olup her iki alt ölçekten alınan toplam puanlar 0 ile 120 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerdeki puanların yükselmesi bağımlı veya özerk eğilimlerin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama ve geçerlik, güvenilirlik çalışması Şahin ve arkadaşları (1993) tarafından yürütülmüştür. Klinik örnekleme Cronbach's alfa güvenilirlik katsayıları Sosyotropi alt ölçeği için 0,70; Otonomi alt ölçeği için 0,81 bulunmuştur. Klinik olmayan öğrenci örnekleminde ise ölçeklerin Cronbach's alfa katsayıları Sosyotropi alt ölçeği için 0,83; Otonomi alt ölçeği için 0,82 olarak bildirilmiştir (Şahin ve ark., 1993).

Bu araştırmada Cronbach's alfa güvenilirlik katsayıları Sosyotropi alt ölçeği için 0,88; Otonomi alt ölçeği için 0,85 bulunmuştur.

### **2.2.4. Leahy Duygusal Şema Ölçeği**

Leahy (2002) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin duygularına yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek için kullanılmaktadır. 6'lı likert tipinde 50 maddeden oluşan ölçeğin 14 alt boyutu vardır. Leahy Duygusal Şema Ölçeğinin Türkçe uyarlama ve geçerlik, güvenilirlik çalışması Yavuz ve arkadaşları (2011) tarafından yürütülmüştür. Ölçeğin toplam puanı bulunmamakta olup her bir alt boyutun puanları dikkate alınmaktadır. Ölçeğin Türkçe formuna ait alt boyutlar kontrol edilemezlik, onaylanma, duygulara karşı zayıflık, duygulardan kaçınma, anlaşılabilirlik, akılcılık isteği, hislerin kabullenilmesi, ruminasyon, farklılık, duyguları inkar, süreklilik,

uzlaş, duyguları zararlı olarak görme ve suçluluktur. Tüm ölçeğe ait Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,86 olarak bildirilmiştir.

Bu araştırmada tüm ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,72 bulunmuştur. Ölçeğin 2'şer maddeden oluşan duyguları inkar, süreklilik ve onaylanma alt boyutlarına ait maddeler arası korelasyon katsayıları yeterince yüksek olmadığından güvenilir olmayan sonuçlardan kaçınmak amacıyla bu alt boyutlar analize dahil edilmemiştir.

### 2.3. UYGULAMA

Çalışma öncesinde araştırmanın yürütülebilmesi için Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik Kurulundan gerekli yasal izinler alınmıştır. Bilgilendirilmiş onam, demografik bilgi formu ve ölçekleri içeren genel form çevrimiçi olarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Yaklaşık 20-25 dakika süren uygulama gönüllülük esasına dayanmaktadır. Veri toplama işlemi 4 ay sürmüştür (Kasım, 2021-Şubat, 2022). Araştırma sonunda 341 katılımcıya ulaşılmış, aşırı değerlere sahip katılımcılar ile beliren yetişkinlik (18-29 yaş) döneminde olmayan veya psikosomatik olarak sınıflandırılan fiziksel hastalıklar dışında farklı bir kronik hastalığı olan katılımcılar analize dahil edilmemiştir. Sonuç olarak analiz 321 katılımcıdan elde edilen veri ile yapılmıştır.

### 2.4. VERİ ANALİZİ

Araştırmanın veri analizi SPSS.22 programı ile yürütülmüştür. Katılımcılardan elde edilen ölçekler ve alt boyutlara ait toplam puanların normal dağılımlı olup olmadığını incelemek amacıyla Kolmogrov-Smirnov Testi sonucu, eğiklik/basıklık ölçüleri, ortalama, medyan ve kırılmış ortalama değerleri, değişim katsayıları, histogram ve kutu grafikleri dikkate alınmıştır. Tüm bu değerler sonucunda dağılımın normal olduğu varsayılmıştır. Ölçeklere ait Cronbach's alfa katsayıları hesaplanmış ve bu ölçeklerin mevcut araştırma için güvenilir olduğu görülmüştür (Katsayı değerleri yukarıda belirtilmiştir). Katılımcıların sosyo-demografik değişkenlerine ait sıklık ve yüzdeler ile ölçek, alt ölçek ve alt boyutlara ait puanların betimleyici istatistik değerleri hesaplanmıştır. Ölçekler ve alt boyut puanları için korelasyon analizi yapılmıştır. Son olarak sosyotropi-otonomi ve

duygusal Şema puanlarının somatizasyon puanları ¼zerindeki etkisini incelemek i¼in ¼oklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizleri i¼in değişken se¼iminde “Stepwise” metodu kullanılmıştır.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. BULGULAR

Bu bölümde veri analizinden elde edilen sonuçlara yer verilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik değişkenlerine ilişkin sayı ve yüzde değerleri Tablo 1.'de sunulmuştur.

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Değişkenlerine Ait Sayı ve Yüzde Dağılımları**

| Değişkenler                            | Değişken Grupları     | n   | %    |
|--|-----------------------|-----|------|
| Cinsiyet                               | Kadın                 | 236 | 73,5 |
|  | Erkek                 | 85  | 26,5 |
| Eğitim Düzeyi                          | Lise                  | 46  | 14,3 |
|  | Üniversite            | 223 | 69,5 |
|  | Yüksek Lisans/Doktora | 52  | 16,2 |
| Medeni Durum                           | Evli                  | 33  | 10,3 |
|  | Bekar                 | 288 | 89,7 |
| Ekonomik Durum                         | Kötü                  | 21  | 6,5  |
|  | Orta                  | 242 | 75,4 |
|  | İyi                   | 58  | 18,1 |
| Birlikte Yaşanılan Kişiler             | Arkadaş/lar           | 54  | 16,8 |
|  | Aile/Akraba           | 251 | 78,2 |
|  | Yalnız                | 16  | 5    |
| En uzun süre yaşanılan yerleşim birimi | Köy/Kasaba            | 19  | 5,9  |
|  | İlçe                  | 49  | 15,3 |
|  | Şehir                 | 96  | 29,9 |
|  | Büyükşehir            | 157 | 48,9 |
| Ailede Kronik Hastalık Varlığı         | Evet                  | 119 | 37,1 |
|  | Hayır                 | 202 | 62,9 |
| Psikolojik Yardım Geçmiş               | Evet                  | 83  | 25,9 |
|  | Hayır                 | 238 | 74,1 |
| Psikolojik Yardım İhtiyacı             | Evet                  | 162 | 50,5 |
|  | Hayır                 | 159 | 49,5 |

Araştırmaya katılan 321 katılımcının %73,5'ini (236 kişi) kadınlar, %26,5'ini (85 kişi) erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların %14,3'ünün (46 kişi) lise, %69,5'inin (223 kişi) üniversite ve %16,2'sinin (58 kişi) yüksek lisans/doktora eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. %10,3'ü (33 kişi) evli, %89,7'si (288 kişi) bekar olan katılımcıların %6,5'i (21 kişi) ekonomik durumlarını kötü, %75,4'ü

(242 kişi) orta ve %18,1'i (58 kişi) iyi olarak belirtmiştir. Arkadaşıyla veya arkadaşlarıyla yaşayan katılımcılar tüm katılımcıların %16,8'ini (54 kişi) oluştururken, katılımcıların %78,2'si (251 kişi) aile veya akrabalarıyla yaşadığını belirtmiştir. Yalnız yaşayan katılımcılar ise tüm grubun %5'ini (16 kişi) oluşturmaktadır. En uzun süre yaşanan yerleşim birimini katılımcıların %5,9'unun (19 kişi) köy veya kasaba, %15,3'ünün (49 kişi) ilçe, %29,9'unun (96 kişi) şehir ve %48,9'unun (157 kişi) büyükşehir olarak belirttiği görülmektedir. Katılımcıların %37,1'i (119 kişi) ailesinde kronik hastalığa sahip biri olduğunu belirtirken ailesinde kronik hastalık olmayan kişiler tüm katılımcıların %62,9'unu (202 kişi) oluşturmaktadır. %25,9'unun (83 kişi) daha önce psikolojik yardım aldığı ve %74,1'inin (229 kişi) psikolojik yardım geçmişi olmadığı öğrenilen katılımcıların %50,5'i (162 kişi) psikolojik yardıma ihtiyaç duyduğunu %49,5'i (159 kişi) psikolojik yardım ihtiyacı olmadığını belirtmiştir (Tablo 1).

**Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Betimleyici İstatistik Değerleri**

| Değişkenler                         | En Küçük Değer | En Büyük Değer | Ort.  | SS    |
|-------------------------------------|----------------|----------------|-------|-------|
| Somatizasyon Puanı                  | 0              | 29             | 11,70 | 5,90  |
| SOSOTÖ-Sosyotropi Puanı             | 10             | 105            | 64,43 | 16,99 |
| SOSOTÖ-Otonomi Puanı                | 40             | 111            | 78,11 | 14,12 |
| LDŞÖ Kontrol Edilemezlik Puanı      | 6              | 36             | 19,34 | 6,65  |
| LDŞÖ Duygulara Karşı Zayıflık Puanı | 5              | 29             | 18,53 | 4,50  |
| LDŞÖ Anlaşılabilirlik Puanı         | 3              | 18             | 9,88  | 3,59  |
| LDŞÖ Duygulardan Kaçınma Puanı      | 8              | 30             | 20,55 | 3,90  |
| LDŞÖ Akılcılık İsteği Puanı         | 5              | 24             | 14,70 | 3,73  |
| LDŞÖ Hisleri Kabullenme Puanı       | 10             | 30             | 22,03 | 3,78  |
| LDŞÖ Ruminasyon Puanı               | 4              | 24             | 15,33 | 3,96  |
| LDŞÖ Farklılık Puanı                | 5              | 27             | 15,81 | 4,20  |
| LDŞÖ Uzlaşma Puanı                  | 2              | 12             | 6,10  | 2,40  |
| LDŞÖ Duyguları Zararlı Görme Puanı  | 2              | 12             | 6,69  | 2,55  |
| LDŞÖ Suçluluk Puanı                 | 3              | 17             | 7,72  | 3,07  |

Araştırmada kullanılan ölçek ve alt boyut puanlarına ait betimleyici istatistik değerleri Tablo 3.'te sunulmuştur. Somatizasyon ölçeğinden alınan puanların 0 ile 29 arasında ( $Ort = 11,70$ ;  $SS = 5,90$ ), Sosyotropi puanlarının 10 ile 105 arasında ( $Ort = 64,43$ ;  $SS = 16,99$ ), Otonomi puanlarının ise 40 ile 111 arasında ( $Ort = 78,11$ ;  $SS = 14,12$ ) değiştiği görülmektedir. Leahy Duygusal Şema Ölçeğinin alt boyut puanları incelendiğinde; Kontrol Edilemezlik puanları 6 ile 36 arasında ( $Ort = 19,34$ ;  $SS =$

6,65), Duygulara Karşı Zayıflık puanları 5 ile 29 arasında ( $Ort = 18,53$ ;  $SS = 4,50$ ), Anlaşılabilirlik puanları 3 ile 18 arasında ( $Ort = 9,88$ ;  $SS = 3,59$ ), Duygulardan Kaçınma puanları 8 ile 30 arasında ( $Ort = 20,55$ ;  $SS = 3,90$ ), Akılcılık İsteği puanları 5 ile 24 arasında ( $Ort = 14,70$ ;  $SS = 3,73$ ), Hisleri Kabullenme puanları 10 ile 30 arasında ( $Ort = 22,03$ ;  $SS = 3,78$ ), Ruminasyon puanları 4 ile 24 arasında ( $Ort = 15,33$ ;  $SS = 3,96$ ), Farklılık puanları 5 ile 27 arasında ( $Ort = 15,81$ ;  $SS = 4,20$ ), Uzlaşım puanları 2 ile 12 arasında ( $Ort = 6,10$ ;  $SS = 2,40$ ), Duyguları Zararlı Görme puanları 2 ile 12 arasında ( $Ort = 6,69$ ;  $SS = 2,55$ ) ve Suçluluk puanları 3 ile 17 arasında ( $Ort = 7,72$ ;  $SS = 3,07$ ) değişmektedir (Tablo 2).

**Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyut Puanları İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları**

| Değişkenler<br>(n=321)           | 1       | 2       | 3      | 4       | 5       | 6       | 7      | 8      | 9       | 10     | 11      | 12    | 13     | 14 |
|----------------------------------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|--------|---------|-------|--------|----|
| 1.Somatizasyon Puanı             | 1       |         |        |         |         |         |        |        |         |        |         |       |        |    |
| 2.Sosyotropi Puanı               | 0,26**  | 1       |        |         |         |         |        |        |         |        |         |       |        |    |
| 3.Otonomi Puanı                  | 0,06    | -0,16** | 1      |         |         |         |        |        |         |        |         |       |        |    |
| 4.Kontrol Edilemezlik Puanı      | 0,32**  | 0,40**  | 0,08   | 1       |         |         |        |        |         |        |         |       |        |    |
| 5.Duygulara Karşı Zayıflık Puanı | 0,29**  | 0,47**  | -0,03  | 0,54**  | 1       |         |        |        |         |        |         |       |        |    |
| 6.Anlaşılabilirlik Puanı         | -0,27** | -0,30** | -0,06  | -0,57** | -0,43** | 1       |        |        |         |        |         |       |        |    |
| 7.Duygularda Kaçınma Puanı       | 0,3     | 0,14*   | 0,18** | 0,20**  | 0,14*   | -0,14*  | 1      |        |         |        |         |       |        |    |
| 8.Akılcılık İsteği Puanı         | 0,20**  | -0,12*  | 0,40** | 0,20**  | 0,03    | -0,14*  | 0,22** | 1      |         |        |         |       |        |    |
| 9.Hisleri Kabullenme Puanı       | -0,24** | -0,10   | 0,19** | -0,35** | -0,19** | 0,34**  | 0,22** | -0,03  | 1       |        |         |       |        |    |
| 10.Ruminasyon Puanı              | 0,20**  | 0,40**  | 0,11*  | 0,52**  | 0,55**  | -0,47** | 0,18** | 0,08   | -0,02   | 1      |         |       |        |    |
| 11.Farklılık Puanı               | 0,29**  | 0,33**  | 0,06   | 0,61**  | 0,47**  | -0,47** | 0,12*  | 0,23** | -0,36** | 0,38** | 1       |       |        |    |
| 12.Uzlaşım Puanı                 | -0,05   | -0,05   | -0,13* | -0,08   | -0,11   | 0,20**  | -0,02  | -0,04  | 0,12*   | -0,13* | -0,20** | 1     |        |    |
| 13.Duyguları Zararlı Görme Puanı | 0,10    | 0,19**  | 0,14*  | 0,47**  | 0,22**  | -0,29** | 0,32** | 0,26** | -0,13*  | 0,21** | 0,38**  | -0,04 | 1      |    |
| 14.Suçluluk Puanı                | 0,08    | 0,25**  | 0,02   | 0,44**  | 0,24**  | -0,27** | 0,04   | 0,19** | -0,36** | 0,18** | 0,41**  | 0,04  | 0,31** | 1  |

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01

Ölçek ve alt boyut puanları arasındaki ilişkileri incelemek için yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucuna göre Somatizasyon puanları ile Sosyotropi ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ), Duygulara Karşı Zayıflık ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ), Akılcılık İsteği ( $r = 0,20$ ;  $p < 0,01$ ), Ruminasyon ( $r = 0,20$ ;  $p < 0,01$ ) ve Farklılık ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı; Anlaşılabilirlik ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,01$ ) ve Hisleri Kabullenme ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Somatizasyon puanları ile Kontrol Edilemezlik puanları arasında ise doğrusal, pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,01$ ). Somatizasyon puanları ile Otonomi ( $r = 0,06$ ;  $p > 0,05$ ), Duygulardan Kaçınma ( $r = 0,30$ ;  $p > 0,05$ ), Uzlaşma ( $r = -0,05$ ;  $p > 0,05$ ), Duyguları Zararlı Görme ( $r = 0,10$ ;  $p > 0,05$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,08$ ;  $p > 0,05$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunamamıştır.

