



T.C. DOĞU ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**İRRİTABL BARSAK SENDROMU VE FONKSİYONEL DİSPEPSİ TANILARI
KONMUŞ HASTALAR İLE TANI KONMAMIŞ BİREYLERİN MİZAÇ,
BAĞLANMA VE KAYGI ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

DOKTORA TEZİ

EBRU EROL

2016183017

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ SERHAT YÜKSEL

İSTANBUL, 2021



T.C. DOĞU ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**İRRİTABL BARSAK SENDROMU VE FONKSİYONEL DİSPEPSİ TANILARI
KONMUŞ HASTALAR İLE TANI KONMAMIŞ BİREYLERİN MİZAÇ,
BAĞLANMA VE KAYGI ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

DOKTORA TEZİ

EBRU EROL

2016183017

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ SERHAT YÜKSEL

İSTANBUL, 2021

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “İrritabl Barsak Sendromu ve Fonksiyonel Dispepsi Tanıları Konmuş Hastalar ile Tanı Konmamış Bireylerin Mizaç, Bağlanma ve Kaygı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih 27.04.2021

Ebru EROL



**DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAV
TUTANAĞI**

<i>Doküman No</i>	FR.1.46
<i>Yürürlük Tarihi</i>	1.11.2017
<i>Revizyon Tarihi</i>	4.12.2020
<i>Revizyon No</i>	2
<i>Sayfa</i>	1 / 1

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Tarih : 27/04/2021

Anabilim Dalı : Psikoloji

Öğrencinin Adı Soyadı : Ebru EROL

Öğrenci No : 2016183017

Tez Danışmanının Adı Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Serhat YÜKSEL

İkinci Tez Danışmanının Adı Soyadı :

Tezin Başlığı : “İrritabl Barsak Sendromu ve Fonksiyonel Dispepsi Tanıları Konmuş Hastalar ile Tanı Konmamış Bireylerin Mizaç, Bağlanma ve Kaygı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması”

Doğuş Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin 44.Maddesi uyarınca yapılan değerlendirmeler sonunda;

tezin kabul edilmesine tezde düzeltme verilmesine tezin reddedilmesine
oy birliği / ~~oy çokluğu~~ ile karar verilmiştir. Gereği için arz olunur.

Danışman Üye

Üye

Üye

Üye

Üye

Anabilim Dalı Başkanı Onayı:

Doğuş Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin 44.Maddesi uyarınca yapılan değerlendirmeler sonunda azami hassasiyet göstermekteyiz. Üniversite olarak, Üniversite ile ilişkili tüm şahıslara ait her türlü kişisel verinin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (“KVK K.”)na uygun olarak işlenmesine ve gizliliğinin sağlanmasına büyük önem vermekteyiz. Anayasa m.20/3 ile tanınan “kişisel verilerinizin korunmasını isteme” hakkınızın bilincinde olarak, KVK K. kapsamında tanımlı “Veri Sorumlusu” sıfatıyla, kişisel verilerinizi mevzuata uygun şekilde işlemekteyiz. Daha geniş açıklama için Doğuş Üniversitesi <https://www.dogus.edu.tr/hakkimizda/kisisel-verilerin-korunmasi>

As Doğuş University (“University”), we show maximum sensitivity about the security of your personal data. As a university, we attach great importance to the processing and confidentiality of all personal data of all individuals associated with the University in accordance with the Law No. 6698 on Protection of Personal Data (“KVK K.”). Being aware of your right to “ask for the protection of your personal data” recognized by the constitution article 20/3, as “Data Controller” defined within the scope of KVK K., we process your personal data in accordance with the legislation. For a broader explanation you can visit <https://www.dogus.edu.tr/hakkimizda/kisisel-verilerin-korunmasi>

ÖNSÖZ

Öncelikle tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Serhat Yüksel'e verdiği koşulsuz desteği ve bana en zor zamanlarımda uzattığı eli sayesinde güvende hissettirdiği için ne kadar teşekkür etsem az.

Yola birlikte çıktığım değerli Hocam Dr. Öğretim Üyesi Hakan Ertufan'a, tez konusunu ve metodunu oluştururken bana ayırdığı değerli vakti, ayrıca derslerinde paylaştığı kıymetli bilgi kadar yarattığı dostluk ortamı için çok teşekkür ederim.

Değerli Hocam Dr. Öğretim Üyesi Nevzat Uçtüm Muhtar'a, tüm eğitim ve öğretim hayatımda aldığım belki de en güzel ve derin dersleri için tüm içtenliğimle teşekkür etmek isterim. Koca bir dönem bittikten sonra sınıfın tam kadro gelerek Hocamızı bir ders fazla dinleyebilmek için toplanmamızı sıcak bir tebessümle hatırlayacağım.

Veriyi toplayabilmek için, görev yaptığım Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi değerli Başhekim Dr. Gül Kırımlı'ya ve Gastroenteroloji Uzmanı Prof. Dr. Erdem Koçak'a şükranlarımı sunarım. Verdikleri destek olmasaydı bu çalışma olmazdı.

İstatistik analizlerimin hazırlanmasında verdiği destek için Ege Psikoloji Atölyesi'nden Gülden Kaya Uyanık'a dar zamanda yarattığı konfor için teşekkür ederim.

Son olarak, en kıymetlilerim; aramızdan 21 yıl önce ayrılan canım anneme, sevgili babama, kardeşime, evlatlarım Nehir ve Ural'a, her zaman kalbimde ve yanımda oldukları için, yaşamıma anlam kattıkları için ve var oldukları için ne kadar teşekkür etsem az.

ÖZET

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar (FGİH), organik bir sebep bulunamayan, psikososyal faktörleri içine alan hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır. FGİH grubu içinde yer alan İrritabl Barsak Sendromu (İBS) ve Fonksiyonel Dispepsi (FD), ülkemizde ve dünyada poliklinik başvurularının önemli bir kısmını oluşturan hastalıklardır. Bu çalışmada, İBS ve FD tanıları konmuş hastalar ile tanı konmamış bireylerin mizaç, bağlanma ve kaygı özelliklerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Katılımcılar, Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Gastroenteroloji Servisinde ROMA IV kriterlerine göre tanı konmuş İBS ($n=46$) ve FD ($n=35$) hastaları arasından gönüllülük ve ulaşılabilirlik ilkelerine göre seçildi. Tanı konmamış bireylerden oluşan karşılaştırma grubu ($n=52$) aynı hastanenin çalışanlarının katkısı ve meslek grupları aracılığı ile ulaşılabilirlik ilkesine göre oluşturuldu. Mizaç değişkeni Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) ile, bağlanma, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE II) ile, kaygı, Speilberger Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI II) kullanılarak ölçüldü. Sonuçlar, Tanı (+) grubunun bağlanma ve sürekli kaygı puan ortalamalarının Tanı (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu gösterdi. Mizaç değişkeninde; Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında, İBS grubunda yenilik arayışı ve zarardan kaçınma alt ölçek puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek iken, sebat etme alt ölçeğinde düşük bulundu, ödül bağımlılığında anlamlı bir fark bulunmadı. Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında, FD grubunda, yenilik arayışı yüksek iken sebat etme puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulundu. Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, bağlanma ve kaygı değişkenlerinin İBS ve FD hastalıkları üzerinde anlamlı yordayıcı etkiye sahip olmadığı; yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve sebat etme mizaç değişkenlerinin tanılar üzerinde anlamlı yordayıcı etkisi olduğu bulundu.

Anahtar sözcükler: fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar, FGİH, irritabl barsak sendromu, İBS, fonksiyonel dispepsi, FD, Cloninger, TCI, mizaç, bağlanma, kaygı

ABSTRACT

Functional gastrointestinal diseases (FGID) are defined as a disease group that does not have an organic cause and includes psychosocial factors. Irritable Bowel Syndrome (IBS) and Functional Dyspepsia (FD), both of which fall into the FGID category, are diseases that account for a substantial portion of outpatient clinic admissions in our country and the world. The purpose of this study was to compare the temperament, attachment, and anxiety characteristics of patients with IBS and FD and those who were not diagnosed.

Selection was based on volunteerism and accessibility principles among patients diagnosed with IBS (n = 46) and FD (n = 35) in the Gastroenterology Service of Kadıköy Florence Nightingale Hospital utilising ROMA IV criteria. The comparison group (n = 52) consisting of undiagnosed individuals was formed according to the principle of accessibility through the contribution of the employees of the same hospital and the occupational groups. Cloninger Temperament and Character Inventory (TCI) was used to assess temperament, Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) was used to assess attachment, and the Spielberger Trait Anxiety Inventory was used to assess anxiety (STAI II). Results revealed that, the Diagnosis (+) group's mean attachment and trait anxiety scores were statistically significantly higher than the Diagnosis (-) group's mean scores. In the temperament variable, the mean scores of the novelty seeking and harm avoidance subscales were significantly higher in the IBS group compared to the Diagnosis (-) group, while the persistence subscale was low, and there was no significant difference in reward dependence. The FD group had higher mean scores for novelty seeking and significantly lower mean scores for persistence when compared to the Diagnosis (-) group. According to the results of logistic regression analysis, attachment and anxiety variables have no significant predictive effect on IBS and FD diseases; however, temperament variables of novelty seeking, harm avoidance, and persistence did have a significant predictive effect on diagnoses.

Keywords: functional gastrointestinal diseases, FGID, irritable bowel syndrome, IBS, functional dyspepsia, FD, Cloninger, TCI, temperament, attachment, anxiety

İÇERİK

1. BÖLÜM 1	1
1.1.Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar (FGİH)	3
1.1.1.İrritabl Barsak Sendromu (İBS)	3
1.1.2.Fonksiyonel Dispepsi (FD)	4
1.2. Kişilik	5
1.2.1.Tarihsel Gelişim	5
1.2.2.Kişilik ve Mizaç	8
1.2.3.Kişilikte Tanı ve Ölçme	9
1.2.4.Cloninger Psikobiyolojik Kişilik Modeli	11
1.2.5.Kişilik ve Organik Bozukluklar	15
1.2.6.Kişilik ile İBS ve FD Hastalıklarının İlişkisi	17
1.3.Bağlanma Teorisi	19
1.3.1.Bağlanma Teorisine Katkıları	20
1.3.2.Bağlanma Stilleri	23
1.3.3.Bağlanma ve Psikopatoloji	25
1.3.4.Bağlanma ve Organik Bozukluklar	27
1.3.5.Bağlanma ve FGİH	28
1.3.6.Bağlanma Biçimlerinde Ölçme ve Değerlendirme	30
1.4. Kaygı	32
1.4.1.Kaygının Tanımı ve Tarihçesi	32
1.4.2.Kaygı ve Organik Bozukluklarla İlişkisi	34
1.4.3.Kaygı ve FGİH	34
1.4.4.Kaygı ve Ölçme	35
1.5. Çalışmanın Amacı	36
1.6. Denenceler	36
2. YÖNTEM	38
2.1. Örneklem	38
2.2. Veri Toplama Araçları	38
2.2.1.Sosyodemografik Form	38

2.2.2. Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory - TCI).....	39
2.2.3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (Experiences in Close Relationships-Revised - ECR-R).....	40
2.2.4. Spielberger Kaygı Ölçeği (The State-Trait Anxiety Inventory - STAI)...	40
2.2.5. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-SADS)	40
2.3. İşlem.....	41
2.4. İstatistiksel Analiz.....	41
3. BULGULAR.....	42
3.1. Betimsel İstatistik Verileri.....	42
3.2. Sosyodemografik Veriler.....	42
3.2.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Frekans Değerleri.....	42
3.3. Tanı (-) ve Tanı (+) Grupların PHQ-SADS Puanlarının Karşılaştırması.....	44
3.3.1. Tanı (-) ve Tanı (+) Gruplarının PHQ-SADS Puanlarının Karşılaştırması.....	45
3.3.2. Tanı (-), IBS ve FD Gruplarının PHQ-SADS Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	46
3.4. Tanı Konma Durumuna Göre Grupların Kaygılı Bağlanma, Kaçınan Bağlanma, Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Ödül Bağımlılığı, Sebati Etme ve Sürekli Kaygı Durumlarının İncelenmesi.....	47
3.4.1. Tanı (-) ve Tanı (+) Gruplarının YİYE II, TCI ve STAI II Puanlarının Karşılaştırması.....	47
3.4.2. Tanı (-), IBS ve FD Gruplarının YİYE II, TCI ve STAI II Puanlarının Karşılaştırması.....	49
3.5. TCI Alt Boyutları için T-Testi ve ANOVA.....	50
3.5.1. TCI Alt Boyut T-Test.....	51
3.5.2. TCI Tanı Durumuna Göre ANOVA.....	53
3.6. “Çok Kategorili/Düzeyli İsimsel Lojistik Regresyon Analizi (Multinomial Lojistik Regresyon).....	55
3.6.1. Lojistik Regresyon Model Uyum Tablosu.....	55
3.6.2. Lojistik Regresyona Ait Olabilirlik Oran Tablosu.....	56

3.6.3. Multinomial Lojistik Regresyon Tablosu.....	57
4. TARTIŞMA.....	58
4.1. Genel Bulgular.....	58
4.2. Sosyodemografik Değişkenler.....	59
4.3. Mizaç ve FGIH.....	60
4.4. Bağlanma ve FGIH.....	64
4.5. Kaygı ve FGIH.....	66
4.6. Sınırlılıklar.....	68
4.7. Öneriler.....	68
KAYNAKÇA.....	70
EKLER.....	86

TABLO LİSTESİ

3.2.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Frekans Değerleri.....	42
3.3.1. Tanı (-) ve Tanı (+) Gruplarının PHQ-SADS Puanlarının Karşılaştırması.....	45
3.3.2. Tanı (-), IBS ve FD Gruplarının PHQ-SADS Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	46
3.4.1. Tanı (-) ve Tanı (+) Gruplarının YİYE II, TCI ve STAI II Puanlarının Karşılaştırması.....	47
3.4.2. Tanı (-), IBS ve FD Gruplarının YİYE II, TCI ve STAI II Puanlarının Karşılaştırması.....	49
3.5.1. TCI Alt Boyut T-Test.....	51
3.5.2. TCI Tanı Durumuna Göre ANOVA.....	53
3.6.1. Lojistik Regresyon Model Uyum Tablosu.....	55
3.6.2. Lojistik Regresyona Ait Olabilirlik Oran Tablosu.....	56
3.6.3. Multinomial Lojistik Regresyon Tablosu.....	57

KISALTMALAR

FD:	Fonksiyonel Dispepsi
FGIH:	Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık
İBS:	İrritabl barsak sendromu
MKE:	Mizaç Karakter Envanteri
OD:	Organik Dispepsi
ÖB:	Ödül bağımlılığı
PHQ-SADS:	Hasta Sağlık Anketi
SE:	Sebat Etme
STAI II:	Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri
TCI:	Temperament and Character Inventory
YA:	Yenilik arayışı
YİYE II:	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II
ZK:	Zarardan kaçınma

BÖLÜM 1

GİRİŞ

*“İnsanın en ayırt edici özelliği onun bireyselliğidir. Onun gibi bir kişi dünyaya asla gelmemiştir ve bir daha gelmeyecektir.”**

Gordon ALLPORT

* Jerry M. Burger’ın *Kişilik* isimli kitabından alınmıştır.

İnsanların kendilerine özgü pek çok farklılıkları bulunmaktadır. Bu farklılıklar, karakter ve mizaç özelliklerinin çok çeşitli bileşenlerinden ileri gelmektedir. Kişilik çalışmalarının geçmişi, Hipokrat’ın (M.Ö.460) insan tiplerini birbirinden ayırt etme yöntemine kadar uzanır (Burger, 2004). Günümüzde ise genetik yapı, nörobiyolojik temeller, bilişsel ve duygusal yapının etkileri gibi kalıtsal etmenlerin, kişilik boyutlarındaki bireysel farklılıklara katkı sağladığı bilinmektedir (Cloninger, 1987).

Kişinin kalıtsal olarak getirdiği mizaç özelliklerine ek olarak, temel bakım veren ile kurduğu bağın gelişimsel anlamda büyük rolü bulunmaktadır. Öyle ki, bağlanma biçimlerinin yetişkinlikte hem ruhsal hem de bedensel sağlıkta çok önemli etkisi olduğu düşünülmektedir. Bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişki, başta Bowlby’nin çalışmaları olmak üzere, pek çok çalışma ile desteklenmiştir (Ainsworth ve ark., 1978, Allen ve ark., 1996, Eng ve ark., 2001, Bifulco ve ark., 2006). Bowlby (1969), erken çocukluk dönemindeki deneyimlerin, yetişkinlikte duyguları düzenleme üzerinde büyük etkisi olduğunu ileri sürmüştür. Bağlanma ve organik bozukluklar arasındaki ilişki ise daha sınırlı sayıda araştırmaya konu olmuştur.

Gelecekteki tehdit beklentisi olarak tanımlanan kaygı (DSM-5) büyümeye, ruhsal gelişime ve kişinin kendi kimliğini bulmasına hizmet etmek yerine, verilen uyarıya şiddet ve süre olarak uygunsuz bir yanıt haline geliyorsa patolojiye işaret eder (Kaplan ve Sadock, 2004). Ayrıca belirtilerin etiyolojisi ise tam olarak açıklanamamakla beraber (Kandemir ve Ak, 2013) kronik hastalıklarla ilişkisinin önemli etken olduğu gösterilmiştir ((Harter vd., 2003; Roy-Byrne vd., 2008).

Hastalıkların biyopsikososyal modeli, biyoloji ve kişisel faktörleri entegre eden iki yönlü zihin beden ilişkisini kavramsal bir çerçeveye yerleştirmek konusunda yardımcı olmuştur. Bu modele göre hastalık, hücresel, dokusal, organizmal, kişilerarası sistemlerin sürekli ilişkisi sonucu oluşmaktadır (Muscatello ve ark., 2014). Gastrointestinal sistem hastalıkları (GİS), organik patolojiye bağlı olarak veya fonksiyonel zeminde ortaya çıkanlar olarak iki grupta ele alınmaktadır (İliaz ve Kaymakoglu, 2016). Bağırsak beyin aksının birbiri ile yakın ilişkisini ortaya koyan çalışmalar, psikososyal faktörlerin öneminin daha fazla anlaşılmasını ve bu faktörlerle fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların (FGİH) tetiklenebileceğini göstermiştir. Kişilik ve FGİH arasındaki ilişkiyi anlamaya dönük çalışmaların sayısı artmaktadır. Ancak, bağlanma ve FGİH arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere yapılan çalışmalar kısıtlı sayıdadır.

Çeşitli branşlarda uzman hekime başvuran hastaların yarısından fazlasının en az bir psikosomatik hastalığa sahip olduğu da bulunmuştur (Smulevich ve ark., 1999). Psikolojik ve davranışsal faktörlerin; gastrointestinal bozukluklar, kardiyovasküler rahatsızlıklar, onkolojik hastalıklar ve dermatolojik bozukluklar gibi önemli hastalıkların seyrini olumsuz etkileyebildiği görülmektedir (Güleç, 2009). , Psikosomatik hastalıklar ile somatizasyon ilişkisinin Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri kullanılarak incelendiği çalışmalar taranmış ve envanterin özgül hastalıkları yordayıcı gücünün yüksek olabileceği, her hastalık grubu için tekrar kullanılabileceği sonucu çıkarılmıştır (Güleç, 2009). Tarama sonucunda yapılan öneri, bu çalışma için motivasyon aracı olmuştur.

Bu çalışmanın amacı, psikopatoloji ile temel bakım verenle kurulan bağ arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma olmasına karşın, kişilik-mizaç türleri, bağlanma biçimleri, kaygı ve fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar arasındaki ilişkinin ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamış olmasına dayanmaktadır. Bu hastalık grubu arasından en sık karşılaşılan irritabl barsak sendromu ve fonksiyonel dispepsi tanısı konmuş hastalardan oluşturulan bir çalışma grubu ile FGİH hastalığı olmayan bireylerden oluşturulan bir karşılaştırma grubunun mizaç özellikleri, bağlanma biçimleri ve kaygı düzeyleri karşılaştırılacak; çalışma grubunda mizaç özellikleri, bağlanma biçimleri ve kaygı düzeyleri arasında ilişki olup olmadığı ve tanıları ne ölçüde yordadığı araştırılmıştır.