Sosyotropi puanları ile Otonomi ( $r = -0,16$ ,  $p < 0,01$ ) ve Akılcılık İsteği ( $r = -0,12$ ;  $p < 0,05$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı; Duygulardan Kaçınma ( $r = 0,14$ ;  $p < 0,05$ ), Duyguları Zararlı Görme ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,01$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında ise doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyotropi puanları ile Kontrol edilemezlik ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ), Duygulara Karşı Zayıflık ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ), Ruminasyon ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ) ve Farklılık ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Sosyotropi puanları ile Hisleri Kabullenme ( $r = -0,10$ ;  $p > 0,05$ ) ve Uzlaşma ( $r = -0,05$ ;  $p > 0,05$ ) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunamamıştır.

Otonomi puanları ile Duygulardan Kaçınma ( $r = 0,18$ ;  $p < 0,01$ ), Hisleri Kabullenme ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,01$ ), Ruminasyon ( $r = 0,11$ ;  $p < 0,05$ ) ve Duyguları Zararlı Görme ( $r = 0,14$ ;  $p < 0,05$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı; Uzlaşma ( $r = -0,13$ ;  $p < 0,05$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Otonomi puanları ile Akılcılık İsteği puanları arasında ise doğrusal, pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r =$

0,40;  $p < 0,01$ ). Otonomi puanları ile Kontrol Edilemezlik ( $r = 0,08$ ;  $p > 0,05$ ), Duygulara Karşı Zayıflık ( $r = -0,03$ ;  $p > 0,05$ ), Anlaşılabilirlik ( $r = -0,06$ ;  $p > 0,05$ ), Farklılık ( $r = 0,06$ ;  $p > 0,05$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,02$ ;  $p > 0,05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunamamıştır.

Kontrol Edilemezlik puanları ile Duygu Karşı Zayıflık ( $r = 0,54$ ;  $p < 0,01$ ), Ruminasyon ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,01$ ), Farklılık ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,01$ ), Duyguları Zararlı Görme ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı; Duygulardan Kaçınma ( $r = 0,20$ ;  $p < 0,01$ ) ve Akılcılık İsteği ( $r = 0,20$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında ise doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kontrol Edilemezlik puanları ile Anlaşılabilirlik ( $r = -0,57$ ;  $p < 0,01$ ) ve Hisleri Kabullenme ( $r = -0,35$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülürken Uzlaşısı ( $r = -0,08$ ;  $p > 0,05$ ) puanları ile istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunamamıştır.

Duygulara Karşı Zayıflık Puanları ile Anlaşılabilirlik ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı; Duygulardan Kaçınma ( $r = 0,14$ ;  $p < 0,05$ ), Duyguları Zararlı Görme ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,01$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı; Ruminasyon ( $r = 0,55$ ;  $p < 0,01$ ) ve Farklılık ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Duygulara Karşı Zayıflık puanları ile Hisleri Kabullenme ( $r = -0,19$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülürken Akılcılık İsteği ( $r = 0,03$ ;  $p > 0,05$ ) ve Uzlaşısı ( $r = -0,11$ ;  $p > 0,05$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunamamıştır.

Anlaşılabilirlik puanları ile Duygulardan Kaçınma ( $r = -0,14$ ;  $p < 0,05$ ), Akılcılık İsteği ( $r = -0,14$ ;  $p < 0,05$ ), Duyguları Zararlı Görme ( $r = -0,29$ ;  $p < 0,01$ ) ve Suçluluk ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde ve düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı; Hisleri Kabullenme ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı; Uzlaşısı ( $r =$

0,20;  $p < 0,05$ ) puanları arasında ise doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Anlaşılabilirlik Puanları ile Ruminasyon ( $r = -0,47$ ;  $p < 0,01$ ) ve Farklılık ( $r = -0,47$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Duygulardan Kaçınma puanları ile Akılcılık İsteği ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,01$ ), Hisleri Kabullenme ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,01$ ), Ruminasyon ( $r = 0,18$ ;  $p < 0,01$ ) ve Farklılık ( $r = 0,12$ ;  $p < 0,05$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı; Duyguları Zararlı Görme puanları arasında ise doğrusal, pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,01$ ). Duygulardan Kaçınma puanları ile Uzlaşma ( $r = -0,02$ ;  $p > 0,05$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,04$ ;  $p > 0,05$ ) puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunamamıştır.

Akılcılık İsteği puanları ile Farklılık ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,01$ ), Duyguları Zararlı Görme ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Akılcılık İsteği puanları ile Hisleri Kabullenme ( $r = -0,03$ ;  $p > 0,05$ ), Ruminasyon ( $r = 0,08$ ;  $p > 0,05$ ) ve Uzlaşma ( $r = -0,04$ ;  $p > 0,05$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunamamıştır.

Hisleri Kabullenme puanları ile Farklılık ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,01$ ) ve Suçluluk ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı; Uzlaşma puanları ile doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = 0,12$ ;  $p < 0,05$ ). Hisleri Kabullenme puanları ile Duyguları Zararlı Görme ( $r = -0,13$ ;  $p < 0,05$ ) puanları arasında doğrusal, negatif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülürken Ruminasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunamamıştır ( $r = -0,02$ ;  $p > 0,05$ ).

Ruminasyon puanları ile Farklılık ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülürken Duyguları Zararlı Görme ( $r = 0,21$ ;  $p < 0,01$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,18$ ;  $p <$

0,01) puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ruminasyon puanları ile Uzlaşma puanları arasında ise doğrusal, negatif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $r = -0,13$ ;  $p < 0,05$ ).

Farklılık puanları ile Uzlaşma puanları arasında doğrusal, negatif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,01$ ). Farklılık puanları ile Duyguları Zararlı Görme ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,01$ ) puanları arasında ise doğrusal, pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Uzlaşma puanları ile Duyguları Zararlı Görme ( $r = -0,04$ ;  $p > 0,05$ ) ve Suçluluk ( $r = 0,04$ ;  $p > 0,05$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunamamıştır.

Duyguları Zararlı Görme puanları ile Suçluluk puanları arasında doğrusal, pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,01$ ) (Tablo 3).

**Tablo 4. Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Bağımlı Değişken   | Bağımsız Değişken                    | B      | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|--------------------|--------------------------------------|--------|-----------------------|---------|--------|-------|
| Somatizasyon Puanı | Sabit                                | 5,616  | 2,753                 |         | 2,040  | 0,042 |
|                    | Kontrol Edilemezlik Puanı            | 0,122  | 0,055                 | 0,137   | 2,231  | 0,026 |
|                    | Sosyotropi Puanı                     | 0,073  | 0,020                 | 0,212   | 3,699  | 0,000 |
|                    | Akılcılık İsteği Puanı               | 0,311  | 0,085                 | 0,196   | 3,670  | 0,000 |
|                    | Hisleri Kabullenme Puanı             | -0,253 | 0,085                 | -0,162  | -2,967 | 0,003 |
| $R^2 = 0,177$      | $F_{(4,316)} = 16,968$ ; $p = 0,000$ |        |                       |         |        |       |

Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametre ( $t(316) = 2,040$ ;  $p < 0,05$ ) ile Kontrol Edilemezlik ( $t(316) = 2,231$ ;  $p < 0,05$ ), Sosyotropi ( $t(316) = 3,699$ ;  $p < 0,001$ ), Akılcılık İsteği ( $t(316) = 3,670$ ;  $p < 0,001$ ) ve Hisleri Kabullenme ( $t(316) = -2,967$ ;  $p < 0,01$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin



genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $F(4,316) = 16,968$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,177 olduğu görülmektedir. Buna göre Somatizasyon puanlarının yaklaşık %18'i Kontrol Edilemezlik, Sosyotropi, Akılcılık İsteği ve Hisleri Kabullenme puanları tarafından açıklanmaktadır. Diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını; Kontrol Edilemezlik puanlarındaki 1 birimlik artış 0,122 birim, Sosyotropi puanlarındaki 1 birimlik artış 0,073 birim, Akılcılık İsteği puanlarındaki 1 birimlik artış 0,311 birim artıracak iken Hisleri Kabullenme puanındaki 1 birimlik artış 0,253 birim azaltacaktır (Tablo 4).

**Tablo 5. Cinsiyet Kategorilerine Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Cinsiyet      | Bağımsız Değişken                    | B      | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|---------------|--------------------------------------|--------|-----------------------|---------|--------|-------|
| Kadın         | Sabit                                | 8,190  | 3,719                 |         | 2,202  | 0,029 |
|               | Farklılık Puanı                      | 0,283  | 0,109                 | 0,196   | 2,595  | 0,010 |
|               | Sosyotropi Puanı                     | 0,087  | 0,024                 | 0,237   | 3,573  | 0,000 |
|               | Hisleri Kabullenme Puanı             | -0,366 | 0,112                 | -0,214  | -3,256 | 0,001 |
|               | Akılcılık İsteği Puanı               | 0,289  | 0,105                 | 0,176   | 2,751  | 0,006 |
|               | Suçluluk Puanı                       | -0,302 | 0,147                 | -0,145  | -2,057 | 0,041 |
| $R^2 = 0,21$  | $F_{(5,230)} = 12,243$ ; $p = 0,000$ |        |                       |         |        |       |
| Erkek         | Sabit                                | 5,563  | 2,688                 |         | 2,070  | 0,042 |
|               | Akılcılık İsteği Puanı               | 0,532  | 0,140                 | 0,377   | 3,809  | 0,000 |
|               | Anlaşılabilirlik Puanı               | -0,310 | 0,137                 | -0,225  | -2,269 | 0,026 |
| $R^2 = 0,196$ | $F_{(2,82)} = 10,003$ ; $p = 0,000$  |        |                       |         |        |       |

Kadın katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(230) = 2,202$ ;  $p < 0,05$ ) ve Farklılık ( $t(230) = 2,595$ ;  $p < 0,05$ ), Sosyotropi ( $t(230) = 3,573$ ;  $p < 0,001$ ), Hisleri Kabullenme ( $t(230) = -3,256$ ;  $p < 0,01$ ), Akılcılık İsteği ( $t(230) = 2,751$ ;  $p < 0,01$ ), Suçluluk ( $t(230) = -2,057$ ;  $p < 0,05$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $F(5,230) = 12,243$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,21 olarak elde edildiği görülmektedir. Bu sonuca göre kadın katılımcılarda Somatizasyon puanlarının %21'i Farklılık, Sosyotropi, Hisleri Kabullenme, Akılcılık İsteği ve

Suçluluk puanları tarafından açıklanmaktadır. Buna göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını, Farklılık puanındaki 1 birimlik artış 0,283 birim, Sosyotropi puanında 1 birimlik artış 0,087 birim, Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış 0,289 birim artıracak; Hisleri Kabullenme puanındaki 1 birimlik artış 0,366 birim, Suçluluk puanındaki 1 birimlik artış 0,302 birim azaltacaktır.

Erkek katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametre ( $t(82) = 2,070$ ;  $p < 0,05$ ) ile Akılcılık İsteği ( $t(82) = 3,809$ ;  $p < 0,001$ ) ve Anlaşılabilirlik ( $t(82) = -2,269$ ;  $p < 0,05$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. F testi sonucuna göre modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $F(2,82) = 10,003$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,196 olduğu görülmektedir. Buna göre erkek katılımcılarda Somatizasyon puanının yaklaşık %20'si Akılcılık İsteği ve Anlaşılabilirlik puanları tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuca göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını; Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış 0,532 puan artıracak, Anlaşılabilirlik puanındaki 1 birimlik artış 0,310 birim azaltacaktır (Tablo 5).

**Tablo 6. Eğitim Düzeylerine Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Eğitim Düzeyi | Bağımsız Değişken         | B                                    | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|---------------|---------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------|--------|-------|
| Lise          | Sabit                     | 16,952                               | 2,198                 |         | 7,713  | 0,000 |
|               | Anlaşılabilirlik          | -0,447                               | 0,216                 | -0,298  | -2,072 | 0,044 |
| $R^2 = 0,089$ |                           | $F_{(1,44)} = 4,292$ ; $p = 0,044$   |                       |         |        |       |
| Üniversite    | Sabit                     | 4,552                                | 3,484                 |         | 1,306  | 0,193 |
|               | Zayıflık Puanı            | 0,200                                | 0,094                 | 0,150   | 2,126  | 0,035 |
|               | Sosyotropi Puanı          | 0,076                                | 0,024                 | 0,224   | 3,186  | 0,002 |
|               | Akılcılık İsteği Puanı    | 0,290                                | 0,096                 | 0,188   | 3,019  | 0,003 |
|               | Hisleri Kabullenme Puanı  | -0,268                               | 0,102                 | -0,166  | -2,641 | 0,009 |
| $R^2 = 0,186$ |                           | $F_{(4,218)} = 12,451$ ; $p = 0,000$ |                       |         |        |       |
| YL/Doktora    | Sabit                     | -2,174                               | 3,211                 |         | -0,845 | 0,402 |
|               | Kontrol Edilemezlik Puanı | 0,416                                | 0,122                 | 0,416   | 3,400  | 0,001 |
|               | Sosyotropi Puanı          | 0,110                                | 0,048                 | 0,283   | 2,317  | 0,025 |
| $R^2 = 0,311$ |                           | $F_{(2,49)} = 11,068$ ; $p = 0,000$  |                       |         |        |       |

Eğitim düzeyini lise olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(44) = 7,713$ ;  $p < 0,001$ ) ve Anlaşılabilirlik puanına ait eğim parametresinin ( $t(44) = -2,072$ ;  $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(1,44) = 4,292$ ;  $p < 0,05$ ) ve belirlilik katsayısının 0,089 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre eğitim düzeyini lise olarak belirten katılımcılar için Somatizasyon puanının yaklaşık %9' u Anlaşılabilirlik puanı tarafından açıklanmaktadır. Buna göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Anlaşılabilirlik puanındaki 1 birimlik artış Somatizasyon puanını 0,447 birim azaltacaktır.