Kişilik, mizaç, bağlanma ve kaygı kavramlarının detayına yer verilmeden önce, psikosomatik hastalıklar arasında yer alan gastrointestinal hastalıklarda ROMA IV kriterlerine göre, ülkemizde ve dünyada tanıda ilk iki sırayı alan irritabl barsak sendromu ve fonksiyonel dispepsi hastalıklarının tanı kriterlerine yer verilmiştir.

1.1. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar (FGİH)

FGİH; karın ağrısı, bağırsak hareketlerinde değişiklik gibi kronik veya tekrarlayan belirtilerin bulunduğu yapısal farklılıklarla açıklanmayan hastalık grubu olarak tanımlanır. Organik bir sebep bulunamayan, kişiliğin de içinde olduğu psikososyal faktörler, ROMA IV sınıflandırmasında “Fonksiyonel Gastrointestinal Tanı” ile ilişkilendirilmiştir (Lexne ve ark., 2018). Genel poliklinik başvurularının önemli bir kısmını oluşturan FGİH grubu içinde, irritabl barsak sendromu (İBS) ve fonksiyonel dispepsi (FD) en sık görülen hastalıklardır [Dickerson ve King, 2005; Kang, 2005 (Aktaran Çakmak, 2015)]. 2016 yılında güncellenen ROMA IV kriterlerine göre, Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar altı grupta toplanmaktadır: a. özofageal hastalıklar, b. barsak hastalıkları, c. santral aracılıklı gastrointestinal ağrı hastalıkları, d. safra kesesi ve oddi sfinkteri hastalıkları, e. anorektal hastalıklar (İliaz ve Kaymakoglu, 2016). Bu çalışmanın örneklem grubuna dahil edilecek hastaların tanıları ise; gastroduodenal hastalıklar grubunda kategorize edilmiş fonksiyonel dispepsi ve barsak hastalıkları grubunda yer alan irritabl barsak sendromudur.

1.1.1. İrritabl Barsak Sendromu (İBS)

“İrritabl bağırsak sendromu; kronik karın ağrısı, şişkinlik ve defekasyon alışkanlığında değişikliğe neden olup, önemli bir hastalık yükü oluşturan, en yaygın görülen fonksiyonel barsak hastalığıdır” (Neslişah Tan ve ark., 2014). Organik bir neden olmaksızın, karın ağrısı ve rahatsızlık hissi eşlik eder (Akyüz, 2016). Kişinin tanı alabilmesi için üç kriterden ikisi aranmaktadır: 1. Defekasyonla ilişkili olması 2. Defekasyon sıklığının değişmesiyle beraber olması 3. Gaitanın görünümünde değişikliklerle beraber olması. Aynı zamanda, en az altı ay önce başlaması ve son üç ay içinde haftada en az bir gün tekrarlayan karın ağrısı ile beraber görülmesi gerekir (Kaya ve Kaçmaz, 2016). Dört farklı tipi bulunmaktadır. Bunlar; kabızlıkla seyreden İBS, ishal ile seyreden İBS, karışık tip İBS ve sınıflandırılmayan İBS’dir (Akyüz, 2016).

Fizyopatolojisinde önceden geçirilmiş barsak enfeksiyonu, barsak florası, diyet, çevresel faktörler ve psikolojik faktörler olduğu bilinmektedir (Akyüz, 2016). Hastalığın etiyolojisi oldukça kompleks olmasına karşın anlaşılmasındaki büyük katkı, beyin barsak aksındaki (brain-gut axis) “ aşırı tepki” (hiper-reaktivite) hipotezinden gelmiştir. Model, merkezi sinir sistemi (MSS), otonom sinir sistemi ve enterik sinir sistemi (merkezi sinir sisteminden bağımsız, bağırsakların yönetim merkezini oluşturan gastrointestinal sistemdeki nöronlar topluluğu) arasında çift yönlü yollar tanımlanmıştır. Bu şekilde, MSS'nde duygusal ve bilişsel alanların, barsak işlevi ve iç organlarla merkez arasındaki sinir duyumunun (visceral afferent sensation) bağlantısını kurar.

Artan kanıtlar, İBS'nin, yaşam olayları da dahil olmak üzere psikososyal ve çevresel stres faktörlerinden etkilenen ve sıklıkla bozulan nöral, endokrin ve nöroimmün yolları içeren beyin-barsak ekseninin düzensizleşmesinden kaynaklandığını göstermektedir.

Biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin entegrasyonu, hastalığın biopsikososyal bir modele sahip olduğunu göstermektedir. Bu modele göre hastalık, zihin ve beden arasındaki çift yönlü ilişkiyi bütünleştirirken, hücresel, dokusal, organizmal, kişiler arası ve çevresel faktörler arasında sürekli bir etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır (Aktaran; Muscatello, 2014).

1.1.2. Fonksiyonel Dispepsi (FD)

Karın ağrısı, acil servis başvurularının %5-8'ini oluşturmaktadır ancak bu başvuruların bir kısmının acil hizmetine ihtiyacı varken, %20-30 kadarlık kısmına spesifik olmayan karın ağrısı tanısı konmaktadır (Lexne ve ark.,). Karın ağrısı şikayeti, teşhis konması her zaman kolay olmayan bir yakınmadır. Uygun değerlendirmeden sonra tam olarak açıklanamayan ve psikolojik faktörlere bağlı bulunan bir bölümü fonksiyonel dispepsi tanısı alır. İBS kadar sık karşılaşılan bir fonksiyonel gastrointestinal hastalıktır. Başka bir nedenle açıklanamayan dolgunluk, erken doyumluk, epigastrik ağrı ve yanma ile tanımlanır. İki türü bulunmaktadır. Postprandial distress (sıkıntı) sendromu; yemekle uyarılan semptomlarla (dolgunluk, erken doyma, sıkıntı) karakterize iken, epigastrik ağrı sendromu ise epigastrik ağrı veya yanma belirtileri ile kendini gösterir. Semptomların tanıdan en az altı ay önce başlamış olması,

son üç aydır da her hafta en az üç gün bir veya her iki semptomun olması ayrıca, gerekli tetkiklere rağmen semptomları açıklayacak veri bulunmaması gereklidir (Özden, 2017).

İBS’da olduğu gibi FD’nin de yapısal veya organik bozukluk olarak bilinmesinden ziyade, beyin-barsak aksı bozukluğu olarak kavramsallaştırılması yolunda kanıtlar artmaktadır. Kolosky ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada psikolojik faktörlerin barsağı etkilediği, barsak ve beynin çift yönlü etkileşimi sonucu ise FD ve İBS’nin barsakta başladığı kaydedilmiştir.

Kolosky ve arkadaşlarının (2013) yaptığı başka bir çalışmada ise, 18 aylık ve üzeri iken ebeveyni boşanmış bireylerin aldığı FD tanısı bu erken yaşam olayı ile ilişkilendirilmiştir. Temel bakım verenden erken ayrılmanın barsak fonksiyonunu değiştirdiğinin gösterildiği diğer bir deneyde ise anneden her gün üç saat ayrılan farelerin davranışsal ve nörokimyasal değişimler gösterdiği ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Smith ve ark., 2010).

1.2. Kişilik

1.2.1. Tarihsel Gelişim

Psikolojide kapsamı en geniş kavramlardan biri kişiliktir. Kişilik; bir insanın bütün yeteneklerinin, tutumlarının, ilgilerinin, konuşma tarzının, dış görünüşünün ve çevresine uyum biçiminin özelliklerini içeren bir kavramdır. Kişilik kendine özgü ve ahenkli bir bütündür. Yoğun çalışılan bir konu olmasına karşın belirgin bir tanımı yoktur (Köknel, 2005). Benzer biçimde Jerry M. Burger (2004), *Kişilik* isimli kitabında, kişiliğin ne olduğuna dair psikologların üzerinde uzlaştıkları bir yanıt olmadığını belirtmektedir. Kişilik için, “bireylerin kendisinden kaynaklanan tutarlı davranış kalıpları ve kişilik içi süreçler” olarak yaptığı tanımı, iki bölümden oluşmaktadır. İlk kısım, tutarlı davranış kalıpları olarak ifade edilmiştir. Örnek olarak, dışa dönük bir insanın davranış kalıbının dışa dönük olarak devam edeceği gösterilmiştir. Tanımın ikinci kısmı ise, kişilik içi süreci ele konmuştur. Kişinin nasıl davranacağını ve hissedeceğini etkileyebilecek tüm duygusal, bilişsel ve güdüsel süreçleri içine alır (Burger, 2004).

Bu bağlamda kişilik “bireyleri diğerlerinden ayıran, bireye özgü, tutarlı ve yapılaşmış özellikler bütünü olarak tanımlanabilir. “Tutarlılık”, kişinin benzer

durumlarda davranışlarının pek değişmediğini vurgulamaktadır. Tanımda ele alınan bir başka yön ise, bireyi diğerlerinden ayıran bu özelliklerin “yapılaşmış bir bütün” olmasıdır. Kişilik çok sayıda özellikten oluşan bir sistem bütünüdür ve bu özellikler bireye özgü, birbiriyle ilişkili bir örüntü oluşturmaktadır (İnanç ve Yerlikaya, 2008).