Eğitim düzeyini üniversite olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(218) = 1,306$ ;  $p > 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; Duygulara Karşı Zayıflık ( $t(218) = 2,126$ ;  $p < 0,05$ ), Sosyotropi ( $t(218) = 3,186$ ;  $p < 0,01$ ), Akılcılık İsteği ( $t(218) = 3,019$ ;  $p < 0,01$ ) ve Hisleri Kabullenme ( $t(218) = -2,641$ ;  $p < 0,01$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(4,218) = 12,451$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,186 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre eğitim düzeyini üniversite olarak belirten katılımcılarda Somatizasyon puanının yaklaşık %19'u Duygulara Karşı Zayıflık, Sosyotropi, Akılcılık İsteği ve Hisleri Kabullenme puanları tarafından açıklanmaktadır. Buna göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını; Duygulara Karşı Zayıflık puanındaki 1 birimlik artış 0,200 birim, Sosyotropi puanındaki 1 birimlik artış 0,076 birim ve Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış 0,290 birim artıracak; Hisleri Kabullenme puanındaki 1 birimlik artış 0,268 birim azaltacaktır.

Eğitim düzeyini yüksek lisans/doktora olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt

boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(49) = -0,845$ ;  $p > 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, Kontrol Edilemezlik ( $t(49) = 3,400$ ;  $p < 0,01$ ) ve Sosyotropi ( $t(49) = 2,317$ ;  $p < 0,05$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(2,49) = 11,068$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,311 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre eğitim düzeyini yüksek lisans/doktora olarak belirten katılımcılar için Somatizasyon puanının %31'i Kontrol edilemezlik ve Sosyotropi puanları tarafından açıklanmaktadır. Buna göre diğer parametreler sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını; Kontrol Edilemezlik puanındaki 1 birimlik artış 0,416 birim, Sosyotropi puanındaki 1 birimlik artış 0,110 birim artıracaktır (Tablo 6).

**Tablo 7. Medeni Duruma Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Medeni Durum  | Bağımsız Değişken         | B                                    | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|---------------|---------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------|--------|-------|
| Evli          | Sabit                     | 2,510                                | 3,211                 |         | 0,782  | 0,440 |
|               | Kontrol Edilemezlik Puanı | 0,472                                | 0,182                 | 0,422   | 2,588  | 0,015 |
| $R^2 = 0,178$ |                           | $F_{(1,31)} = 6,699$ ; $p = 0,015$   |                       |         |        |       |
| Bekar         | Sabit                     | 5,154                                | 2,947                 |         | 1,749  | 0,081 |
|               | Zayıflık Puanı            | 0,212                                | 0,081                 | 0,163   | 2,625  | 0,009 |
|               | Akılcılık İsteği Puanı    | 0,328                                | 0,084                 | 0,213   | 3,891  | 0,000 |
|               | Hisleri Kabullenme Puanı  | -0,282                               | 0,085                 | -0,181  | -3,301 | 0,001 |
|               | Sosyotropi Puanı          | 0,062                                | 0,021                 | 0,183   | 2,944  | 0,004 |
| $R^2 = 0,175$ |                           | $F_{(4,283)} = 15,004$ ; $p = 0,000$ |                       |         |        |       |

Evli katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $t(31) = 0,782$ ;  $p > 0,05$ ), Kontrol Edilemezlik puanına ait eğim parametresinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $t(31) = 2,588$ ;  $p < 0,05$ ). F testi sonucuna göre modelin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(1,31) = 6,699$ ;  $p < 0,05$ ) ve belirlilik katsayısının 0,178 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre evli katılımcıların Somatizasyon puanlarının yaklaşık %18'i Kontrol Edilemezlik puanları tarafından açıklanmaktadır. Buna göre diğer

puanlar sabit tutulduğunda Kontrol Edilemezlik puanındaki 1 birimlik artış Somatizasyon puanını 0,472 birim artıracaktır.

Bekar katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $t(283) = 1,749$ ;  $p > 0,05$ ), Duygulara Karşı Zayıflık ( $t(283) = 2,625$ ;  $p < 0,01$ ), Akılcılık İsteği ( $t(283) = 3,891$ ;  $p < 0,001$ ), Hisleri Kabullenme ( $t(283) = -3,301$ ;  $p < 0,01$ ) ve Sosyotropi ( $t(283) = 2,944$ ;  $p < 0,01$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(4,283) = 15,004$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,175 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre bekar katılımcıların Somatizasyon puanlarının yaklaşık %18'i Duygulara Karşı Zayıflık, Akılcılık İsteği, Hisleri Kabullenme ve Sosyotropi puanları tarafından açıklanmaktadır. Buna göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını, Duygulara Karşı Zayıflık puanında 1 birimlik artış 0,212 birim, Akılcılık İsteği puanında 1 birimlik artış 0,328 birim, Sosyotropi puanında 1 birimlik artış 0,062 birim artıracak; Hisleri Kabullenme puanında 1 birimlik artış 0,282 birim azaltacaktır (Tablo 7).

**Tablo 8. Ekonomik Duruma Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Ekonomik Durum | Bağımsız Değişken                    | B      | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|----------------|--------------------------------------|--------|-----------------------|---------|--------|-------|
| Kötü ve Orta   | Sabit                                | 8,064  | 3,134                 |         | 2,573  | 0,011 |
|                | Kontrol Edilemezlik Puanı            | 0,126  | 0,060                 | 0,139   | 2,106  | 0,036 |
|                | Hisleri Kabullenme Puanı             | -0,283 | 0,094                 | -0,184  | -3,021 | 0,003 |
|                | Akılcılık İsteği Puanı               | 0,280  | 0,092                 | 0,183   | 3,046  | 0,003 |
|                | Sosyotropi Puanı                     | 0,056  | 0,022                 | 0,161   | 2,531  | 0,012 |
| $R^2 = 0,149$  | $F_{(4,258)} = 11,259$ ; $p = 0,000$ |        |                       |         |        |       |
| İyi            | Sabit                                | -2,665 | 2,570                 |         | -1,037 | 0,304 |
|                | Sosyotropi Puanı                     | 0,194  | 0,037                 | 0,569   | 5,184  | 0,000 |
| $R^2 = 0,324$  | $F_{(1,56)} = 26,869$ ; $p = 0,000$  |        |                       |         |        |       |

Ekonomik durumunu kötü veya orta olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla

yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(258) = 2,573$ ;  $p < 0,05$ ), Kontrol Edilemezlik ( $t(258) = 2,106$ ;  $p < 0,05$ ), Hisleri Kabullenme ( $t(258) = -3,021$ ;  $p < 0,01$ ), Akılcılık İsteği ( $t(258) = 3,046$ ;  $p < 0,01$ ) ve Sosyotropi ( $t(258) = 2,531$ ;  $p < 0,05$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı ( $F(4,258) = 11,259$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının  $0,149$  olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre ekonomik durumu kötü veya orta olan katılımcılar için Somatizasyon puanının yaklaşık %15'i Kontrol Edilemezlik, Hisleri Kabullenme, Akılcılık İsteği ve Sosyotropi puanları tarafından açıklanmaktadır. Buna göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını, Kontrol Edilemezlik puanındaki 1 birimlik artış  $0,126$  birim, Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış  $0,280$  birim, Sosyotropi puanındaki 1 birimlik artış  $0,056$  birim artıracak iken Hisleri Kabullenme puanındaki 1 birimlik artış  $0,283$  birim azaltacaktır.

Ekonomik durumunu iyi olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $t(56) = -1,037$ ;  $p > 0,05$ ) Sosyotropi puanına ait eğim parametresinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $t(56) = 5,184$ ;  $p < 0,001$ ). F testi sonucuna göre modelin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(1,56) = 26,869$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının  $0,324$  olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre ekonomik durumunu iyi olarak belirten katılımcıların Somatizasyon puanının %32'si Sosyotropi puanı tarafından açıklanmaktadır. Buna göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Sosyotropi puanındaki 1 birimlik artış Somatizasyon puanını  $0,194$  birim artıracaktır (Tablo 8).

**Tablo 9. Birlikte Yaşanılan Kişilere Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Birlikte Yaşanılan Kişiler | Bağımsız Değişken         | B  | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|----------------------------|---------------------------|--|-----------------------|---------|--------|-------|
| Arkadaş/lar                | Sabit                     | 6,091                                    | 2,287                 |         | 2,663  | 0,010 |
|                            | Kontrol Edilemezlik Puanı | 0,319                                    | 0,103                 | 0,393   | 3,086  | 0,003 |
| R <sup>2</sup> = 0,155     |                           | F <sub>(1,52)</sub> = 9,523; p = 0,003   |                       |         |        |       |
| Aile/Akraba                | Sabit                     | 1,912                                    | 3,341                 |         | 0,572  | 0,568 |
|                            | Akılcılık İsteği Puanı    | 0,435                                    | 0,096                 | 0,262   | 4,534  | 0,000 |
|                            | Sosyotropi Puanı          | 0,074                                    | 0,023                 | 0,209   | 3,217  | 0,001 |
|                            | Hisleri Kabullenme Puanı  | -0,238                                   | 0,095                 | -0,147  | -2,508 | 0,013 |
|                            | Zayıflık Puanı            | 0,203                                    | 0,086                 | 0,155   | 2,358  | 0,019 |
| R <sup>2</sup> = 0,198     |                           | F <sub>(4,246)</sub> = 15,193; p = 0,000 |                       |         |        |       |

Somatizasyon puanlarının yordanması için yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda yalnız kategorisi için model kurulamamış, regresyon modelleri arkadaş/lar ve aile/akraba kategorileri için elde edilmiştir. Buna göre birlikte yaşadıkları kişileri arkadaş/lar olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(52) = 2,663$ ;  $p < 0,05$ ) ve Kontrol Edilemezlik ( $t(52) = 3,086$ ;  $p < 0,01$ ) puanına ait eğim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(1,52) = 9,523$ ;  $p < 0,01$ ) ve belirlilik katsayısının 0,155 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre birlikte yaşadıkları kişileri arkadaş/lar olarak belirten katılımcıların Somatizasyon puanlarının yaklaşık %16'sı Kontrol Edilemezlik puanı tarafından açıklanmaktadır. Buna göre diğer parametreler sabit tutulduğunda Kontrol Edilemezlik puanındaki 1 birimlik artış Somatizasyon puanını 0,319 birim artıracaktır.

Birlikte yaşadıkları kişileri aile/akraba olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(246) = 0,572$ ;  $p > 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; Akılcılık İsteği ( $t(246) =$

4,534 ;  $p < 0,001$ ), Sosyotropi ( $t(246) = 3,217$ ;  $p < 0,01$ ), Hisleri kabullenme ( $t(246) = -2,508$ ;  $p < 0,05$ ) ve Duygulara Karşı Zayıflık ( $t(246) = 2,358$ ;  $p < 0,05$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(4,246) = 15,193$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,198 olduğu görülmektedir. Buna göre birlikte yaşadıkları kişileri aile/akraba olarak belirten katılımcılarda Somatizasyon puanlarının yaklaşık %20'si Akılcılık İsteği, Sosyotropi, Hisleri Kabullenme ve Duygulara Karşı Zayıflık puanları tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuca göre diğer parametreler sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını; Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış 0,435 birim, Sosyotropi puanındaki 1 birimlik artış 0,074 birim, Duygulara Karşı Zayıflık puanındaki 1 birimlik artış 0,203 birim artıracak iken Hisleri Kabullenme puanındaki 1 birimlik artış 0,238 birim azaltacaktır (Tablo 9).

**Tablo 10. En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimine Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Yerleşim Birimi     | Bağımsız Değişken                    | B      | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|---------------------|--------------------------------------|--------|-----------------------|---------|--------|-------|
| Köy/Kasaba/<br>İlçe | Sabit                                | 6,217  | 2,666                 |         | 2,332  | 0,023 |
|                     | Farklılık Puanı                      | 0,420  | 0,155                 | 0,317   | 2,720  | 0,008 |
| $R^2 = 0,101$       | $F_{(1,66)} = 7,397$ ; $p = 0,008$   |        |                       |         |        |       |
| Şehir               | Sabit                                | -2,142 | 2,528                 |         | -0,847 | 0,399 |
|                     | Zayıflık Puanı                       | 0,404  | 0,106                 | 0,347   | 3,796  | 0,000 |
|                     | Akılcılık İsteği Puanı               | 0,391  | 0,117                 | 0,304   | 3,335  | 0,001 |
| $R^2 = 0,230$       | $F_{(2,93)} = 13,910$ ; $p = 0,000$  |        |                       |         |        |       |
| Büyükşehir          | Sabit                                | 4,616  | 1,413                 |         | 3,266  | 0,001 |
|                     | Kontrol Edilemezlik Puanı            | 0,358  | 0,070                 | 0,382   | 5,149  | 0,000 |
| $R^2 = 0,146$       | $F_{(1,155)} = 26,514$ ; $p = 0,000$ |        |                       |         |        |       |

En uzun süre yaşadıkları yerleşim birimini köy/kasaba veya ilçe olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(66) = 2,332$ ;  $p < 0,05$ ) ve Farklılık puanına ait eğim parametresinin ( $t(66) = 2,720$ ;  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre model istatistiksel olarak anlamlı ( $F(1,66) = 7,397$ ;  $p < 0,01$ ) ve belirlilik katsayısı 0,101 elde edilmiştir. Buna göre en uzun süre yaşadıkları yerleşim



birimini köy/kasaba veya ilçe olarak belirten katılımcıların Somatizasyon puanlarının %10'u Farklılık puanı tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Farklılık puanındaki 1 birimlik artış Somatizasyon puanını 0,420 birim artıracaktır.

En uzun süre yaşadıkları yerleşim birimini şehir olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $t(93) = -0,847; p > 0,05$ ), Duygulara Karşı Zayıflık ( $t(93) = 3,796; p < 0,001$ ) ve Akılcılık İsteği ( $t(93) = 3,335; p < 0,01$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin geneli istatistiksel olarak anlamlı ( $F(2,93) = 13,910; p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısı 0,230'dur. Buna göre en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimini şehir olarak belirten katılımcıların Somatizasyon puanlarının %23'ü Duygulara Karşı Zayıflık ve Akılcılık İsteği puanları tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını, Duygulara Karşı Zayıflık puanındaki 1 birimlik artış 0,404 birim, Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış 0,391 birim artıracaktır.

En uzun süre yaşadıkları yerleşim birimini büyükşehir olarak belirten katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(155) = 3,266; p < 0,01$ ) ve Kontrol Edilemezlik puanına ait eğim parametresinin ( $t(155) = 5,149; p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(1,155) = 26,514; p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,146 olduğu görülmektedir. Buna göre en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimini büyükşehir olarak belirten katılımcıların Somatizasyon puanlarının yaklaşık %15'i Kontrol Edilemezlik puanları tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre diğer parametreler sabit tutulduğunda Kontrol Edilemezlik puanındaki 1 birimlik artış Somatizasyon puanını 0,358 birim artıracaktır (Tablo 10).

**Tablo 11. Ailedeki Kronik Hastalık Varlığına Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Ailede KH Varlığı      | Bağımsız Değişken        | B  | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|------------------------|--------------------------|--|-----------------------|---------|--------|-------|
| Evet                   | Sabit                    | 17,299                                   | 1,566                 |         | 11,047 | 0,000 |
|                        | Anlaşılabilirlik Puanı   | -0,493                                   | 0,151                 | -0,290  | -3,272 | 0,001 |
| R <sup>2</sup> = 0,084 |                          | F <sub>(1,117)</sub> = 10,709; p = 0,001 |                       |         |        |       |
| Hayır                  | Sabit                    | 1,119                                    | 3,489                 |         | 0,321  | 0,749 |
|                        | Zayıflık Puanı           | 0,252                                    | 0,099                 | 0,194   | 2,556  | 0,011 |
|                        | Akılcılık İsteği Puanı   | 0,405                                    | 0,100                 | 0,258   | 4,050  | 0,000 |
|                        | Sosyotropi Puanı         | 0,076                                    | 0,025                 | 0,226   | 3,044  | 0,003 |
|                        | Hisleri Kabullenme Puanı | -0,246                                   | 0,099                 | -0,163  | -2,492 | 0,014 |
| R <sup>2</sup> = 0,235 |                          | F <sub>(4,197)</sub> = 15,116; p = 0,000 |                       |         |        |       |

Ailesinde kronik hastalığa sahip biri olan katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(117) = 11,047$ ;  $p < 0,001$ ) ve Anlaşılabilirlik puanına ait eğim parametresinin ( $t(117) = -3,272$ ;  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre model istatistiksel olarak anlamlı ( $F(1,117) = 10,709$ ;  $p < 0,01$ ) ve belirlilik katsayısının 0,084 olduğu görülmektedir. Buna göre ailesinde kronik rahatsızlığa sahip biri olan katılımcıların Somatizasyon puanlarının %8'i Anlaşılabilirlik puanı tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Anlaşılabilirlik puanındaki 1 birimlik artış Somatizasyon puanını 0,493 birim azaltacaktır.

Ailesinde kronik hastalığa sahip biri olmayan katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $t(197) = 0,321$ ;  $p > 0,05$ ), Duygulara Karşı Zayıflık ( $t(197) = 2,556$ ;  $p < 0,05$ ), Akılcılık İsteği ( $t(197) = 4,050$ ;  $p < 0,001$ ), Sosyotropi ( $t(197) = 3,044$ ;  $p < 0,01$ ) ve Hisleri Kabullenme ( $t(197) = -2,492$ ;  $p < 0,05$ ) puanlarına ait eğim parametrelerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı ( $F(4,197) = 15,116$ ;  $p <$

0,001) ve belirlilik katsayısının 0,235 olduğu görülmektedir. Buna göre ailesinde kronik hastalığa sahip biri olmayan katılımcılar için Somatizasyon puanlarının yaklaşık %24'ü Duygulara Karşı Zayıflık, Akılcılık İsteği, Sosyotropi ve Hisleri Kabullenme puanları tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını, Duygulara Karşı Zayıflık puanındaki 1 birimlik artış 0,252 birim, Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış 0,405 birim, Sosyotropi puanındaki 1 birimlik artış 0,076 birim artıracak iken Hisleri Kabullenme puanındaki 1 birimlik artış 0,246 birim azaltacaktır (Tablo 11).

**Tablo 12. Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Psikolojik Yardım Alma | Bağımsız Değişken         | B  | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|------------------------|---------------------------|--|-----------------------|---------|--------|-------|
| Evet                   | Sabit                     | 3,766                                    | 1,751                 |         | 2,151  | 0,034 |
|                        | Kontrol Edilemezlik Puanı | 0,469                                    | 0,082                 | 0,538   | 5,744  | 0,000 |
| R <sup>2</sup> = 0,289 |                           | F <sub>(1,81)</sub> = 32,999; p = 0,000  |                       |         |        |       |
| Hayır                  | Sabit                     | 5,340                                    | 3,150                 |         | 1,696  | 0,091 |
|                        | Zayıflık Puanı            | 0,182                                    | 0,091                 | 0,136   | 2,005  | 0,046 |
|                        | Akılcılık İsteği Puanı    | 0,354                                    | 0,097                 | 0,223   | 3,652  | 0,000 |
|                        | Hisleri Kabullenme Puanı  | -0,278                                   | 0,091                 | -0,186  | -3,044 | 0,003 |
|                        | Sosyotropi Puanı          | 0,053                                    | 0,024                 | 0,149   | 2,221  | 0,027 |
| R <sup>2</sup> = 0,153 |                           | F <sub>(4,233)</sub> = 10,548; p = 0,000 |                       |         |        |       |

Daha önce psikolojik yardım alan veya almakta olan katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin (t(81) = 2,151; p < 0,05) ve Kontrol Edilemezlik puanına ait eğim parametresinin (t(81) = 5,744; p < 0,001) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı (F(1,81) = 32,999; p < 0,001) ve belirlilik katsayısının 0,289 olduğu görülmektedir. Buna göre daha önce psikolojik yardım alan veya almakta olan katılımcıların Somatizasyon puanlarının yaklaşık %29'u Kontrol Edilemezlik puanı tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre diğer puanlar sabit tutulduğunda, Kontrol Edilemezlik puanındaki 1 birimlik artış Somatizasyon puanını 0,469 birim artıracaktır.

Daha önce psikolojik yardım almayan katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(233) = 1,696$ ;  $p > 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, Duygulara Karşı Zayıflık ( $t(233) = 2,005$ ;  $p < 0,05$ ), Akılcılık İsteği ( $t(233) = 3,652$ ;  $p < 0,001$ ), Hisleri Kabullenme ( $t(233) = -3,044$ ;  $p < 0,01$ ) ve Sosyotropi ( $t(233) = 2,221$ ;  $p < 0,05$ ) puanlarına ait eğitim parametrelerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı ( $F(4,233) = 10,548$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,153 olduğu görülmektedir. Buna göre daha önce psikolojik yardım almayan katılımcıların Somatizasyon puanlarının %15'i Duygulara Karşı Zayıflık, Akılcılık İsteği, Hisleri Kabullenme ve Sosyotropi puanları tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını; Duygulara Karşı Zayıflık puanındaki 1 birimlik artış 0,182 birim, Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış 0,354 birim, Sosyotropi puanındaki 1 birimlik artış 0,053 birim artıracak iken Hisleri Kabullenme puanındaki 1 birimlik artış 0,278 birim azaltacaktır (Tablo 12).

**Tablo 13. Psikolojik Yardım Gereksinimine Göre Somatizasyon Puanlarının Sosyotropi-Otonomi Puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Puanları Tarafından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

| Psikolojik Yardım Gereksinimi | Bağımsız Değişken                    | B      | B'nin Standart Hatası | $\beta$ | t      | p     |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------|-----------------------|---------|--------|-------|
| Evet                          | Sabit                                | 11,079 | 4,290                 |         | 2,583  | 0,011 |
|                               | Farklılık Puanı                      | 0,287  | 0,118                 | 0,193   | 2,439  | 0,016 |
|                               | Akılcılık İsteği Puanı               | 0,340  | 0,119                 | 0,213   | 2,866  | 0,005 |
|                               | Hisleri Kabullenme Puanı             | -0,338 | 0,133                 | -0,197  | -2,544 | 0,012 |
| $R^2 = 0,182$                 | $F_{(3,158)} = 11,715$ ; $p = 0,000$ |        |                       |         |        |       |
| Hayır                         | Sabit                                | 0,466  | 2,213                 |         | 0,210  | 0,834 |
|                               | Sosyotropi Puanı                     | 0,084  | 0,022                 | 0,293   | 3,875  | 0,000 |
|                               | Akılcılık İsteği Puanı               | 0,282  | 0,107                 | 0,200   | 2,648  | 0,009 |
| $R^2 = 0,116$                 | $F_{(2,156)} = 10,186$ ; $p = 0,000$ |        |                       |         |        |       |

Psikolojik yardım gereksinimi duyan katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ( $t(158) = 2,583$ ;  $p < 0,05$ ) ve

Farklılık ( $t(158) = 2,439$ ;  $p < 0,05$ ), Akılcılık İsteği ( $t(158) = 2,866$ ;  $p < 0,01$ ), Hisleri Kabullenme ( $t(158) = -2,544$ ;  $p < 0,05$ ) puanlarına ait eğitim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin geneli istatistiksel olarak anlamlı ( $F(3,158) = 11,715$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısı 0,182 olarak elde edilmiştir. Buna göre psikolojik yardım gereksinimi duyan katılımcıların Somatizasyon puanlarının %18'i Farklılık, Akılcılık İsteği ve Hisleri Kabullenme puanları tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını; Farklılık puanındaki 1 birimlik artış 0,287 birim, Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış 0,340 birim artıracak iken Hisleri Kabullenme puanındaki 1 birimlik artış 0,338 birim azaltacaktır.

Psikolojik yardım gereksinimi duymayan katılımcılar için Sosyotropi-Otonomi Ölçeği alt ölçek puanları ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği alt boyut puanlarının Somatizasyon puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $t(156) = 0,210$ ;  $p > 0,05$ ), Sosyotropi ( $t(156) = 3,875$ ;  $p < 0,001$ ) ve Akılcılık İsteği ( $t(156) = 2,648$ ;  $p < 0,01$ ) puanlarına ait eğitim parametrelerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. F testi sonucuna göre modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı ( $F(2,156) = 10,186$ ;  $p < 0,001$ ) ve belirlilik katsayısının 0,116 olduğu görülmektedir. Buna göre psikolojik yardım gereksinimi duymayan katılımcıların Somatizasyon puanlarının yaklaşık %12'si Sosyotropi ve Akılcılık İsteği puanları tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre diğer puanlar sabit tutulduğunda Somatizasyon puanını; Sosyotropi puanındaki 1 birimlik artış 0,084 birim, Akılcılık İsteği puanındaki 1 birimlik artış 0,282 birim artıracaktır (Tablo 13).

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4. TARTIŞMA

Somatizasyonun gelişiminde ve sürdürülmesinde etkili olduğu düşünülen kişilik özellikleri ve duygulara yönelik inançların, beliren yetişkin örnekleme için somatizasyon üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yürütülen araştırma sonuçları bu bölümde yorumlanacaktır. Söz konusu kişilik boyutları ve duygusal şemaların somatizasyon üzerinde birlikte nasıl etki ettiğinin ilk kez incelendiği bu araştırmanın, somatizasyonun değerlendirilmesi ve tedavisinde odaklanılan alanları genişletebileceği düşünülmektedir. Araştırmada ayrıca çeşitli demografik gruplar için söz konusu değişkenlerin somatizasyon üzerindeki etkilerinin incelenmesinin teorik ve klinik açıdan fayda sağlayacağı beklenmektedir.

Somatizasyon ile sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve çeşitli duygusal şemaların ilişkisi korelasyon analizi ile incelenmiştir. Greenberg ve Bornstein'e (1988) göre kişilerarası bağımlılık eğilimi gösteren bireylerin sıkıntılarını bedensel yakınmalar yoluyla aktarmaları daha olasıdır. Bundan hareketle beklenildiği gibi otonomi kişilik boyutu ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, sosyotropi boyutunun somatizasyonla pozitif şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Bu sonuç ayrıca üniversite öğrencileriyle yürütülen bir tez çalışmasının sonuçlarıyla tutarlıdır. Bu çalışmada sosyotropi kişilik özelliği ile somatizasyon arasında zayıf ancak pozitif bir ilişki gözlenmiştir (Balık, 2017). Sosyotropide olduğu gibi otonominin yüksek düzeyleri de bazı yazarlar tarafından depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmiştir (Alford ve Gerrity, 1995; Beck, 1983; Clark ve ark., 1992; Clark ve Beck, 1991; Clark ve Qates, 1995; Connor-Smith ve Compas, 2002; Fistikci ve ark., 2015; Fresco ve ark., 2001; Robins ve ark., 1989; Sato ve ark., 2004). Buna göre depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu düşünülen somatizasyonun otonomi ile de bağlantılı olduğu beklenilebilir fakat sonuçlar bu durumu desteklememektedir. Bu sonuçlara göre sosyal kaynaklara yönelik duyarlılığın artması somatizasyonun

oluşumu için bir risk faktörü olarak görülebilir. Onay ve destek için sosyal kaynaklara ihtiyaç duyma, başkalarını memnun etme, reddedilmekten kaçınma ve benlik imajını sosyal destek ve kaynaklara bağlama gibi sosyotropiyi tanımlayan niteliklere yönelik eğilimlerin artması somatizasyonu da artırmaktadır. Ancak özerklikle bağlantılı olan hedef yönelimlilik, kişisel başarı, yalnızlıktan hoşlanma gibi eğilimlerle somatizasyon arasında doğrusal bir ilişki bulunamamıştır. Tüm örneklem için somatizasyon ve duygusal şema boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde ise duyguları zararlı olarak görme, suçluluk, uzlaşma ve duygulardan kaçınma boyutları dışındaki tüm duygusal şema boyutlarının somatizasyonla ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre duygulara yönelik inanç ve tutumların tamamının somatizasyonla ilişkili olduğu söylenemeyebilir. Duygusal şema boyutlarına ilişkin yorumlar devam eden kısımda sunulmaktadır.

Katılımcıların somatizasyon puanlarının yordanması için yapılan regresyon analizi sonucunda sosyotropi ile birlikte kontrol edilemezlik, akılcılık isteği ve hisleri kabullenme duygusal şemalarının somatizasyon üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Bu değişkenler birlikte somatizasyonun yaklaşık %18'ini açıklamaktadır. Beklenildiği üzere sosyotropi kişilik boyutunun somatizasyon üzerinde bir etkisinin olduğu görülmüştür. Buna göre başkalarını memnun etme, benlik imajını korumak için diğerlerinin onay ve desteğine ihtiyaç duyma gibi niteliklerle ilişkili olan sosyotropinin somatizasyon için bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Bu bulgu somatizasyonu açıklayan diğer etiyolojik faktörlerle de uyumludur. Örneğin sosyal öğrenme kuramına göre ebeveynlerinin koşullu ilgi sağladığı çocuk yetişkinlik döneminde somatizasyon geliştirebilmekte, baş etme stratejisi ve kişilerarası yakınlık kurma aracı olarak somatizasyonu kullanabilmektedir (Stuart ve Noyes, 1999). Bunun yanı sıra kişilerarası bağımlılık eğilimi gösteren kişilerin sıkıntıları çoğunlukla somatik ifadeler kullanarak aktardıkları bulunmuştur (Greenberg ve Bornstein, 1988). Dolayısıyla bağımlılık eğilimi gösteren beliren yetişkinlerde somatizasyon bir iletişim kurma biçimi olarak kullanılıyor olabilir. Ayrıca duygusal sıkıntıların sözel yollarla aktarılamaması durumunda problemler bedensel yakınmalarla ifade edilebilir. Nitekim, bireyler sosyal kaynaklarına zarar verme konusundaki endişeleri dolayısıyla duygusal sıkıntılarını sözel olarak ifade

edemedikleri için somatizasyon eğilimi gösteriyor olabilirler. Bunun yanı sıra erken dönemde bedensel yakınmaları aracılığıyla ihtiyaçlarını karşılamayı öğrenen sosyotropik birey için somatizasyon bir iletişim biçimi haline almış olabilir.