Freud, 19. yüzyıl sonlarında, bilinçdışı süreçler, biyolojik temelli seks ve saldırganlık dürtüleri ve çocukluk dönemi çatışmalarının kişiliği şekillendirdiğini öne sürmüştür. Klinik gözlemlerine dayandırdığı kişilik kuramı, ölçülebilir olmadığı gerekçesi ile bu kuramın bilimselliğine dair pek çok tartışmaya yol açmıştır. 1930’lu yılların sonlarına doğru ise ölçme değerlendirme yapılabilmesi dolayısıyla da sistemli kabul edilen çalışmalar başlamıştır. Gordon Allport’un Harvard Üniversitesi’nde yaptığı çalışmaları ve kitabı *Personality: A Psychological Interpretation*, kişilik çalışmalarının başlangıcı olarak kabul edilir (Schultz ve Schultz, 2009).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında, yapısal ve gelişimsel modelle yapılan çalışmalar hız kazanmıştır. Gordon Allport ve Henry Odbert, kişilikle ilgili özelliklerin listesini oluşturmuşlardır (Thomas ve Segal, 2006). Cattell 1973 yılında, 16 farklı kişilik boyutu tanımlamıştır. 1975’de ise Eysenck kişiliği, insanın gerçek veya gizli davranış örüntülerinin tümünü kapsayan, kalıtım ve çevrenin etkileşimi sonucu oluşan bir yapı olarak ele konmuş; kişiliğin bireyin genetik yapısı, limbik sistem etkinliği, yaratıcılık, sosyallik ve psikopatoloji gibi sosyal davranış biçimlerinin bütününden oluştuğunu ileri sürmüştür (Eysenck, 1996). Çalışmalarının temeli; Allport’un biyolojik modeline dayanmakla birlikte, Hipokrat ve Galen’in insan tiplerini birbirinden ayırt etme yöntemi (tipoloji) ve bu konudaki Wundt ve Jung’un gözlemlerine ve çalışmalarına dayanmaktadır. Eysenck, kişiliğin, genetik ve çevresel etmenlerden oluştuğunu savunduğu kuramını doğrulamak için dört farklı ülkeden beş bini tek yumurta ikizi olan on üç bin ikizi incelemiş ve genotipin tek başına kişinin bilişsel ve davranışsal özelliklerine etkisinin olmadığı ancak sinir sisteminin işleyişini belirlemede önemli etkisinin olduğunu belirtmiştir (Taub, 1998). Kişilik özelliklerin üç temel alt boyutta ele alınabileceğini belirtmiştir. Bu boyutlar; dışa dönüklük-içe dönüklük, nevrozizm ve psikotiklik (Burger, 2004).

1980 ve 1987 yılları arasında Costa ve McCrae, çalışmaları genişleterek beş faktör modelini oluşturmuşlardır (Five-Factor Model; FFM) (Taymur ve Türkçapar, 2012). Beş faktör sınıflaması dil hipotezine dayanır. Francis Galton hipotezinde,

kişilerin bireysel farklılıklarının tüm dillerde benzer biçimde kodlandığı ve sözcükler aracılığıyla ifade edildiğini belirtir. Kişilik özelliklerini incelemek isteyen araştırmacılar ise bu görüşten hareketle kişilik yapısının sınıflandırılması üzerine çalışmışlardır (Somer,1998). McCrae ve Costa, modern dünya dillerinde kişisel farklılıkları tanımlayan terimleri faktör analizi ile beş faktörde (big five) sınıflandırmışlardır. Kişiliğin belirlenmesinde beş boyutun önemli olduğunu savunan ve evrensel olarak tüm ülkelerin dillerinde bu beş ana faktörün izlerinin gözlendiğini savunan Beş Faktör Kişilik Kuramının sınıflaması şu şekildedir; dışadönüklük–içedönüklük, yumuşak başlılık/uzlaşılabilirlik–hırçınlık/antagonizm, özdenetim/sorumluluk-yönsüzlük/dağınıklık, duygusal tutarsızlık/nörotisizm–duygusal tutarlılık ve gelişime açıklık–gelişmemişlik (McCrae ve Costa, 1985).

Davranışçı ekolün kurucusu John B. Watson, insanların dış uyaranlara yanıt şeklide ortaya çıkan aşıkav davranışlarına odaklanmıştır. Uyarıcı-tepki modeli üzerine kurgulanmış deneysel yaklaşım, 1920’lerde popülerlik kazanmış ve 60 yıl kadar baskın bir güç olmuştur. Ölçülemeyen bilinç veya bilinçdışı kavramları, bu kuramda yer almamıştır. Watson’un çalışmalarını takip eden B. F. Skinner, kişiliği, fare ve güvercinler üzerinde yaptığı laboratuvar çalışmaları yoluyla anlamaya çalışmıştır (Schultz ve Schultz, 2008).

Kişiliği anlama çabası, psikanalitik yaklaşım ve araştırma odaklı kuramların yanı sıra farklı ekollerin katkılarıyla süregelmektedir. Hümanist yaklaşım 1960’larda psikanaliz ve davranışçı yaklaşıma karşı duruşuyla tanınmaya başlamıştır. Bu iki sistemin, insan doğasını anlamak konusunda sınırlı kaldığını savunmuştur. Hatta Freud’u, insan ruhunun sadece rahatsız ve çalkantılı kısmını incelemek ile eleştirmiştir. Sadece nevroz ele alınırsa, olumlu taraflardan öğrenmenin nasıl mümkün olabileceğini sorgulamıştır. Davranışçı psikologların odaklarının ise, görünen ve gözlemlenebilen davranışlar olması dolayısıyla dar ve steril olduğunu, insan davranışının koşullanma ile açıklanamayacak kadar kompleks olduğunu ifade etmişlerdir.

Hümanist ekolde, Abraham Maslow ve Carl Rogers, algı ve deneyim arasındaki mekanizmayı anlamaya çalışırken, bilişsel kuram dahilinde sınıflanan kişisel yapılar kuramı kurucusu George Kelly (1969) ise duygusal unsurlar da dahil olmak üzere, kişiliğin tüm yönlerini bilişsel süreçlerle açıklamaya çalışmıştır. İnsanoğlunun kendi kaderinin kurbanı değil, yazarı olduğunu savunmuştur.

Sosyal öğrenme kuramının kurucusu Albert Bandura, kalıtsal özellikler, ihtiyaçlar, güdüler, ya da savunma mekanizmaları yerine, Skinner gibi aşıkâr davranışlara odaklanmıştır. Ancak Skinner'dan farklı olarak, insanların sosyal ortamdaki içsel bilişsel değişkenlerini laboratuvarında deney yoluyla gözlemiştir. Bobo Doll deneyi (Bandura, Ross ve Ross, 1963), davranışların modelleme yoluyla öğrenme sonucu şekillendiğini anlatan, psikoloji tarihindeki önemli çalışmalardan biridir (Schultz ve Schultz, 2008).

Bu çalışmada, mizaç, bağlanma ve kaygı arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflendiğinden, mizacın tarihçesine ayrı biçimde yer verilmesi ihtiyacı doğmuştur.

1.2.2. Kişilik ve Mizaç

Allport, karakter ve mizaç sözcüklerinin birbiri yerine kullanıldığını gözlemiş fakat kavramların farklı içerikleri olduğunu belirtmiştir (Hall ve ark., 1997). Karakter, kişinin davranışlarını değerlendirmedeki değerler sistemi iken mizaç, duygusal yapının kalıtsal yönlerini içeren bir kavramdır.

Kişilik kavramının, benlik, mizaç, karakter ve huy gibi terimlerle eş anlamlı kullanılagelmesi, karışıklığa yol açmaktadır (Köknel, 2005). Mizaç terimi, huy ile eş anlamlı kullanılırken, kişinin yaptığı şeyi ne şekilde yaptığını kapsamaktadır. Yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan tavır ve davranışlar olarak da tanımlanabilir (Eremiş ve ark., 2009). Benlik ise, kişinin kendisinin ne olduğunu söyleyebileceği her şeyin toplamı olarak belirtilmiştir. Kişinin sahip olduğu aile, arkadaş ve bedeni gibi, kendisinin sayılabilecek her şey benliği oluşturmaktadır (James, 1963). Rothbart, mizacın doğuştan geldiğini, kişinin kalıtım, olgunlaşma ve çevresel faktörler ile şekillenen bir yapı olduğunu ileri sürerken (Rothbart ve ark., 2000), Cloninger, psikobiyolojik kişilik kuramında mizaç ve karakter özelliklerine boyutsal bir yaklaşım getirmiş, belirli birincil ulakların ve ilgili genlerin mizaç ile bağlantısı olduğunu savunurken, bütünü'nün kişiliği oluşturduğunu belirtmiştir (Sayın ve Aslan, 2005). Bu konunun ayrıntılarına çalışmanın devamında kapsamlı biçimde yer verilmiştir.

Güncel çalışmalardan geriye doğru gidildiğinde, kalıtsal özellik üzerine yapılan çalışmalar, Yunan fizikçi Hippocrates'a kadar dayanmaktadır (M.Ö. 460-377). Mutlu, mutsuz, değişken mizaçlı ve soğuk olmak üzere dört farklı kişilik tanımlamıştır.

Hippocrates bu farklılıkların, vücut sıvıları ile ilişkili olduğunu, başka bir deyişle biyolojik işlevsellik ürünü olduğunu ileri sürmüştür (Schultz ve Schultz, 2008). Mutlu kişilerde mizacın kanla temsil edildiğini, vücut sıvılarından safranın kararması ile mutsuz kişiler oluştuğunu, kaygı ve depresyona eğilim görüldüğünü, safran sararması ile değişken mizaçlılığı, aşırı balgamlılık ile ise soğukluğu ve duygusuzluğu ilişkilendirmiştir (Farmer ve ark., 2002).

1.2.3. Kişilikte Tanı ve Ölçme

“Kişilik; bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkileri ve farklılıkları belirleyen sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir. Kişilik bozukluğu ise, kalıcı ve süreklilik gösteren biçimde, bu psikolojik özelliklerde beklenen normların dışına çıkılmasıdır” (Taymur ve Türkçapar, 2012).

Kişiliği ve kişilik bozukluklarını değerlendirebilmek için kategorik ve boyutsal yaklaşım, kişiliği anlamak konusunda iki temel yaklaşım modeli olarak ele alınabilir. Bu yaklaşımların altında ise çeşitli sınıflandırmalar bulunmaktadır. Kategorik ve hiyerarşik bir sınıflama kullanan DSM, 1980 yılında kişilik bozukluklarını ikinci eksende ayrıca kodlamış ve 11 kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerini içeren bir rehber hazırlamıştır (DSM-III).

Kategorik yaklaşım, tanının var ya da yok olması noktasından hareketle normal ve patolojik kişi arasında bir süreksizlik vurgusu yaparken, boyutsal yaklaşım kişilik özelliklerini değerlendirerek kategorik bir ayırım yapmadan, kişilikte sürekliliğe vurgu yapar. Patolojinin, normalin bir uzantısı olduğunu savunur (Trull and Durrett, 2005). Ayrıca, hastanın verdiği bilgiye dayanarak konulan tanının, kişilik özelliklerine göre yapılan boyutsal bir değerlendirmenin sağlayacağı veriden daha düşük bir güvenilirlik sağladığı saptanmıştır (Riso ve ark., 1994).