Somatizasyona etki eden duygusal şemalar incelenmiş ve sonuçların önceki araştırmalarla benzerlik göstermekle birlikte bazı noktalarda ayrıldığı görülmüştür. Örneğin Rus tıp öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada somatizasyon için en yaygın şemaların ruminasyon, kontrol, suçluluk ve anlaşılabilirlik olduğu bulunmuştur (Sirota ve ark, 2017). Mevcut çalışmada da somatizasyonu etkilediği görülen kontrol edilemezlik şeması düşmanlık, kaygı, kıskançlık, öfke gibi hoş olmayan duyguların kontrol edilemeyeceği inancını yansıtır. Dolayısıyla, bireyin kontrol edilemeyeceğini düşündüğü bu duygularını engellemesi sonucunda, bastırılan duygular somatizasyonla kendini gösteriyor olabilir. Bununla birlikte bu duygusal şema somatizasyonun anksiyete ile ilişkisine de bağlanabilir. Anksiyete kişi için üzerinde kişinin kontrolünün olmadığı bir durum olarak görülüyor olabilir. Öyle ki, kişi kaygılarını kontrol etmeye çalıştıkça rahatsız edici duyguların daha fazla yoğunlaştığını fark edecek ve duyguları üzerinde kontrolünün olmadığını düşünecektir. Bununla birlikte kontrol konusunda kaygıları olan bireyler için fiziksel sağlık üzerindeki kontrolü kaybetmek tehdit kaynağı olarak görülebilir (Beck ve Emery, 1895). Dolayısıyla önemsiz bedensel yakınmalar kontrolün kaybedildiği düşüncesini ortaya çıkarabildiği gibi bu duygu üzerindeki kontrolün kaybedildiği inancı anksiyetenin sebep olduğu bedensel semptomların abartılarak algılanmasına da yol açabilir. Bu durum bazı yazarların da desteklediği gibi somatizasyonun aslında anksiyetenin bedensel bir görünümü olduğu teorisi ile de tutarlıdır.

Somatizasyonu yordayan diğer duygusal şemaların akılcılık isteği ve hisleri kabullenme olduğu görülmektedir. Temelde bu iki duygusal şemanın bağlantılı olduğu da söylenebilir. Öyle ki, rasyonelliğe vurgu yaparak duygusallığa karşıt olunması duyguları kabullenmeme veya onları engelleme ile ilintilidir. Hislerini kabullenmede isteksiz davranan ve rasyonelliğe aşırı vurgu yapan bir birey, duygusal sıkıntılarını engelleme yolunu seçeceğinden, somatizasyonun gelişimi için elverişli bir durumda olacaktır. Bu durum duyguların bastırılması ve inkârı sebebiyle gelişen somatizasyon olgusu ile tutarlıdır (Kellner, 1990). Akılcılık isteği duygusal



şemasının rasyonelleştirme, entelektüalizasyon süreçleri tarafından açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu süreçler somatizasyonla en çok ilişkilendirilen duygu izolasyonunun görülme biçimleridir (Abbass, 2005). Yani birey hislerini kabullenme yolunu seçmektense onları engellemekte veya inkâr etmekte, belki de duygusal acıdan kaçınmak için rasyonelleştirmeyi kullanmaktadır. Aynı çerçevede bu kişiler için mantıklı ve rasyonel biri olmak güçlülükle, duygusallık ise zayıflık ile ilişkilendiriliyor olabilir.

Analiz sonucunda erkek ve kadın katılımcılar için somatizasyonu yordayan değişkenlerin birbirinden farklı olduğu görülmüştür. Kadın katılımcılar için somatizasyon, yukarıda söz edilen değişkenlerden sosyotropi, hisleri kabullenme ve akılcılık isteğinin yanı sıra farklılık ve suçluluk duygusal şemaları tarafından açıklanırken; erkek katılımcılar için somatizasyonun yaklaşık %20'si anlaşılabilirlik ve akılcılık isteği tarafından açıklanmaktadır. Somatizasyonun iki cinsiyet için bu değişkenlerle açıklanması toplumsal cinsiyet kabulleri dolayısıyla olabilir. Öyle ki geleneksel toplumda kadınlara yüklenen sosyal niteliklerin daha belirgin ve genel olduğu söylenebilir. Dolayısıyla sosyotropinin yanı sıra farklılık duygusal şemasının kadınlardaki somatizasyonu açıklaması şaşırtıcı değildir. Buna göre duygularının diğer kişilerin duygularından farklı olduğu inancına sahip beliren yetişkin kadınlar somatizasyona daha yatkın olabilir. Toplumsal olarak taşınması gereken vasıfların daha net şekilde belirlendiği kadın popülasyonu için bu topluluktan sıyrılmak duygusal bir sıkıntıya sebep oluyor olabilir. Ancak bu varsayımın kesinleşmesi için toplumsal cinsiyet rolleri ve duygusal şema ilişkisi hakkında araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Söz konusu duygusal şemaların yanı sıra suçluluk duygusal şemasının da kadın katılımcılardaki somatizasyonu açıkladığı görülmüştür. Ancak şaşırtıcı şekilde suçluluğun azalması sonucunda somatizasyonun arttığı görülmektedir. Literatürde suçluluk ve utancın somatizasyon ile pozitif bir ilişki içinde olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi (Gerdan ve Kurt, 2020) somatizasyonla suçluluk arasında anlamlı bir ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Pineles ve ark, 2006). Pineles ve arkadaşları (2006) tarafından yürütülen bir çalışma sonucunda semptomlar ile suçluluk arasındaki ilişkinin utanç ile açıklanabileceği bulunmuştur. Ancak bu çalışmada suçluluk genel bir eğilim olarak

ölçülmüştür. Mevcut araştırmadaki sonuçlar ise duygulara yönelik suçlulukla ilişkilidir. Rus öğrenci örneklemleri ile yürütölen bir çalışmada ise duygulara yönelik suçluluğun somatizasyonu pozitif şekilde yordadığı bulunmuştur (Sirota ve ark., 2017). Mevcut araştırmanın bu sonuçla tutarlı olmaması kültür, örneklem ve yöntem farklılıkları ile izah edilebilir.

Erkek beliren yetişkinler için somatizasyonu açıklayan değişkenler, anlaşılabilirlik ve akılcılık isteği duygusal şemalarıdır. Bu sonuç da kadınlarda olduğu gibi toplumsal cinsiyet kabulleri ile ilişkilendirilebilir. Toplumsal kabullere göre mantıklı, sağduyulu, analitik ve rasyonel olma zorunluluğu duyan erkek birey, duygusal olmayı zayıflıkla ilişkilendirip rasyonelliğe daha fazla vurgu yapıyor olabilir. Bunun tam tersi nitelikler kadınlara yüklendiğinden duygusallık erkekligi tehdit eden bir faktör olarak da görünüyor olabilir. Dolayısıyla bu kabullere sahip bir toplumda erkek bireyin duygularını ifade etme konusunda ön kabuller geliştirmiş olması olasıdır. Bununla birlikte anlaşılabilirlik boyutu kişinin kendi duygularını anlaması ve anlamlandırması ile ilintilidir. Dolayısıyla bu boyutun aleksitimi ile yakından ilişkili olduğu söylenebilir. Aleksitimik bireylerin psikolojik sıkıntılarını ifade edememeleri sebebiyle bedensel semptomlar geliştirdiklerinden daha önce söz edilmişti. Bu durumda toplumsal veya kültürel kabuller sebebiyle duygusal gelişimine yatırım yapamamış olan erkek beliren yetişkinlerin, duygularını anlamakta ve ifade etmekte zorluk yaşayacağı söylenebilir. Aynı şekilde akılcılık isteği sebebiyle duygularını izole edip rasyonelliğe vurgu yapan birey, duygularını sözel yollarla ifade etmeme yolunu seçebildiğinden, psikolojik sıkıntılar bedensel yollarla kendini gösterebilir.

Somatizasyonu yordayan değişkenlerin eğitim düzeylerine göre nasıl ve ne derece farklılaştığını görmek için yapılan analiz sonucunda eğitim düzeyini lise olarak belirten beliren yetişkinler için somatizasyonun yalnızca anlaşılabilirlik duygusal şeması tarafından yordandığı görölmüştür. Buna göre eğitim düzeyi diğer katılımcılara göre daha düşük olan beliren yetişkinlerin duygularını anlamlandırmakta zorluk yaşadığı, bu durumun da bu grupta somatizasyonu açıklayan bir durum olduğu düşünölmektedir. Anlaşılabilirlik duygusal şemasının aleksitimi ile ilişkilendirilebileceğinden bahsedilmiştir. Aleksitimi ile eğitim düzeyi

arasındaki negatif ilişki çeşitli araştırmalar tarafından da kanıtlanmıştır (Kauhanen ve ark., 1993; Lane ve ark, 1998). Bu araştırmaların sonuçlarına göre eğitim düzeyi veya eğitim alınan süre azaldıkça aleksitimi artmaktadır. Mevcut çalışmada da görüldüğü gibi eğitim düzeyi daha düşük olan beliren yetişkinlerde somatizasyonun yordayıcısı, aleksitimi ile ilintili olan duygusal şemalardan anlaşılabilirliktir. Duygularını anlayamayan ve dolayısıyla ifade edemeyen bireyler sıkıntı aktarımının yolu olarak somatizasyonu kullanacaklardır.

Eğitim düzeyi üniversite olan beliren yetişkinlerde somatizasyonu açıklayan değişkenlerden sosyotropi, hisleri kabullenme, akılcılık isteği tüm örneklem için somatizasyonu açıklayan değişkenlerdir. Eğitim seviyesinin yükselmiş olması rasyonaliteye olan vurguyu artırmış olabilir. Bu grupta somatizasyonu açıklayan diğer değişken duygulara karşı zayıflıktır. Duygulara karşı zayıflık hisleri kabullenme ile de ilişkilendirilebilir. Olumsuz duyguların dayanılmaz olduğu inancı kişileri daha kırılğan hale getiriyor olabilir. Bu inancın yanı sıra hislerin reddedilmesi ve rasyonaliteye yapılan vurgu duyguların engellenmesine yol açabilmektedir. Dolayısıyla tüm bu inançların birlikte, somatizasyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Eğitimin yüksek lisans ve doktora düzeyine yükselmesiyle somatizasyonu açıklayan değişkenlerin azaldığı ancak açıklama derecelerinin diğer eğitim düzeylerinde olduğundan daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Bu grupta somatizasyonu açıklayan değişkenler kontrol edilemezlik duygusal şeması ve sosyotropidir. Öfke, kaygı, düşmanlık gibi olumsuz olarak nitelendirilen duyguların kontrol edilemeyeceğine duyulan inanç, somatizasyonu tetikleyen sıkıntının artmasına sebep oluyor olabilir. Tüm örneklem için somatizasyonu açıklayan bir nitelik olarak sosyotropi, eğitim düzeyi yüksek olan bu grup için daha önce bahsedilen kişilerarası bağımlılık eğilimi ve somatizasyon ilişkisiyle açıklanabileceği gibi farklı bir açıdan da izah edilebilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe toplum veya sosyal çevre tarafından beliren yetişkinlerden hedef yönelimi, başarı ve özerklik beklenirken; bireylerin bu niteliklerin tersi olarak bağımlılık eğilimleri göstermeleri bu kişilerde yüksek düzeyde kaygı oluşumuna sebep olabilir. Bununla birlikte olumsuz duyguların kontrol edilemeyeceği inancı da bu sıkıntının artmasına sebebiyet verebilir. Ancak sosyotropinin somatizasyonu

yalnızca bu grupta yordaması, bireyselleşmenin getirdiği kaygı dolayısıyla bireyin karşıt tepki geliştirerek destek için diğer kişilere yönelmesi ile de ilişkilendirilebilir. Bu durumda somatizasyon bakım ve ilgi gibi bir ikincil kazanç sağlamak için kullanılıyor olabileceği gibi psikolojik sıkıntının ifade yolu olarak da kullanılıyor olabilir.

Medeni duruma göre somatizasyonu yordayan değişkenler incelendiğinde evli beliren yetişkinlerde somatizasyonun kontrol edilemezlik; bekarlarda ise duygulara karşı zayıflık, sosyotropi, akılcılık isteği ve hisleri kabullenme değişkenleri tarafından açıklandığı görülmektedir. Bu sonuca göre olumsuz bir duygu deneyiminin ortaya çıkması halinde bu durumun birey tarafından kontrol edilemeyeceği yönündeki inancın, evli beliren yetişkinlerdeki somatizasyona neden olan psikolojik sıkıntının nedeni olabileceği tahmin edilmektedir. Öfke, kaygı, düşmanlık, kıskançlık gibi olumsuz duyguların kontrol edilemeyeceği yönündeki inanç, bu duyguların ortaya çıkmasının engellenmesi ile de sonuçlanabilir. Bu durum somatizasyonu açıklayan temel savunmalardan bastırma ile de açıklanabilir.

Ekonomik durum kategorilerine göre somatizasyonu açıklayan değişkenler incelendiğinde ekonomik durumu kötü veya orta olan beliren yetişkinlerde somatizasyon tüm örnekleme olduğu gibi kontrol edilemezlik, akılcılık isteği, hisleri kabullenme ve sosyotropi ile açıklanmıştır. Ekonomik durumunu iyi olarak belirten beliren yetişkinlerde ise somatizasyon sosyotropi tarafından oldukça yüksek bir oranla açıklanmaktadır. Somatizasyonun, kişilerarası bağımlılık eğilimi olarak da nitelendirilebilen sosyotropi tarafından açıklanması başkalarının ilgisini kazanmak için bedensel yakınmaları kullanmak gibi ikincil kazançları akla getirmektedir. Bunun yanı sıra özerklikle ilişkili niteliklere karşıt olarak benlik imajını korumak için başkalarının onay ve desteğine ihtiyaç duyma, diğerlerini memnun etme ve ayrılık kaygısı gibi niteliklerle ilişkili olan sosyotropinin bu gruptaki bireyler için stres kaynağı olabileceği de düşünülmektedir.

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre somatizasyonu yordayan değişkenler incelendiğinde, arkadaşı veya arkadaşları ile yaşayan beliren yetişkinlerin somatizasyon puanlarının yalnızca kontrol edilemezlik duygusal şeması tarafından açıklandığı görülmüştür. Ailesi veya akrabalarıyla yaşayan katılımcılar

için ise somatizasyonun duygulara karşı zayıflık, akılcılık isteği, hisleri kabullenme ve sosyotropi ile açıklandığı görülmektedir. Buna göre arkadaşlarıyla yaşayan kişilerde olumsuz duyguların kontrol edilemeyeceği inancı somatizasyonu etkiliyor görülmektedir. Bu durum ayrıca, daha önce de söz edildiği gibi anksiyete ve somatizasyon ilişkisi ile açıklanabilir. Ailesi veya akrabalarıyla yaşayan katılımcılarda olumsuz duygulara yönelik dayanıksızlık ve duyguları engelleme ile ilgili duygusal şemalar somatizasyonu yordamaktadır. Sosyotropinin aile ve akrabaları ile yaşayan katılımcılardaki somatizasyonu açıklıyor olması kişilerarası bağımlılık eğilimi ve ikincil kazançları akla getirmektedir. Aile içinde sözel iletişim engellendiğinde veya desteklenmediğinde bireyler iletişim kurma yolu olarak somatizasyon geliştirebilirler. Bununla birlikte birey belirli sorumluluklardan kaçmak veya aile üyelerinin ilgisini çekmek gibi sebeplerden dolayı somatizasyona başvuruyor olabilir.

En uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi köy, kasaba veya ilçe olan beliren yetişkinler için somatizasyon farklılık duygusal şeması tarafından açıklanmaktadır. Buna göre, söz konusu beliren yetişkinlerin duygusal deneyimlerinin etkileşimde oldukları diğer insanlarınkinden farklı olduğunu düşünmelerinin duygusal bir sıkıntı kaynağı olduğu sanılmaktadır. Küçük yerleşim birimlerinin entelektüel açıdan daha az yeterli olması dolayısıyla bazı kalıp yargıların kendini daha sık ve katı olarak göstermesi beklenebilir. Bu durum ayrıca deneyimlere açıklıkla da ilişkilendirilebilir. Sonuç olarak daha tutucu ve deneyime kapalı olan bir toplumda diğer kişilerden ayrılmak psikolojik sıkıntı nedeni sayılabilir. Dolayısıyla bireylerin aktaramadıkları olumsuz duygularını bedensel yakınmalara dönüştürdükleri söylenebilir. En uzun süre yaşadıkları yerleşim birimini şehir olarak beliren yetişkinlerde somatizasyonun yordayıcıları duygulara karşı zayıflık ve akılcılık isteği iken, en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimini büyükşehir olarak belirten katılımcılar için somatizasyon puanı değişkenlerden yalnızca kontrol edilemezlik tarafından açıklanmaktadır. Buna göre yerleşim birimi büyüdükçe olumsuz duygusal deneyime yönelik duyarlılık ve kontrol eğilimi artmaktadır. Bu durum duygusal deneyimi engellemeye yönelik bir tutumla sonuçlandığında somatizasyon ortaya çıkacaktır.

Modelleme gibi öğrenme süreçlerinin somatizasyonun gelişimine katkıda bulunduğu birçok araştırmacı ve yazar tarafından vurgulanmıştır (Benjamin ve Eminson, 1992; De Gucht ve Maes, 2006; Shapiro ve Rosenfeld, 1987; Stuart ve Noyes, 1999). Örneğin bir araştırmada yüksek düzeyde somatizasyon puanına sahip ebeveynlerin çocuklarının da yüksek somatizasyon puanlarına sahip olduğu görülmüştür (Walker ve ark., 1991). Bu doğrultuda, ailesinde kronik rahatsızlık olan ve olmayan bireylerde somatizasyonu açıklayan faktörler incelenmiştir. Buna göre ailesinde kronik hastalığı olan beliren yetişkinlerde somatizasyon anlaşılabilirlik ile açıklanırken; ailesinde kronik hastalık olmayan beliren yetişkinlerde somatizasyonu duygulara karşı zayıflık, akılcılık isteği, hisleri kabullenme duygusal şemaları ve sosyotropinin yordadığı görülmüştür. Buna göre ailesinde kronik hastalığı olan beliren yetişkinlerde somatizasyon aleksitimik nitelikler ile ilişkili olan anlaşılabilirlik ile açıklanabilmektedir. Ailelerin somatizasyon düzeyleri bilinmediğinden kesin açıklamalar yapılamasa da ailenin bütününde aleksitimik özelliklerin olabileceği tahmin edilmektedir. Bu tahmini destekler şekilde aleksitimik bireylerin aleksitimi eğilimi gösteren ailelere sahip olduklarını gösteren çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. (Kench ve Irwin, 2000; Lumley ve ark., 1996). Hastalığa sahip bu aile üyelerinin somatizasyon düzeylerinin de yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Dolayısıyla bireyin gözlemleyerek öğrendiği bir başa çıkma yöntemi olarak somatizasyon ortaya çıkabilir. Duygularını anlayamayan beliren yetişkin doğal olarak onları ifade etme konusunda da güçlük çekecektir. Bu durum duyguların sözel yollarla ifade edilememesinin bir sonucu olabileceği gibi duygusal uyarılmanın yol açtığı bedensel duyuların abartılı şekilde algılanması veya hastalık şeklinde yorumlanmasından da kaynaklanıyor olabilir (Lumley ve ark., 1996; Taylor ve ark., 1992).

Somatizasyonun ortak kabul gören tanımı duygusal ve psikososyal sıkıntıların beden yoluyla ifade edilmesi şeklindedir (Ford, 1986; Heinrich, 2004; Katon ve ark., 1984; Kirmayer, 1984; Lipowski, 1968; Mai, 2004). Her ne kadar farklı yönelimli yazarlar tarafından farklı açıklamalar yapılmış olsa da daha önce söz edildiği gibi birçok somatik semptomun psikososyal strese tepki olarak ortaya çıktığı veya psikososyal stresin bedensel yakınmaları artırdığı bulunmuştur. Bu doğrultuda

psikolojik yardım alan/almakta olan veya almamış beliren yetişkinler ile psikolojik yardım gereksinimi duyan veya duymayan beliren yetişkinlerde somatizasyonu yordayan değişkenler incelenmiştir. Buna göre psikolojik yardım alan veya almakta olan katılımcılarda somatizasyonun yaklaşık %29'unun yalnızca kontrol edilemezlik duygusal şeması tarafından açıklandığı görülmüştür. Bu sonuca göre bu kişilerde somatizasyonu açıklayan etken deneyimlenen olumsuz duyguların kontrol edilemeyeceğine duyulan inançtır. Bu durum daha önce de söz edildiği gibi anksiyete ve somatizasyon ilişkisine de bağlanabilir. Söz konusu beliren yetişkinlere psikolojik destek sağlanmasına rağmen duygusal sıkıntıların yansıması olarak görülen somatizasyonun kontrol edilemezlik duygusal şeması ile açıklanması, psikoterapide duygulara dair üst bilişsel inançlarla çalışmanın önemini göstermektedir. Kontrolün ve duyguları kontrol altında tutmanın birey için önemi ve anlamının öğrenilmesi halihazırda sıkıntı veren durumların açıklığa kavuşmasını sağlayacaktır. Dolayısıyla ekili bir psikolojik destek için kontrol ve kontrol kaybı kavramlarının çalışılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Psikolojik yardım gereksinimi duyan beliren yetişkinlerde farklılık, akılcılık isteği ve hisleri kabullenme duygusal şemalarının somatizasyonu yordadığı görülmektedir. Bu sonuca göre deneyimlenen olumsuz duyguların başkalarında olmadığı inancı duygusal bir sıkıntı kaynağı olarak görülebilir. Kişinin, öfke, düşmanlık, kaygı gibi hoş olmayan duyguların veya bu duyguların farklı biçimlerinin diğer insanlar tarafından deneyimlenmediğine inanması, bu duyguların başkaları tarafından anlaşılmayacağı inancının oluşmasına zemin hazırlayabilir. Bu durumda bireyin diğer kişilerle duygularını paylaşması zorlaştığından psikososyal sıkıntının ifade biçimi olarak somatizasyon ortaya çıkacaktır. Söz konusu diğer duygusal şemalar, hisleri kabullenme ve akılcılık isteği, yaşantısal kaçınma (Hayes ve ark., 1996) ile de ilişkilendirilebilir. Duyguları engellemeye yönelik sabit ve sürekli bu tutum ile duygusal izolasyon arasında bir bağlantı kurulabilir. Daha önce de söz edildiği gibi duygusal izolasyon somatizasyonla en sık ilişkilendirilen savunmalardandır. Rasyonelliğe vurgu yaparak duygularını engelleyen birey, duygu deneyimi ortaya çıktığında onu bastırmak için yüksek düzeyde motive olacaktır. Bunu başaramadığında ise büyük olasılıkla yüksek düzeyde kaygı ve sıkıntı

hissedecektir. Sonuç olarak olumsuz duygular ile birlikte bu duyguların engellenememesinin yarattığı kaygı gibi diğer rahatsız edici duygular döngüsel bir biçim alarak stres kaynağına dönüşecek, dolayısıyla bu da bireyi somatizasyon geliştirmeye elverişli hale getirecektir.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Somatizasyon veya bedenselleştirme birçok etiyolojik faktörün ve psikolojik mekanizmanın birlikte işleyerek oluşturduğu karmaşık bir süreçtir. Bu sebeple hiçbir faktörün somatizasyonu tek başına açıklayabileceği söylenememektedir. Yapılan analizler, somatizasyonla birlikte kişi için sıkıntı oluşturan diğer durumların psikoterapisinde duygulara yönelik üst bilişlerle çalışmanın önemini göstermektedir. Öyle ki psikolojik yardım geçmişi bulunan beliren yetişkinlerde bile tek bir duygusal şema somatizasyonu büyük oranda açıklamaktadır. Tüm örnekleme somatizasyon sosyotropi, hisleri kabullenme, akılcılık isteği ve kontrol edilemezlik ile açıklanırken; demografik gruplara göre yordayıcıların değişmesi, somatizasyonla çalışırken söz konusu grupların da dikkate alınmasını zorunlu kılmaktadır. Sosyotropinin somatizasyon üzerinde etkili olduğunun kanıtlanması kişilerarası bağımlılık eğilimlerini ve bu eğilimlerin sebep olduğu psikososyal stresi düşündürmektedir. Ayrıca bu sonuçların beliren yetişkinlerin genelini yansıtması dolayısıyla, somatizasyon deneyimleyen bireylerle çalışırken çeşitli ilişki kurma biçimleri ve farklı duygusal şemaların aynı derecede önemli olabileceği unutulmamalıdır.

Toplumun büyük bir kısmını oluşturan beliren yetişkin örnekleminde söz konusu değişkenlerin somatizasyon üzerinde nasıl ve derece etkide bulunduğu görülmesi, alan yazın için olduğu kadar gerekli önleme veya tedavi stratejilerinin uygulanması noktasında da zaruridir. Aynı doğrultuda bu sonuçların toplumun tümüne genellenemeyeceği unutulmamalıdır. Daha geniş bir örneklem ile çalışmanın çeşitli gelişim evrelerindeki bireylerde görülen somatizasyonun nedenlerinin aydınlatılması açısından önemli olduğu söylenebilir. Diğer etiyolojik faktörleri de göz önünde bulundurarak yürütülen çalışmaların somatizasyonun aydınlatılması noktasında daha fazla yarar sağlayabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca, daha önce de söz edildiği gibi mevcut araştırma örneklemini için güvenilirliklerinin yeterli olmaması sebebiyle bazı duygusal şema boyutları çalışmaya dahil edilemediğinden, ölçeğin Türkçe formunda yer alan bu boyutların veya bu boyutların altında yer alan maddelerin gözden geçirilmesinin gerekli olabileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abbass, A.** (2005). Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *The Journal of Family Practice*, 54(3), 231-243.
- Abdolmohammadi, K., Moghaddam, H. S. ve Kheyrodin, J. B.** (2015). Prediction of somatization disorder on the basis of personality traits and alexithymia. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 9(8), 32-40.
- Alford, B. A. ve Gerrity, D. M.** (1995). The specificity of sociotropy-autonomy personality dimensions to depression vs. anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 190-195. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199503\)51:2<190::aid-jclp2270510207>3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199503)51:2<190::aid-jclp2270510207>3.0.co;2-s)
- American Psychiatric Association (APA).** (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. Baskı). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA).** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Baskı). American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği.** (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (E. Köroğlu, Çev.) Hekimler Yayın Birliği.
- Arieti, S.** (1977). Psychotherapy of severe depression. *American Journal of Psychiatry*, 134(8), 864-868. <https://doi.org/10.1176/ajp.134.8.864>
- Balık, T.** (2017). *Sosyotropik ve otonomik kişilik özelliklerine sahip yetişkinlerin stresle başa çıkma tarzı ve ruhsal belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Işık Üniversitesi.
- Barsky, A. J.** (1992). Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28-34. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(92\)72018-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(92)72018-0)
- Barsky, A. J., Orav, E. J. ve Bates D. W.** (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 62(8), 903-910. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.903>.

- Barsky, A. J., Wyshak, G. ve Klerman, G. L.** (1986). Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization. *Medical Care*, 24(6), 548-560. <https://doi.org/10.1097/00005650-198606000-00009>
- Bass, C. ve Murphy, M.** (1995). Somatoform and personality disorders: Syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(4), 403-427. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00157-Z](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)00157-Z)
- Batmaz, S., Ulusoy Kaymak, S., Koçbıyık, S. ve Türkçapar, M. H.** (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1546-1555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.016>.
- Beck, A. T.** (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. Clayton, P. J. & Barnett, J. E. (Ed.). *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (s. 265-290) içinde. Raven Press.
- Beck, A. T.** (1987). Cognitive models of depression. *The Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1(1), 5-37. <https://psycnet.apa.org/record/1989-11913-001>
- Beck, A. T. ve Emery, G.** (2021). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler*. (V. Öztürk, Çev.). Litera Yayıncılık (Orijinal eserin basım tarihi 1985).
- Beck, A. T., Epstein, N. ve Harrison, R.** (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 1-16. <https://psycnet.apa.org/record/1984-15118-001>
- Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R. P. ve Emery, G.** (1983). Development of the Sociotropy Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology, Unpublished Manuscript, Philadelphia: University of Pennsylvania. <https://beckinstitute.org/wp-content/uploads/2021/06/SAS-Full-Documents.pdf>
- Beck, A.T., Freeman, A. ve Davis, D. D.** (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F. ve Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, R., Taylor, C. ve Robbins, M.** (2003). Missing home: Sociotropy and autonomy and their relationship to psychological distress and homesickness in college freshmen. *Anxiety, Stress and Coping*, 16(2), 155-166. <https://doi.org/10.1080/10615806.2003.10382970>

- Benjamin, S. ve Eminson, D. M.** (1992). Abnormal illness behavior: Childhood experiences and long-term consequences. *International Review of Psychiatry*, 4(1), 55-70. <https://doi.org/10.3109/09540269209066302>
- Bieling, P. J., Beck, A.T. ve Brown, G. K.** (2000). The sociotropy-autonomy scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 763-780. <https://doi.org/10.1023/A:1005599714224>
- Blatt, S. J.** (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29(1), 107-157. <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>
- Bornstein, R. F.** (1995). Interpersonal dependency and physical illness: the mediating roles of stress and social support. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(3), 225-243. <https://doi.org/10.1521/JSCP.1995.14.3.225>
- Bornstein, R. F.** (1998). Interpersonal dependency and physical Illness: A meta-analytic review of retrospective and prospective studies. *Journal of Research in Personality*, 32(4), 480-497. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1998.2230>
- Bornstein, R. F. ve Gold, S. H.** (2008). Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: A meta-analytic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 30(2), 154-161. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9052-2>
- Breuer, J. ve Freud, S.** (1955). Studies on hysteria (J. Strachey, Çev.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* içinde (2. Cilt, s. 1-335). The Hogarth Press. (Orijinal eserin basım tarihi 1893-1895).
- Bridges, K. W. ve Goldberg, D. P.** (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(6), 563-569. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90064-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90064-9)
- Briquet, P.** (1859). *Traite ´ clinique et the ´rapeutique de l’hyste ´rie*. Baillie ´re & Fils.
- Clark, D. A. ve Beck, A. T.** (1991). Personality factors in dysphoria: A psychometric refinement of Beck's Sociotropy-Autonomy Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13(4), 369-388. <https://doi.org/10.1007/BF00960448>
- Clark, D. A. ve Beck, A. T.** (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