DSM-5 tanı kriterleri ışığında kategorik bir yaklaşım ile tanılama ve tedavi, psikiyatrinin en sık başvurduğu ölçüt olmakla birlikte, Hans Eysenck’in kişilik kuramı, Robert McCrea ve Paul Costa’nın Beş Faktör Kişilik Kuramı ve Cloninger’in yedi ana

boyut altında ele aldığı Psikobiyolojik Kişilik Kuramı, boyutsal yaklaşıma dayanarak geliştirilmiş çalışmalardır.

Nancy McWilliams'ın psikanalitik kurama dayanarak formülize ettiği, hem sağlıklı kişiliği hem de psikopatolojiyi ele aldığı, Türkçe'ye *Psikanalitik Tanı* başlığı altında çevrilen çalışması (2006), kişiliği iki temel boyuta ele alır. İlk kısım, kişilik örgütlenmesinin gelişimsel düzeylerini içerir. Sağlıklı, nevrotik, sınır-durum ve psikotiklik düzeylerin temel nitelikleri ele alınmış ve her bir organizasyon düzeyi için farklı terapötik yaklaşım önerisinde bulunulmuştur. İkinci kısımda ise kişilik örgütlenmesinin türlerine yer verilmiştir. Bunlar; antisosyal kişilik, narsisistik kişilik, şizoid kişilik, paranoid kişilik, depresif ve manik kişilik, mazoşistik kişilik, obsesif ve kompulsif kişilik, histerik kişilik ve dissosiyatif kişilik olarak sınıflandırılmıştır.

Aynı yazarın ikinci çalışması olan Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2), 2017 yılında yayınlanmıştır. Yazar, bireyselliğin karmaşık gerçekliğinin, kategorik biçimde tanılama yoluyla aşırı derecede basitleştirildiğini öne sürmüştür. Kişiliğin farklı konfigürasyonlarının, disfonksiyonunu anlamak açısından yararlı olduğunu belirtmiştir. Zihinsel fonksiyonu değerlendirmede klinisyenin gözleminin değersizleştirildiği günümüzde, bilimsel araştırmalara ek olarak, bağlanma biçimleri, savunma mekanizmaları, gelişim, duygudurum ve nörobilimi içine alan, psikodinamik bir anlayışla sentezleme yapılmasının önemini vurgulamıştır (Lingiardi ve McWilliams, 2017).

Kişiliği anlamaya yönelik geliştirilmiş olan ölçme araçları nesnel ölçüm yapan envanterler ve projektif olarak tanımlanan öznel değerlendirme yapan envanterler olarak iki gruba ayrılır. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-MMPI), sorularına doğru/ yanlış biçiminde yanıt alınan, yapısal değerlendirmede en sık kullanılan testtir. Projektif testler arasında en sık kullanılanlar ise Rorschach ve Tematik Algı Testi (Thematic Apperception Test -TAT)dir (Taymur ve Türkçapar, 2012).

Cloninger'in, psikobiyolojik kişilik modelinde ortaya koyduğu boyutsal yaklaşımında davranışın nörobiyolojik temelleri, kişiliğin genetik temelleri, kişiliğin bilişsel ve duygusal yapısı ile gelişimsel faktörlerle etkileşimini içine alan geniş bilgi sağlama potansiyeliyle, kişiliğin beyindeki bağlantılarını daha detaylı ortaya

koyabileceği ve patolojinin anlaşılmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir (Köse, 2003).

1.2.4. Cloninger Psikobiyolojik Kişilik Modeli

Cloninger, somatizasyon bozukluğu ve genel kaygı bozukluğu arasındaki farkları kişilik yapısı açısından araştırırken, somatik kaygı taşıyan hastaların dürtüsel agresif kişilik özellikleri gösterdiklerini, genelleştirilmiş bilişsel kaygısı olanların ise saplantılı zorlantılı kişilik özelliklerine sahip olduğunu gözlemlemiştir. Eysenck'in modeli gibi, normal ve normal dışı kişiliğe uygulanabilecek bir model geliştirmek istemiştir. Ancak Eysenck'in Nörotisizm ve Dışa Dönüklük faktörlerinin fenotipik (gözlenen) kişilik yapısına dayandığını, bunun da genetik ve çevresel faktörlerin her ikisinden de temel aldığını, dolayısıyla kabul edilemez olduğunu belirtmiştir (Köse, 2003).

Psikobiyolojik Kişilik Modeli, Mizaç ve Karakter Kuramı olarak da bilinir. Cloninger (1987) yayınladığı çalışmasında, yenilik arayışı (novelty seeking), zarardan kaçınma (harm avoidance) ve ödül bağımlılığı (reward dependence) olarak üç boyut tanımlamıştır. Belirli birincil ulakların ve ilgili genlerin mizaç ile bağlantısı olduğunu savunmuş, tanımladığı huy özellikleri olan “yenilik arayışı”nın dopaminerjik, “zarardan kaçınma”nın serotonerjik, “ödül bağımlılığı”nın noradrenerjik dizge tarafından denetlendiğini ileri sürmüştür. Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'ni (Tridimensional Personality Questionnaire – TPQ) bu modele uyumlu olarak geliştirmiştir (Sayın ve Aslan, 2005). Ardından, glutaminerjik aktivite ile “sebat etme” (persistence) arasında ilişki olduğunu bildirerek mizaç boyutlarını dört maddede tanımlamıştır. Mizaç özellikleri bireysel farklılıkları yansıtırken birbirinden bağımsız olarak kalıtsaldır (Köse ve ark., 2004).

Davranışsal aktivasyon sistemi ile bağlantılı olan yenilik arayışı (YA), dürtüsel karar verme, çabuk öfkelenme ve engellenmeden aktif kaçınmayı içerir. Davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkili olan zarardan kaçınma (ZK), davranışın durdurulması veya önlenmesine dönük bir eğilimdir. Karamsarlık, endişelilik hali, çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ile gözlenir. Davranışsal sürdürme sistemi ile ilişkili olan ödül bağımlılığı (ÖB), başkalarının onayına bağımlılık, duygusallık ve sosyal bağlanma ile kendini gösteren kalıtsal bir eğilimdir (Köse ve ark., 2004). Önceleri ödül bağımlılığının bileşenlerinden biri olduğu düşünülen fakat sonra ayrı bir boyut olarak ele alınan sebat etme ise, yorgunluk, engellenme ve seyrek pekiştirmeye rağmen

davranışın sürekliliğinin sağlanmasıyla ilişkili kalıtsal bir eğilimdir (Sevi Tok ve Arkar, 2012).

Yenilik Arayışı: Davranışsal aktivasyon sistemi ile bağlantılı olarak yeniliğe karşı istekliliği başlatmaya dönük kalıtsal bir eğilim yansıttığı belirtilmektedir (Cloninger, 1987). Bu davranışsal aktivasyon aynı zamanda, potansiyel ödüllerin araştırılması, elde edilmesi ve cezadan aktif kaçınma ile bağlantılıdır. Yenilik arayışı yüksek olan kişiler, araştırmacı, dürtüsel, savurgan ve sinirli olarak, düşük olan kişiler ise, katı, tutumlu, yavaş mizaçlı, kayıtsız, hevesiz ve monoton olarak tanımlanmışlardır. Yenilik arayışının yüksek olmasının avantajları heveslilik, yeni ve tanıdık olmayana çabuk adapte olmayı getirirken, dezavantajları hayal kırıklığına uğradığında aşırı öfke dolayısıyla ilişkilerde tutarsızlık kaynağı olabilir (Cloninger, 1987; Cloninger ve Svrakic, 1997). Alt boyutları aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

YA1-Keşfetmekten Heyecan Duyma - Kayıtsız Bir Katılık

YA2- Dürtüsellik - İyice Düşünme

YA3- Savurganlık - Tutumluluk

YA4- Düzensizlik - Düzenlilik

Zarardan Kaçınma: Davranışın önlenmesi ya da durdurulmasına dair kalıtsal bir eğilimdir. Zarardan kaçınma mizaç özelliği yüksek olan kişiler, kötümser, korku dolu, güvensiz, pasif ve halsizdirler (Cloninger ve Svrakic, 1997). Sosyal ortamlarda genellikle utangaç tavırlar sergilerler. Genellikle eleştiriye duyarlıdır. Olası bir tehlikeye karşı daha tedbirli ve duyarlı olmak ise avantaj yaratır. Diğer yandan, tehlike olmadığı halde beklenti içinde olmak, yersiz endişe ve kötümserliğe yol açar. Bu mizaç boyutundan düşük puan alan kişiler, pek çok kişi endişe duyduğu halde bile iyimser, enerjik, dışa dönük, ilgili, sakin ve cesur tavırlar sergilerler. Tehlike karşısında özgüvenli olmak avantaj yaratırken, pervasızlık boyutuna varması dezavantaj olabilir (Köse, 2003). Zarardan Kaçınma (ZK) mizaç boyutunun dört alt ölçeği aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

ZK1- Beklenti Endişesi ve Karamsarlık - Sınırsız İyimserlik

ZK2- Belirsizlik Korkusu - Güven

ZK3- Yabancılardan Çekinme - Topluluğu Sevme

ZK4- Çabuk Yorulma (Dermansızlık) - Dinçlik

Ödül Bağımlılığı: Ödül bağımlılığının, ödül sinyallerine (özellikle sosyal onay ve başarıya sözlü sinyaller) yoğun tepki verme, ödül veya cezadan kurtulma ile ilişkilendirilen davranışların yok olmasının sürdürülmesi eğilimi olduğu varsayılmaktadır (Cloninger, 1987). Daha önceden ödül getirdiği veya cezadan uzaklaştırdığı bilinen davranışı sergileme eğilimi olarak tanımlanabilir. Yüksek ödül bağımlılığı duygusallık, sıcaklık, açıklık ve sempatiklik getirirken, düşük ödül bağımlılığı eleştirel, uzak ve bağımsız bir mizaç ile karakterizedir. Ödül bağımlılığı puanı düşük kişiler sıklıkla pratik, soğuk ve sosyal olarak duyarsız şeklinde tarif edilirler. Avantajı, başkalarını memnun etme çabası içinde sıkışmadan nesnel bakış sağlamasıdır. Hassasiyet eksikliği, yararlı ve yakın sosyal ilişkiler geliştirilmesine yol açabileceğinden dezavantaja dönüşebilir (Cloninger ve Svrakic, 1997). Ödül Bağımlılığı (ÖB) mizaç boyutunun üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar:

ÖB1- Duygusallık-Duyarsızlık

ÖB3-Bağlanma-Uzak Olma (Attachment-Detachment)

ÖB4-Bağımlılık-Bağımsızlık

Sebat Etme: Bu boyut ayrı olarak, TCI 1993 versiyonunda ek sekiz madde ile bulunmaktadır (Köse, 2003). Engellenme ve yorgunluğa karşı kalıtsal bir eğilim olan sebat etme, davranışta ısrarcı olmak anlamına gelir. Sebat eden kişiler, ödül yokluğunda bu davranışın sönmesine karşı direnç gösterirler. Yüksek sebatkarlık, çalışkanlık, adanmışlık, hırs ve mükemmeliyetçilik ile, düşük sebatkarlık ise tembellik, şımarıklık, başarısızlık ve pratiklik ile karakterizedir (Cloninger ve Svrakic, 1997).