- Clark, D. A., Beck, A. T. ve Brown, G. K.** (1992). Sociotropy, autonomy, and life event perceptions in dysphoric and nondysphoric individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 16(6), 635–652. <https://doi.org/10.1007/BF01175404>
- Clark, D. A. ve Oates, T.** (1995). Daily hassles, major and minor life events, and their interaction with sociotropy and autonomy. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 819–823. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00020-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00020-X)
- Connor-Smith, J. K. ve Compas, B. E.** (2002). Vulnerability to social stress: Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 39–55. <https://doi.org/10.1023/A:1013889504101>
- Craig, T. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O. ve Drake, H.** (1993). The South London somatization study I: longitudinal course and the influence of early life experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 163(5), 579–588. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.5.579>
- De Gucht, V. ve Fischler, B.** (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1–9. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.1.1>
- De Gucht, V. ve Heiser, W.** (2003). Alexithymia and somatization: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 425–434. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00467-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00467-1)
- De Gucht, V. ve Maes, S.** (2006). Explaining medically unexplained symptoms: Toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *Journal of Psychosomatic Research* 60(4) 349–352. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.021>
- Dijkstra-Kersten, S. M. A., Sitnikova, K., Van Marwijk, H. W. J., Gerritsa, M. M. J. G., Van der Wouden, J. C., Penninx, B. W. J. H., Van der Horst, H. E. ve Leone, S. S.** (2015). Somatisation as a risk factor for incident depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 614–619. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.007>
- Dongier, M.** (1983). Briquet and Briquet's syndrome viewed from France. *Can J Psychiatry*. 28(6), 422–427. <https://doi.org/10.1177/070674378302800603>
- Duer, S., Schwenk, T. L. ve Coyne, J. C.** (1988). Medical and psychosocial correlates of self-reported depressive symptoms in family practice. *The Journal of Family Practice*, 27(6), 609–614. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3199089/>

- Dülgerler, Ş.** (2000). *İlköğretim okulu öğretmenlerinde somatizasyon ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ege Üniversitesi.
- Edwards, E. R., Liu, Y., Ruiz, D., Brosowsky, N. P. ve Wupperman, P.** (2020). Maladaptive emotional schemas and emotional functioning: Evaluation of an integrated model across two independent samples. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39(7), 428-455. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00379-8>
- Edwards, E. R., Micek, A., Mottarella, K. ve Wupperman, P.** (2017). Emotion ideology mediates effects of risk factors on alexithymia development. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 35(3), 254–277. <https://doi.org/10.1007/s10942-016-0254-y>
- Edwards, E. R. ve Wupperman, P.** (2018). Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologists*, 23(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/cp.12171>
- Emerson, J., Pankratz, L., Joos, S. ve Smith, S.** (1994). Personality disorders in problematic medical patients. *Psychosomatics*, 35(5), 469-473. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(94\)71741-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(94)71741-2)
- Erfan, A., Noorbala, A. A., Afshar, H. ve Adibi, P.** (2017). Emotional schemas of patients with irritable bowel syndrome and their relationship to psychological symptoms. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 4(1), 36-45. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v4i1.78>
- Escobar, J. I., Burnam, M. A., Karno, M., Forsythe, A. ve Golding, J. M.** (1987). Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry*, 44(8), 713-718. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800200039006>
- Fink, P.** (1992). The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychological Medicine*, 22(1), 173-180. <https://doi.org/10.1017/S0033291700032827>
- Fink, P.** (1993). Admission patterns of persistent somatization patients. *General Hospital Psychiatry*, 15(4), 211–218. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(93\)90035-M](https://doi.org/10.1016/0163-8343(93)90035-M)
- Fink, P., Rosendal, M. ve Olesen, F.** (2005). Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 772-781. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01682.x>
- Fink, P., Sorensen, L., Engberg M, Holm, M. ve Munk-Jørgensen, P.** (1999). Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and

- general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40(4), 330-338. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71228-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71228-4)
- Fisch, R. Z.** (1987). Masked depression: Its interrelations with somatization, hypochondriasis, and conversion. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17(4), 367-379. <https://doi.org/10.2190/cr7j-wu5n-hc5x-2jq5>
- Fistikci, N., Keyvan, A., Gorgulu, Y., Senyuva, G., Erten, E. ve Sungur, M. Z.** (2015). Sociotropic personality traits positively correlate with the severity of social anxiety *South African Journal of Psychiatry*. 22(2), 54-56. <https://doi.org/10.7196/SAJP.550>
- Ford, C. V.** (1986). The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27(5), 327-337. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(86\)72684-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(86)72684-4)
- Fresco, D. M., Sampson, W. S., Craighead, L. W., & Koons, A. N.** (2001). The relationship of sociotropy and autonomy to symptoms of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(1), 17-31. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.15.1.17>
- Garcia-Campayo, J., Alda, M., Sobradie, N., Olivan, B. ve Pascual, A.** (2007). Personality disorders in somatization disorder patients: A controlled study in Spain. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 675-680. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.023>
- Gerdan, G. ve Kurt, M.** (2020). Üniversite öğrencilerinde somatik belirtiler, bağlanma stilleri ve suçluluk utanç duyguları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 383–393. <https://doi.org/10.18506/anemon.623369>
- Gorski, J. ve Young, M. A.** (2002). Sociotropy/autonomy, self-construal, response style, and gender in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 463-478. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00048-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00048-4)
- Gottesman, I. I.** (1962). Differential inheritance of the psychoneuroses. *Eugenics Quarterly*, 9(4), 223–227. <https://doi.org/10.1080/19485565.1962.9987528>
- Greenberg, L. S.** (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2. Baskı). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-000>
- Greenberg, L.** (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 87–93. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9011-3>

- Greenberg, R. P. ve Bornstein, R. F.** (1988). The dependent personality: I. risk for physical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 2(2), 126-135. <https://doi.org/10.1521/PEDI.1988.2.2.126>
- Greenberg, R. P. ve Fisher, S.** (1977). The relationship between willingness to adopt the sick role and attitudes toward women. *Journal of Chronic Diseases*, 30(1), 29-37. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(77\)90049-2](https://doi.org/10.1016/0021-9681(77)90049-2)
- Greenberg, R. P. ve Fisher, S.** (1980). The parent-child relationship and the development of physical symptoms. *Perceptual and Motor Skills*, 51(1), 89-90. <https://doi.org/10.2466/PMS.1980.51.1.89>
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. ve Goldberg, D. P.** (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.989>
- Hamilton, M.** (1989). Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *The British Journal of Psychiatry*, 154(2), 201-206. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.2.201>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. ve Strosahl, K.** (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayward, C. ve King, R.** (1990). Somatization and personality disorder traits in nonclinical volunteers. *Journal of Personality Disorders*, 4(4), 402-406. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.4.402>
- Heinrich, T. W.** (2004). Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. *Wisconsin Medical Journal* 103(6), 83-87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15622826/>
- Hollifield, M., Paine, S., Tuttle, L. ve Kellner, R.** (1999). Hypochondriasis, somatization, and perceived health and utilization of health care services. *Psychosomatics*, 40(5), 380-386. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71202-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71202-8)
- Hotopf, M.** (2004). Preventing somatization. *Psychological Medicine*, 34(2), 195-198. <https://doi.org/10.1017/S003329170300151X>
- Hudziak, J. J., Boffeli, T. J., Kreisman, J. J., Battaglia, M. M., Stanger, C. ve Guze, S. B.** (1996). Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse



- disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 153(12), 1598-1606. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.12.1598>
- Joormann, J. ve Stöber, J.** (1999). Somatic symptoms of generalized anxiety disorder from the DSM-IV: Associations with pathological worry and depression symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(5), 491-503. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00017-1](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00017-1)
- Katon, W.** (1984). Panic disorder and somatization: Review of 55 cases. *The American Journal of Medicine*, 77(1), 101-106. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(84\)90443-1](https://doi.org/10.1016/0002-9343(84)90443-1)
- Katon, W., Berg, A. O., Robins, A. J. ve Risse, S.** (1986). Depression--medical utilization and somatization. *The Western Journal of Medicine*, 144(5), 564-568. <https://europepmc.org/article/MED/3716416>
- Katon, W., Kleinman, A. ve Rosen, G.** (1982). Depression and somatization: a review. Part I. *The American Journal of Medicine*, 72(1), 127-135. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(82\)90599-X](https://doi.org/10.1016/0002-9343(82)90599-X)
- Katon, W., Ries, R. K., & Kleinman, A.** (1984). A prospective DSM-III study of 100 consecutive somatization patients. *Comprehensive Psychiatry*, 25(3), 305-314. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(84\)90063-4](https://doi.org/10.1016/0010-440X(84)90063-4)
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Julkunen, J., Wilson, T. W. ve Salonen, J.T.** (1993). Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34(5), 330-335. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90019-Z](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90019-Z)
- Kellner, R.** (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: A survey of empirical studies. *Arch Gen Psychiatry*, 42(8), 821-833. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790310089012>
- Kellner, R.** (1990). Somatization: Theories and research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 150-160. <https://doi.org/10.1097/00005053-199003000-00002>
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W. W. ve Pathak, D.** (1989). Anxiety, depression, and somatization in DSM-III hypochondriasis. *Psychosomatics*, 30(1), 57-64. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(89\)72318-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(89)72318-5)
- Kellner, R., Simpson, G. M. ve Winslow, W. W.** (1972). The relationship of depressive neurosis to anxiety and somatic symptoms. *Psychosomatics*, 13(6), 358-362. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(72\)71383-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(72)71383-3)

- Kench, S. ve Irwin, H. J.** (2000). Alexithymia and childhood family environment. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6), 737-745. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10877463/>
- Kesebir, S.** (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, 7(1), 14-19. [https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD\\_7\\_50\\_14\\_19.pdf](https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_7_50_14_19.pdf)
- Kihlstrom, J. F. ve Cantor Kihlstrom, L.** (2001). Somatization as illness behavior. *Advance in Mind Body Medicine*, 17(4), 240-243.
- Kirmayer, L. J.** (1984). Culture, Affect and Somatization: Part I. *Transcultural Psychiatric Research Review* 21(3), 159-188. <https://doi.org/10.1177/136346158402100301>
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M.** (1991a). Functional Somatic Syndromes. L. J. Kirmayer & J. M. Robbins (Ed.), *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives* (s. 79-106) içinde. American Psychiatric Association.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M.** (1991b). Introduction: Concepts of somatization. L. J. Kirmayer & J. M. Robbins (Ed.), *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives* (s. 1-19) içinde. American Psychiatric Association.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M.** (1991c). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647-655. <https://doi.org/10.1097/00005053-199111000-00001>.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Dworkind, M. ve Yaffe, M. J.** (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *The American Journal of Psychiatry*, 150(5), 734-741. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.5.734>
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M. ve Paris, J.** (1994). Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 125-136. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.125>
- Kirmayer, L. J. ve Young, A.** (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420-430. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9710287/>
- Kleinman, A. M.** (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social Science and Medicine*, 11(1), 3-9. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-X](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-X)

- Kohlmann, S., Gierk, B., Hilbert, A., Brähler, E. ve Löwe, B.** (2016). The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: A population-based analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 90, 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.004>
- Krause, E. D., Robins, C. J. ve Lynch, T. R.** (2000). A mediational model relating sociotropy, ambivalence over emotional expression, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 24(4), 328-335. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2000.tb00215.x>
- Kroenke, K.** (2003). Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 34-43. <https://doi.org/10.1002/mpr.140>
- Kroenke, K. ve Price, R. K.** (1993). Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med*, 153(21), 2474-2480. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410210102011>
- Kroenke, K. ve Spitzer, R. L.** (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 150-155. <https://doi.org/10.1097/00006842-199803000-00006>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O. ve Löwe, B.** (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Kroska, E. B., Roche, A. I. ve O'Hara, M. W.** (2018). Childhood Trauma and Somatization: Identifying Mechanisms for Targeted Intervention. *Mindfulness*, 9(6), 1845-1856. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0927-y>
- Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Erazo, N. ve Gündel, H.** (2001). Identifying somatization disorder in a population-based health examination survey: Psychosocial burden and gender differences. *Psychosomatics*, 42(6), 511-518. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.6.511>
- Lampe, A., Doering, S., Rumpold, G., Sölder, E., Krismer, M., Kantner-Rumplmair, W., Schubert, C. ve Söllner, W.** (2003). Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 361-367. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00399-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00399-9)
- Lane, R. D., Sechrest, L. ve Riedel, R.** (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 377-385. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90051-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90051-7)

- Larson, D. G. ve Chastain, R. L.** (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*(4), 439-455. <https://doi.org/10.1521/jsocp.1990.9.4.439>
- Leahy, R. L.** (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 177–190. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
- Leahy, R. L.** (2007a). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(1), 36–45. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.001>
- Leahy, R. L.** (2007b). Emotional schemas and self help: Homework compliance and obsessivecompulsive disorder. *Cognitive & Behavioral Practice, 14*(3), 297–302. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.002>
- Leahy, R. L.** (2007c). Emotion and psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 353–357. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00095.x>
- Leahy, R. L.** (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Press.
- Leahy, R. L.** (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
- Leahy, R. L., Tirch, D. D. ve Melwani, P. S.** (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy, 5*(4), 362-379. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.362>
- Leahy, R. L., Tirch, D. D. ve Napolitano, L.** (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford.
- Lesser, I. M.** (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine, 43*(6), 531-543. <https://doi.org/10.1097/00006842-198112000-00009>
- Levy, R. L., Jones, K. R., Whitehead, W. E., Feld, S. I., Talley, N. J. ve Corey, L. A.** (2001). Irritable bowel syndrome in twins: Heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology, 121*(4), 799-804. <https://doi.org/10.1053/gast.2001.27995>
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R. H., Höfler, M., Tholen, S. ve Wittchen, H. U.** (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: A prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry, 17*(6), 321-331. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(02\)00686-7](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00686-7)