Sebat Etme (SE) mizaç boyutu ödül bağımlılığının alt ölçeği olarak düşünülmüş ancak ödül bağımlılığının diğer alt ölçekleriyle korelasyon göstermediğinden daha sonra sekiz madde olarak ayrıştırılmış ve dördüncü mizaç faktörü olarak eklenmiştir. Diğer yandan, bağımsız bir değişken olarak yeterli psikometrik özellikleri göstermemiş ve iç tutarlılığı genel olarak düşük çıkmıştır (Arkar ve ark.,2005).

Karakter bileşenleri, erişkinlikte gelen sosyal ve kişisel etkinliklerin katkılarıyla zenginleşir. Bu açıdan mizaç bileşenlerinden farklıdır. Kişilik gelişimi, tekrarlayan epigenetik bir süreçtir; kalıtsal mizaç faktörleri içgörü edinimine yardımcı olurken, aynı zamanda kişinin yanıt vereceği uyarımın gelişmesine zemin hazırlar. Kişi için anlamı ve çekiciliği değişir, gelişir. Karakter özellikleri, kişisel ve sosyal etkinliğin getirdikleriyle

olgunlaşır. Doğuştan gelen mizaç özellikleri ile birleşir. Bu şekilde mizaç ve karakter gelişimi birbirlerini etkilemektedir (Arkar, 2004).

Cloninger, karakter boyutları olarak, kendi kendini yönetme (self-directedness), işbirliği yapma (cooperativeness) ve kendini aşma (self-transcendence) boyutlarını eklemiş ve yedi boyutlu modelini oluşturarak ismini Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory – TCI) olarak güncellemiştir (Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1993).

Kendini Yönetme: Görev ve sorumluluk bilinci gelişmiş, anlamlı amaçlar edinmiş, sorunları çözmede beceri sahibi olan ve kendini kabullenen bireylerdir (Köse ve ark., 2004). Kişilik bozukluğunun varlığı veya yokluğunun temel belirleyicisidir (Svrakic, Whitehead, Przybeck ve Cloninger, 1993). Seçilmiş hedefler doğrultusunda bireyin kendini yönetme becerisidir. Dürtüsel ve dağınık davranış setleri yerine kendiliğe ne derecede entegre, yaptıklarının sorumluluğunu alan, algılayan ve öz farkındalığı yüksek olduğuna işaret etmektedir. Kendini yönetme puanı yüksek olan kişiler; sorumlu, amaç sahibi, becerikli, kendi ile barışık, disiplinli kişilik özellikleri sergilerler. Düşük puanlı kişiler ise suçlayıcı, amaçsız, beceriksiz, boş, disiplinsiz tavırları ile göze çarparlar (Cloninger ve Svrakic, 1997). Kendini Yönetme (KY) karakter boyutunun beş alt ölçeği aşağıdaki biçimde sıralanmıştır:

KY1- Sorumluluk Alma-Kınama

KY2- Amaçlılık-Amaçsızlık

KY3- Beceriklilik-Eylemsizlik

KY4- Kendini Kabullenme-Kendisiyle Çekişme

KY5- Uyumlu İkincil Huylar-Uygunsuz Alışkanlıklar

İş Birliği Yapma: Kişilik bozukluğunun tüm kategorileri, düşük işbirliğine yatkınlık ile bağlantılıdır. Kendini Yönetme karakter boyutu da düşük ise psikopatolojinin incelenmesi önem kazanır (Arkar, 2004). İş Birliği Yapma (İY); hoşgörülü, empati yeteneği gelişmiş, vicdanlı ve erdem sahibi olmak gibi kişilik özellikleri ile tanımlanmıştır (Köse ve ark., 2004). Bu boyuttaki yüksek puanlar kişinin duyarlı, empatik, yardımcı, şefkatli ve prensipli; düşük puanları ise duyarsız,

düşmanca, toleransı düşük, kinci ve çıkarıcı karakter özelliklerini gösterir (Cloninger ve Svrakic, 1997). İş Birliği Yapma karakter boyutunun beş alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar:

İY1-Sosyal Onaylama-Sosyal Hoşgörüsüzlük

İY2-Empati Duyma ve Sosyal İlgisizlik

İY3-Yardımseverlik-Yardımsevmezlik

İY4-Acıma-İntikamcılık

İY5-Erdemlilik-Vicdanlılık

Kendini Aşma: Yüksek yaratıcılık, kuvvetli manevi değerler, idealizm ve evrenin bütünleşmiş bir parçası olarak tanımlanmış bir karakter boyutudur (Köse ve ark., 2004). Yatarak psikiyatrik tedavi gören hastalarda, genel popülasyona göre daha düşük bulunmuştur. Kendini aşma alt boyutu puanları yüksek olan kişiler, fedakar, bireysel kendilikten ziyade bütünle bir olarak kendini aşmış, evrenin bütünleşmiş bir parçası olabilmiş, kendiliğin ötesine geçebilen, spiritüel, aydınlanmış ve idealist olarak tanımlanırken; düşük puan alan kişiler, yaratıcılığı kontrolcü, materyalist, yaratıcılığı düşük, sahiplenici ve pratik karakter özellikleri sergilemektedirler (Cloninger ve Svrakic, 1997). Kendini Aşma (KA) karakter boyutunun üç alt ölçeği aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

KA1-Kendilik Kaybı-Kendilik Bilincinde Yaşantı

KA2-Kişiler Arası Özdeşim-Kendine Ayrışma

KA3-Manevi Kabullenme-Akılcı Maddecilik (Rasyonel Materyalizm)

1.2.5. Kişilik ve Organik Bozukluklar

Doğuştan gelen mizaç özellikleri ile psikopatoloji arasındaki ilişki Hippocrates'e (M.Ö. 5.yy) kadar dayanmaktadır. Hippocrates, mizaç farklılıklarını vücut sıvıları ile ilişkilendirmiştir (Schultz ve Schultz, 2008). Mizaç konusunu psikiyatrik semiyolojiye ilk dahil eden isim olarak bilinen Kraepelin (1921) ise bipolar bozukluğu yalnızca mani ve depresif epizodlar olarak değil, farklı duygudurum oluşumları ve mizaç özelliklerini kapsayan bir durum olarak tanımlamıştır (Akdeniz ve ark., 2004). Güncel çalışmalara yol açıcı yaklaşımıyla Eysenck, otonom sinir sistemi aktif olanların nevrozizme,

şartlandırılmış cevaplar vermeye eğilimli olanların ise psikotizme yatkın olduklarını belirtmiştir (Sayın ve Aslan, 2005). Mizaç ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarıyla bilinen Cloninger (1987) ise birbirinden genetik olarak bağımsız üç farklı huy özelliği tanımlamış ve bu özelliklerin dopaminerjik, serotonerjik ve noradrenerjik dizge tarafından denetlendiğini belirtmiştir.

Kişilik özellikleri ve mizaç ile psikopatoloji arasındaki ilişki yaklaşık 25 yüzyıldır anlaşılmaya çalışılmakla birlikte, kişilik ve organik bozukluklar arasındaki ilişkiyi anlamaya dönük yeterli sayıda çalışma yoktur. Ülkemizden ve dünyadan ulaşılabilen örnekler aşağıda özetlenmiştir.

Altungören ve arkadaşları (2010), fibromiyalji tanısı konmuş 51 hasta ve 51 sağlıklı kadının mizaç karakter özelliklerini inceleyerek, klinik özellikleri ve depresif durumları arasında ilişki olup olmadığını araştırmışlardır. TCI (Cloninger Temperament and Character Inventory) kullanılarak yapılan çalışmada fibromiyalji tanısı konmuş hastaların %76.5'ine psikiyatrik tanı konduğu kaydedilmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında FMS'lu hastaların, sebat etme ve kendini yönetme puanları düşükken, zarardan kaçınma puanları yüksek bulunmuştur.

Arslan, Arkar ve Danaoğlu'nun 2011 yılında yaptığı çalışmada, miyokard infarktüsü(MI) geçiren koroner kalp hastalarının mizaç ve karakter özellikleri, öfke, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. TCI ile yapılan mizaç değerlendirmesinde MI hastaları ve sağlıklı gönüllüler arasında yapılan karşılaştırmada ödül bağımlılığı ve öfke düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. MI hastalarının öfkelerini kolayca ifade edemedikleri ve öfkeyi kontrol etmekte güçlük yaşadıkları belirtilmiştir.

2018 yılında yayınlanan bir Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tez çalışmasında örneklem olarak koroner arter hastalığı ve hipertansiyon gibi kronik hastalık tanısı konmuş kişiler seçilmiştir. Depresyon ve kaygı düzeyleri ile kişilik biçimlerinin etkileşimi incelenmiştir. Kişilik özelliklerinin Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği kullanılarak değerlendirildiği çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, kronik hastalığa sahip kişilerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile kişilik özellikleri arasında bir ilişkiden söz edilebileceği belirtilmiştir (Arıcı, H.2018 Yüksek Lisans Tezi).

Polikistik over tanısı konmuş hastalar (n=50) ile kontrol grubunun (n=41) karşılaştırıldığı bir çalışmada TCI, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Kaygı Envanteri kullanılmış, her iki grup arasında kişilik ve mizaç açısından alt boyutlarda fark bulunmamış, ancak hasta grubunun depresyon ve kaygı düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Öztürk ve ark., 2019).

1.2.6. Kişilik ile IBS ve FD Hastalıklarının İlişkisi

Gastrointestinal hastalıkların etiyolojisinde; genetik faktörler, çevresel faktörler, barsak mikrobiyotası, inflamasyon ve bağışıklık gibi biyolojik etmenlerin yanı sıra, kişiliğin de önemli rolü olduğu bilinmektedir (Muscatello ve ark., 2014).

Ülkemizde ve dünyada örneklem grubu olarak İBS ve FD tanısı konmuş hastaların seçildiği, kişilik özelliklerinin incelendiği yayınlanmış makaleler, lisansüstü tezleri ve tıpta uzmanlık tezleri taranmıştır. Kişilik özelliklerinin TCI kullanılarak değerlendirildiği araştırmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu gözlenmiştir. Literatürün sınırlı kalması nedeni ile önce TCI kullanılan çalışmalardan ulaşılabilenler, ardından diğer kişilik ölçekleri kullanılarak yapılmış çalışmalardan bazı örnekler aşağıda özetlenmiştir.

2018 yılında NewYork’da bir hastane acil servisine abdominal semptomla başvuran hastaların kişilik faktörlerini incelemek üzere yapılan çalışmada, hastalar üç gruba ayrılmıştır: Spesifik tanı konmuş karın ağrısı yaşayan hastalar (n=77), özgül olmayan tanı konmuş hastalar (n=67) ve organik dispepsi tanısı konmuş hastalar (n=21). Bu üç grup ile sağlıklı bir grup (n=122) TCI kullanılarak değerlendirilen kişilik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Spesifik tanı konmuş karın ağrısının kapsamına örnek olarak ülseratif kolit, ülser, pankreatit, kolesistit gibi tanılar gösterilmiştir. Non-spesifik karın ağrısı grubuna; kas ağrısı, çok posalı yemek tüketiminin sonucunda hissedilebilecek yakınmalar dahil edilmiştir. Organik dispepsi daha çok psikolojik nedenlere dayandırılmaktadır. Araştırmanın bulguları, organik dispepsi tanısı konmuş grubun kaygı düzeylerinin diğer iki gruptan anlamlı derecede yüksek olduğu ($p = 0.003$) yönündedir (Lexne ve ark., 2018).

Kore Tıp Fakültesi öğrencilerinden klinik tanı almamış 199 kişi ile yapılan bir çalışmada, fazla yeme ve fonksiyonel dispepsinin yaşam kalitesi üzerindeki negatif

etkisi, kişilik ve mizaç özellikleri TCI kullanılarak bakılmıştır. Çoklu regresyon analizi uygulanmış, aşırı yemek yeme ve bozulmuş yaşam kalitesi ile kişilikteki bireysel farklılıklar arasında zayıf bir ilişki bulunurken, cinsiyet, sosyal olarak arzulanabilirlik, beden kitle endeksi değişkenlerinin yeme davranışı sorunlarının yordanmasında anlamlı rolleri olduğu belirtilmiştir. Zarardan kaçınma (ZK) mizaç özelliğinin, yeme davranışı sorunları arasındaki aşırı yeme ve fonksiyonel dispepsi ile anlamlı bir ilişkisi olduğu da ortaya konmuştur. (Lee ve ark., 2015).

Otuz dört İBS hastası ve 32 sağlıklı kişinin dahil edildiği, 2005 yılında yayınlanan Tıpta Uzmanlık Tezi ve 2007 de yayınlanan makalede, İBS hastalarının psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır. TCI, Durumluk, Sürekli Kaygı (STAI-I-II) ve Toronto Aleksitimi (TAÖ) envanterleri kullanılmıştır. TAÖ ve STAI-II puanları yüksek bulunurken, mizaç özelliklerinden zarardan kaçınmada, karşılaştırma grubuna göre anlamlı derece yüksek sonuçlar bulgular arasına girmiştir (Taymur, İ. 2005; Taymur ve ark., 2007).

Aşağıda diğer kişilik değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı bazı çalışmalardan örneklerle yer verilmiştir:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuranlar arasından FGİH tanılı 109 hasta ile bu tanıyı almamış 96 kişi ile yapılan bir çalışmada, Eysenck kişilik anketi kısa formu kullanılarak, FGİH olgularında öfke, savunma biçimleri ve kişilik tipleri ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır. İstatistiksel analiz sonucunda FGİH ve bu tanıyı almamış grup arasında kişilik tipleri ve olgun, nevrotik ve ilkel savunma düzenekleri arasında fark bulunmuş, ancak FGİH grubunda öfkenin daha fazla içe yansıtıldığı bulunmuştur (Çakmak, B.B., 2015; Tıpta Uzmanlık Tezi).

İnflamatuar barsak hastalığı (İBH) ve İBS tanısı konmuş iki hasta grubu arasında; kişilik özellikleri, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi, stresli yaşam olaylarının sayısı ve afektif durum açısından farklar araştırılmıştır. Big Five kullanılarak kişilik özelliklerinin incelendiği çalışmada İBS hastalarının, İBH gibi organik gastrointestinal hastalıkları olan hastalara kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları ve nörotisizm düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Tkalcic ve ark., 2010). Benzer biçimde, FD tanısı konmuş 40 hasta ile 41 sağlıklı kişiden oluşan örneklem grubuna 16PF Kişilik Envanteri uygulanmış, FD tanısı konmuş hastaların nörotisizm ve itaatkarlık seviyelerinin anlamlı derecede yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Nörotik eğilimlerin FD

gelişiminde etkili olduğu, buna ilave olarak itaatkarlığın da katkı sağladığına işaret edilmiştir (Kot ve ark., 2008). Nörotisizme işaret eden bir başka çalışma ise Eysenck Kişilik Ölçeği kullanılarak yapılmış; kişilik, somatik stres ve ağrının araştırıldığı, 55 FGIH tanısı konmuş hasta grubunun, tanı almamış grup ile karşılaştırıldığında, hasta grubunun nörotisizm ve örtük agresyon seviyelerinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tanum ve Malt, 2000). Yine Eysenck kişilik ölçeği kullanılarak psikososyal faktörlerin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, FD tanısı konmuş kişilerin (n=60), tanı almamış kişilere (n=60) göre, nörotisizm ve kaygı seviyelerinin anlamlı derecede yüksek olduğu kaydedilmiştir (Filipovic ve ark., 2013).

İBS'nin, psikososyal faktörler açısından incelendiği bir çalışmada 238 kişiden oluşan örneklem grubu, İBS tanısı konmuş ve tedavi gören, İBS tanısı konmuş ancak tedavi başlanmamış ve tanı almamış üç grup ile oluşturulmuş; kişilik, duygudurum, stresli yaşam olayları, hastalığa karşı davranış ve sosyal destek değişkenleri ölçülmüştür. Kişiliği değerlendirmek amacıyla MMPI kullanılmış, normal dışı kişilik örüntüleri, hastalığa karşı davranışlar ve stresli yaşam olayları, karşılaştırma grubuna göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur. İBS hastalarında karşılaştırma grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunan MMPI alt testleri; hipokondriasis, depresyon, histeri ve psikasteni olarak belirtilmiştir (Drossman ve ark., 1988).

1.3. Bağlanma Teorisi

Bağlanma teorisi, temel bakım veren ile olan erken deneyimlere dayanarak, insan davranışını açıklamak ve tahmin etmek yönündeki kapasitesiyle, psikolojideki en önemli teorik çerçevelerden biridir. John Bowlby (1973, 1980, 1982/1969), bağlanma sisteminin, bağlanma figürü ile bebeğin yakınlığını ayarlayan bir düzenleme aracı olduğunu savunmuştur. Sistemin, hayatta kalmayı sağlamak için doğuştan geldiğini ve evrimsel olarak uyumlu bir düzenleyici olduğunu ileri sürmüştür.

Bowlby (1969/1982), bilişsel bileşenlerin; bağlanma figürünün oluşturduğu zihinsel temsillerin, çevre ve kendilik yapılanmasının bir araya gelerek oluştuğunu öne sürmüştür. Büyük ölçüde deneyime dayanan bu yapı, bağlanma davranış sisteminin organizasyonunu desteklemektedir. Bu noktada, içsel fantezilere vurgu yapan Freud'un görüşlerinden ayrılmaktadır. Bowlby'e göre bu temsiller ya da içsel çalışma modelleri

(internal working models), kişilere geleceklerini planlamaları için alan açar (Davies & Bhugra, 2004).

Bowlby'e (1969) göre, bebekler biyolojik ve motivasyonel bir sistem yardımıyla, doğduktan sonra bakım verene yakınlık duyarlar. Evrimsel bakış açısına göre, bebek koruma ve güvenlik sağlayan bakım veren ile yakın bir ilişki kurarak hayatta kalma şansını artırır. Bebek bakım verenden ayrıldığında veya bu bağ tehdit altında olduğunda, karakteristik bir yakınlık arayışı olan “ağlama” tepkisi gösterirler. Hedef, bakım verenin tepkileri yardımıyla, bakım veren ve bebek arasında bir ortaklık geliştirmektir (Lyddon ve Sherry, 2001).

Bowlby (1973), çocukların özdeğer duygusunu, bakım verenin varlığı, koruması ve gösterdiği özen üzerinden deneyimlediklerini anlatmıştır. Duygunun yoğunluğu ve seviyesi, bağlanmış olan bebek ve bağlanma nesnesi arasındaki ilişkiye bağlıdır. Bakım verenin içe alınmış sembolik figürü, yokluğunda dahi bebeğin güvende hissetmesine yardımcı olur. Kişisel-sosyal gelişim, benliğin içsel modelleri ile diğerleri arasındaki ilişkiye dayanır. En merkezi “öteki”, birincil bakıcı(lar)dır (Bacon & Richardson, 2001).