- Lipowski, Z. J.** (1968). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 30(4), 395-422. <https://doi.org/10.1097/00006842-196807000-00005>
- Lipowski, Z. J.** (1986). Somatization: A borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association Journal* 135(6), 609-614. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3489512/>
- Lipowski, Z. J.** (1987a). Somatization: Medicine's unsolved problem. *Psychosomatics* 28(6), 294-297. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(87\)72518-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(87)72518-3)
- Lipowski, Z. J.** (1987b). Somatization: The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* 47(3-4), 160-167. <https://doi.org/10.1159/000288013>
- Lipowski, Z. J.** (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1358>
- Lipowski, Z. J.** (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31(1), 13-21. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(90\)72212-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(90)72212-8)
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D. ve Kroenke, K.** (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 191-199. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.01.001>
- Lumley, M. A., Mader, C., Gramzow, J. ve Papineau, K.** (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 211-216. <https://doi.org/10.1097/00006842-199605000-00003>
- Lumley, M. A., Stettner, L. ve Wehmer, F.** (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 505-518. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00222-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00222-X)
- Lundh, L. G. ve Simonsson-Sarnecki, M.** (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of Personality*, 69(3), 483-510. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00153>
- Mai, F.** (2004). Somatization disorder: A practical review. *Can J Psychiatry*, 49(10), 652-662. <https://doi.org/10.1177/070674370404901002>
- Mayou, R.** (1993). Somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59(2), 69-83. <https://doi.org/10.1159/000288650>

- Mayou, R. ve Farmer, A.** (2002). ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ*, 325(7358), 265-268. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7358.265>
- McBride, C., Bacchioni, J. R. ve Bagby, R. M.** (2005). Gender differences in the manifestation of sociotropy and autonomy personality traits. *Personality and Individual Differences*, 38(1), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.03.014>
- McWhinney, I. R., Epstein, R. M., & Freeman, T. R.** (1997). Lingua medica: Rethinking somatization. *Annals of Internal Medicine*, 126(9), 747-750. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-9-199705010-00037>
- Mechanic, D.** (1977). Illness behavior, social adaptation, and the management of illness: A comparison of educational and medical models. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165(2), 79-87. <https://doi.org/10.1097/00005053-197708000-00001>
- Mechanic, D.** (1980). The experience and reporting of common physical complaints. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(2), 146-155. <https://doi.org/10.2307/2136734>
- Mechanic, D.** (1986). The concept of illness behaviour: Culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16(1), 1-7. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002476>
- Morrison, J.** (1989). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(2), 239-241. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.2.239>
- Morse, J. Q., Robins, C. J. ve Gittes-Fox, M.** (2002). Sociotropy, autonomy and personality disorder criteria in psychiatric patients. *Journal of Personality Disorders*, 16(6), 549-560. <https://doi.org/10.1521/pepi.16.6.549.22140>
- Menkü, B. E. ve Coşar, B.** (2021). Psikosomatik bozukluklar. B. Coşar (Ed.), *Somatik belirti ve ilişkili bozukluklar* (1. Baskı, s. 32-36) içinde. Türkiye Klinikleri.
- Menninger, W. C.** (1947). Psychosomatic medicine: somatization reactions. *Psychosom Med*, 9(2), 92-97. <https://doi.org/10.1097/00006842-194703000-00002>
- Nakao, M., Yamanaka, G. ve Kuboki, T.** (2001). Major depression and somatic symptoms in a mind/body medicine clinic. *Psychopathology*, 34(5), 230-235. <https://doi.org/10.1159/000049315>

- Naragon-Gainey, K.** (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin*, 136(1), 128-150. <https://doi.org/10.1037/a0018055>
- Nemiah, J. C.** (1977). Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 199-206. <https://doi.org/10.1159/000287064>
- Nemiah, J. C. ve Sifneos, P. E.** (1970). Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18(1), 154-160. <https://doi.org/10.1159/000286074>
- Nietzel, M. T. ve Harris, M. J.** (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 279–297. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90063-G](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90063-G)
- Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wessely S., ve Hotopf, M.** (2001). How many functional somatic syndromes? *Journal of Psychosomatic Research*, 51(4), 549-557. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00224-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00224-0)
- Nolen-Hoeksema, S.** (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Nolen-Hoeksema, S.** (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Noyes, R., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Stout, L. R., Muller, B. A. ve Longley, S. L.** (2001). Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics*, 42(4), 320-329. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.4.320>
- Olatunji, B. O. ve Wolitzky-Taylor, K. B.** (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974-999. <https://doi.org/10.1037/a0017428>
- Otani, K., Suzuki, A., Kamata, M., Matsumoto, Y., Shibuya, N. ve Sadahiro, R.** (2012). Interpersonal sensitivity is correlated with sociotropy but not with autonomy in healthy subjects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(2), 153-155. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182438cba>
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Sadahiro, R., Enokido, M., Kuwahata, F., & Takahashi, N.** (2014). Distinctive correlations of sociotropy and autonomy with working models of the self and other. *Comprehensive*

*Psychiatry*, 55(7), 1643-1646.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.013>

- Ouimette, P. C., Klein, D. N., Anderson, R., Riso, L. P. ve Lizardi, H.** (1994). Relationship of sociotropy/autonomy and dependency/self-criticism to DSM-III-R personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 743–749. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.743>
- Oxman, T. E., Harrigan, J. ve Kues, J.** (1983). Diagnostic patterns of family physicians for somatoform, depressive, and anxiety disorders. *The Journal of Family Practice*, 17(3), 439-446. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6886646/>
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K. ve Özçürümez, G.** (2009). Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 131-136.
- Papageorgiou, C. ve Wells, A.** (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80021-3](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80021-3)
- Papageorgiou, C. ve Wells, A.** (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32(1), 13-26. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80041-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80041-1)
- Papageorgiou, C. ve Wells, A.** (2009). A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 123-131. <https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.2.123>
- Pilowsky, I. ve Spence, N. D.** (1976). Pain, anger and illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 20(5), 411-416. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(76\)90003-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(76)90003-9)
- Pineles, S. L., Street, A. E. ve Koenen, K. C.** (2006). The differential relationships of shame–prone and guilt–prone to psychological and somatization symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 688-704. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.6.688>
- Prestidge, B. R. ve Lake, C. R.** (1987). Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. *The Journal of Family Practice*, 25(1), 67-72. <https://europepmc.org/article/MED/3298528>
- Rief, W., Hessel, A. ve Braehler, E.** (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic*



- Medicine*, 63(4), 595 – 602. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00012>.
- Riskind, J. H.** (1989). The mediating mechanism in mood and memory: A cognitive-priming formulation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4(2), 173-184. <https://psycnet.apa.org/record/1990-18821-001>
- Robins, C. J., Block, P. ve Peselow, E. D.** (1989). Relations of sociotropic and autonomous personality characteristics to specific symptoms in depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 86-88. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.98.1.86>
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. ve Regier, D. A.** (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41(10), 949-958. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790210031005>
- Rost, K. M., Akins, R. N., Brown, F. W. ve Smith, G. R.** (1992). The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*, 14(5), 322-326. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(92\)90066-J](https://doi.org/10.1016/0163-8343(92)90066-J)
- Russo, J., Katon, W., Sullivan, M., Clark, M. ve Buchwald, D.** (1994). Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics*, 35(6), 546-556. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(94\)71723-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(94)71723-0)
- Sato, T. ve Gonzalez, M. A.** (2009). Interpersonal patterns in close relationships: The role of sociotropy-autonomy. *British Journal of Psychology*, 100(2), 327-345. <https://doi.org/10.1348/000712608X331009>
- Sato, T. ve McCann, D.** (1998). Individual differences in relatedness and individuality: An exploration of two constructs. *Personality and Individual Differences*, 24(6), 847-859. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00020-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00020-8)
- Sato, T., McCann, D. ve Ferguson-Isaac, C.** (2004). Sociotropy-autonomy and situation specific anxiety. *Psychological Reports*, 94(1), 67-76. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.1.67-76>
- Sayar, K. ve Ak, İ.** (2002). The predictors of somatization: A review. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(4), 266-271.
- Scarella, T. M., Laferton, J. A., Ahern, D. K., Fallon, B. A. ve Barsky, A.** (2016). The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and

- somatoform disorders. *Psychosomatics*, 57(2), 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2015.10.006>
- Schur, M.** (1955). Comments on the metapsychology of somatization. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10(1), 119-164. <https://doi.org/10.1080/00797308.1955.11822553>
- Sifneos, P. E.** (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
- Simon, G. E. ve VonKorff, M.** (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *The American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1494-1500. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1494>
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C. ve Ormel, J.** (1999). An International study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335. <https://doi.org/10.1056/NEJM199910283411801>.
- Sirota, N. A., Moskovchenko, D. V., Yaltonsky, V. M. ve Yaltonskaya, A. V.** (2018). The role of emotional schemas in anxiety and depression among russian medical students. *Psychology in Russia: State of the Art*, 11(4), 130-143. <https://doi.org/10.11621/pir.2018.0409>
- Shapiro, E. G. ve Rosenfeld, A. A.** (1987). *The somatizing child: Diagnosis and treatment of conversion and somatization disorders*. Springer-Verlag.
- Smith, G. R., Golding, J. M., Kashner, T. M. ve Rost, K. M.** (1991). Antisocial personality disorder in primary care patients with somatization disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32(4), 367-372. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(91\)90087-S](https://doi.org/10.1016/0010-440X(91)90087-S)
- Stekel, W.** (1924) *Peculiarities of behaviour: wandering mania, dipsomania, kleptomania, pyromania and allied impulsive acts* (J. S. Van Teslaar, Çev.). Williams & Norgate.
- Stern, J., Murphy, M. ve Bass, C.** (1993). Personality disorders in patients with somatisation disorder. A controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 163(6), 785-789. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.6.785>
- Stuart, S. ve Noyes, R.** (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40(1), 34-43. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71269-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71269-7)
- Swartz, M., Blazer, D., George, L. ve Landerman, R.** (1986). Somatization disorder in a community population. *The American Journal of*

- Swartz, M., Landerman, R., Blazer, D. ve George, L.** (1989). Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison. *Psychosomatics*, 30(1), 44-53. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(89\)72316-1](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(89)72316-1)
- Şahin, N. H., Ulusoy, M. ve Şahin, N.** (1993). Exploring the sociotropy-autonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 49(6), 751-763. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199311\)49:6<751::AID-JCLP2270490602>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199311)49:6<751::AID-JCLP2270490602>3.0.CO;2-V)
- Taycan, O., Sar, V., Çelik, C. ve Erdogan-Taycan, S.** (2014). Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1837-1846. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.052>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P. ve Parker, J. D. A.** (1990). Validation of the alexithymia construct: A measurement-based approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(4), 290-297. <https://doi.org/10.1177/070674379003500402>
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. ve Acklin, M. W.** (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(5), 417-424. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(92\)90002-J](https://doi.org/10.1016/0022-3999(92)90002-J)
- Torgersen, S.** (1986). Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43(5), 502-505. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800050108014>
- Veith, I.** (1956). On hysterical and hypochondriacal afflictions. *Bulletin of the History of Medicine*, 30(3), 233-240. <https://www.jstor.org/stable/44450567>
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J. ve Ahern, D. K.** (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129-135. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4>
- Walker, E. A., Katon, W. J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Jones, M. L., Hickok, L. ve Jemelka, R. P.** (1992). Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosomatic Medicine*, 54(6), 658-664. <https://doi.org/10.1097/00006842-199211000-00005>

- Walker, L. S., Garter, J. ve Greene, J. W.** (1991). Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: Relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(4), 379-394. <https://doi.org/10.1007/BF00919084>
- Wallen, J., Pincus, H. A., Goldman, H. H. ve Marcus, S. E.** (1987). Psychiatric consultations in short-term general hospitals. *Arch Gen Psychiatry*, 44(2), 163-168. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800140073010>.
- Wells, A.** (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 3(23), 301–320. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015897>
- Wells, A.** (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Wiley.
- Wells, A. ve Carter, K.** (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 585-594. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00156-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00156-9)
- Wells, A. ve Carter, K.** (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85–102. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80045-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80045-9)
- Wetzel, R. D., Guze, S. B., Cloninger, C. R., Martin, R. L. ve Clayton, P. J.** (1994). Briquet's syndrome (hysteria) is both a somatoform and a “psychoform” illness: A Minnesota Multiphasic Personality Inventory study. *Psychosomatic Medicine*, 56(6), 564-569. <https://doi.org/10.1097/00006842-199411000-00013>
- Wilson, D. R., Widmer, R. B., Cadoret, R. J. ve Judiesch, K.** (1983). Somatic symptoms: A major feature of depression in a family practice. *Journal of Affective Disorders*, 5(3), 199-207. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(83\)90042-3](https://doi.org/10.1016/0165-0327(83)90042-3)
- Wittenborn, J. R. ve Buhler, R.** (1979). Somatic discomforts among depressed women. *Arch Gen Psychiatry*, 36(4), 465-471. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780040107012>
- Wongpakaran, T. ve Wongpakaran N.** (2014). Personality traits influencing somatization symptoms and social inhibition in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, 13(9), 157-164. <https://doi.org/10.2147/CIA.S56246>

- Woolfolk, R. L., Allen, L. A. ve Tiu, J. E.** (2007). New directions in the treatment of somatization. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 621-644. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.07.001>
- World Health Organization (WHO).** (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- Zettle, R. D. ve Herring, E. L.** (1995). Treatment utility of the sociotropy/autonomy distinction: Implications for cognitive therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 280–289. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199503\)51:2<280::AID-JCLP2270510219>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199503)51:2<280::AID-JCLP2270510219>3.0.CO;2-J)

## EKLER

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.11.2021-71



### FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARI

|              |            |              |       |
|--------------|------------|--------------|-------|
| Karar Tarihi | 14/10/2021 | Karar Sayısı | 08/09 |
|--------------|------------|--------------|-------|

#### KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR / Rektör Yardımcısı - Başkan  
Prof. Dr. Erol KILIÇ / Güzel Sanatlar Fakültesi-Dekan- Üye  
Prof. Dr. Esra AKGÜL / MYO- Müdür- Üye  
Prof. Dr. Hasan BACANLI / Eğitim Fakültesi- Üye

Prof. Dr. Mustafa ALTUNDAĞ/ İslami İlimler Fakültesi-Dekan - Üye  
Prof. Dr. Nihat ÖZTOPRAK / Edebiyat Fakültesi - Üye  
Prof. Dr. Sefa SAYGILI/ Edebiyat Fakültesi - Üye  
Dr. Öğr. Üyesi Eyup Sabri KALA / Hukuk Müşaviri - Raportör

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu 14.10.2021 tarihinde saat 15:00'da toplanmış ve aşağıdaki karar alınmıştır.

#### KARAR

**KARAR NO 2021-08/09** Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi Sümeyye YILDIZ'ın "Beliren Yetişkinlerde Bazı Demografik Değişkenler ile Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ve duygusal Şemaların Somatizasyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" isimli araştırmasında kullanacağı anket ve ölççeklerinin etik yönden uygunluğuna,

Toplantıya katılan Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verildi.

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR  
Başkan

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Hasan BACANLI  
Üye

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Erol KILIÇ  
Üye

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Sefa SAGILI  
Üye

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Mustafa ALTUNDAĞ  
Üye

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Esra AKGÜL  
Üye

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Nihat ÖZTOPRAK  
Üye

Doküman No: E0.FR-201; İlk Yayın Tarihi: 07.03.2019; Revizyon Tarihi: 20.07.2020; Revizyon No: 01; Sayfa: 1 / 1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.