Sonuç olarak, bağlanma kuramı, bireyler arasında ayrılık tehlikesine karşı sergilenen ve yakınlık arayışı ile şekillenen duygusal bağ olarak tanımlanabilir (Rathus, 2008).

1.3.1. Bağlanma Teorisine Katkılar

Ainsworth (1989) için bağlanma stili, erken yaşlarda ebeveynle etkileşimin yardımı ile oluşur. Bu durum, yakın ilişkilerin, inançların, ihtiyaçların ve sosyal davranış örüntülerinin gelişmesine yol açar.

Ainsworth ve arkadaşları, “Yabancı Durum Protokolü” ile bağlanma teorisine önemli bir katkı sunmuşlardır. Ainsworth ve Wittig'in (1969) Yabancı Durum çalışması, anne ve bebek arasındaki ilişkinin, bebeğin davranışlarına yansımaları gözlemlenebilir fırsatı sunmuş ayrıca anne-bebek ilişki kalitesi farklarını ortaya koyduğu düşünülmüştür. Çalışma, kontrollü bir laboratuvar ortamında bebeklerin bağlanma davranışını ortaya çıkarmak için yapılan bir kurgudur. Anne ve bebeğin kısa süreyle ayrılması planlanmıştır. Çocuğun, ayrılığın ardından temel bakım veren ile birleşmesinin ilk anlarına verdiği tepkiler gözlemlenmiştir (Ainsworth ve ark., 1978).

Çalışmanın sonunda, bağlanma davranışı, güvenli, güvensiz kaçınan ve güvensiz kararsız olarak sınıflandırılmıştır. Bakımı arama davranışı, uyumlu bir stratejiden yoksun ve kolayca sınıflandırılmayan çocuklar için, dördüncü bir öge olarak düzensiz ve dağınık bağlanma olarak eklenmiştir (Main and Solomon, 1986, 1990).

Bartholomew ve Horowitz (1991), yetişkinlikte dört gruplu bir bağlanma stili modeli önermiştir. Bowlby'nin (1973, 1980, 1982a) teorisine dayanan bu katkı, “ben ve diğeri” olarak iki tür içsel çalışma modeli barındırmaktadır. Ayrıca, her modelin pozitif ve negatif uçları bulunmaktadır. İki kendilik algısı (ben) düzeyini, “diğeri” algısının pozitif ve negatif iki seviyesi ile birleştirmişlerdir. Profil tanımlaması için üç tür derecelendirme kullanılmıştır. Katılımcılar mülakat yoluyla, arkadaş raporlarıyla ve özdeğerlendirme yoluyla sınıflandırılmışlardır. Ortaya çıkan stiller; güvenli (secure), meşgul (preoccupied), korku dolu (fearful) ve kaçınan (dismissive avoidant) olarak tanımlanmıştır.

Bowlby'nin odak noktası, çocuk ve bakım veren ilişkisinin doğasını anlamak idi. Bağlanmanın tüm yaşam boyunca bir etkisi olduğu fikrinin altını çizmiştir. Hazan ve Shaver, Bowlby'nin fikirlerini romantik ilişkiler bağlamına taşımışlardır. Yetişkin romantik ilişkilerindeki duygusal bağın, bebekler ve bakım veren arasındaki ilişkide gelişene benzer bir motivasyon içerdiğini iddia etmişlerdir. Altını çizdikleri benzerlikler şunlardır; (1) her ikisi de, diğeri yakında olduğunda güvende hisseder, (2) her ikisi de, yakın, samimi ve bedensel temas içeren bir bağdan haz duyar, (3) her ikisi de diğeriyle erişemediğinde güvensiz hisseder, (4) her ikisi de birbiriyle diğeriyle dair keşiflerini paylaşır, (5) ikisi de birbirlerinin yüzüyle oynar ve birbirleriyle çok meşgul olurlar, (6) ikisi de bebekçe konuşurlar (Fraley, 2010).

Annenin duygusal tepkileri ve verdiği bakımın önemi, Bowlby'nin yanı sıra, erken psikanalitik teorisyenler tarafından da vurgulanmıştır. Winnicott, D.W. ve Fairbairn, W.D, erken primer ilişkinin; kendiliğin gelişimi, başkalarıyla ilişkiler ve zihinsel sağlık üzerindeki önemine odaklanmışlardır. Heard, DH (Nesne ilişkilerinden bağlanma teorisine: Aile terapisinde temel, 1978) çalışmasında, Winnicott'un nesne ilişkileri teorisi ve Bowlby'nin bağlanma teorisinin, psikolojik ve kişilerarası fenomenlere yaptıkları vurgunun benzer bir çerçeve olduğunun altını çizmiştir. Bu benzerlikler aşağıda kısaca özetlenmiştir.

John Bowlby'nin oğlu olan Sir Richard Bowlby, Winnicott'un ikinci ölüm yılındaki anma töreninde bir konuşma yapmıştır. Kişisel bir ilişkilerinin olduğu bilinmektedir. Richard Bowlby, babasının Winnicott'tan güçlü biçimde etkilendiğinden bahseder (Bowlby, R. 2004). Bowlby'nin çalışmalarının Winnicott'un fikirlerinden etkilenmiş olması muhtemeldir. Bir kısmı Cornell Üniversitesi Psikiyatri Tarihi Enstitüsü Oskar Diethelm Kütüphanesi'nde, diğer bir kısmı ise Londra'daki İngiliz Psikanaliz Derneği'nde Pearl King Archives Trust'ta kayıtlı olan, yayınlanmamış yazışmaları bulunmaktadır (Bowlby, R., King, P. 2004).

Winnicott, bebeklikte kişiliğin henüz entegre olmadığını, doğal olarak anneye bağımlı olduklarını söylemiştir. Bu durumu “mutlak bağımlılık” (absolute dependence) olarak kavramsallaştırmıştır. Bebek varlığını, annenin sağladığı dünya aracılığı ile tecrübe eder. 5-6 aylık olduğunda, nesnelerin içi ve dışı olduğunu anlamaya başlar. “Diğeri”ni öğrendikçe annenin hallerini merak etmeye başlar. Bir sonraki aşama, parçaları bir araya getirme, yani entegrasyonu deneyimleme evresidir. Bebek; bir bütünlükle, “kendilik” ve “diğeri” hisleriyle tanışır. Eğer anne bebeğiyle yeterince meşgul değilse, Winnicot'un kazandırdığı başka bir kavram olan “yeterince iyi annelik” yapamadıysa, bebekte terkedilmişlik duyguları yerleşmeye başlar. Bebeğin yeterince “tutulmaması” (holding environment), bu deneyime karşı savunma geliştirmesine yol açabilir ve oluşabilecek “sahte kendilik” nedeniyle ilişkilerde umutsuzluk ve güvensizlik duyguları hakim olabilir (Mikic & Terradas, 2014).

Fairbairn'in (1941), gelişim teorisi, erken nesne ilişkilerine güçlü bir vurgu yapmaktadır. Fairbairn'e göre nesneyle özdeşleşme ve sonra nesneyle ayrışma, sağlıklı bir olgunluk ve kişilerarası ilişkiler için gerekli zemini oluşturur. Çocuk nesneye bağımlı olduğunda erken dönemde bölünme meydana gelir. Temel bakım veren tarafından reddedilen ve ihmal edilen çocuk, nesneyi reddeden olarak içe alır. Nesneye karşı iyi ve kötü gibi birbirine zıt duyguların entegre edilmesi zor hale gelir. Dahası, ebeveyn, hayatta kalmak için gerekli olduğundan, bebeğin nesneyi korku dolu veya kötü olarak görmesi zordur. Bu nedenle, bebek ebeveyni içe alır ve onu kendi benliğinin bir parçası olarak kabul eder. Sevilmez ve kötü olan, dışarıdaki nesneden ziyade kendiliğinin bir parçası olmuştur. Sevilmeyen ve kötü olan kendisidir. Fairbairn, ego yapısını, ego-çekirdeği ve farklı parçaların oluşturduğunu ve bunun çocuğun gelişimi sırasında bütünleşen bir yapı olduğunu ileri sürmüştür. Şizoid kişiliklerin, ilişkide olgun bir aşamaya gelmekte güçlük çektiklerini, dolayısıyla çekirdeğin entegrasyonunda sorun

yaşadıklarını belirtmiştir. Fairbairn; şizoid kişiliklerin “diğeri”ne olan sevgisinin nesneyi tahrip ettiği duygusu yaşadığını tarif etmiştir.

1.3.2. Bağlanma Stilleri

Bağlanma teorisine katkıda bulunanları özetlemenin ardından bu kısımda, bağlanma biçimleri, çocuk ve yetişkin bağlanması ele alınacaktır. Genel olarak güvenli ve güvensiz bağlanma olarak ikiye ayrılan yaklaşımı, teorisyenlerin farklı başlıklar altında kategorize ettiği görülmüştür. Tez çalışmasının bu aşamasında, yetişkin bağlanması incelenerek, çocuklukta meydana gelen bağlar konusunda neler düşünüldüğü, literatürdeki çalışmalar yoluyla ortaya konmuştur.

Güvenli Bağlanma:

Yetişkin bağlanmasını çalışan Hazan ve Shaver’ın sınıflandırma sistemine (1987) göre, bağları güvenli olarak sınıflandırılan yetişkinler, romantik ilişkileri hakkında sorular sorulduğunda şu tür cevaplar vermişlerdir: “Başkalarına yakınlaşmayı nispeten kolay buluyorum.” “Karşımdakine bağlanmak konusunda rahatım ve bana bağlı olmaları da benim için rahat.” “Terk edildiğimde ya da bana çok yaklaşıldığında endişelenmiyorum.”

Bowlby, iç dünyada böyle bir alanın açılmasında iki önemli faktörün altını çizmiştir. Birincisi, kişi sorun yaşadığında, içinde mevcut olan ve duyarlı diğerlerinin temsili bir modelini barındırmasıdır. İkinci faktör ise, sevillebilir ve bakım almaya değer bir kendilik modeli temsiline sahip olmaktır. Benzer şekilde, Ainsworth, rahatsızlık hisseden ve rahatlatılması için sinyal veren, güvenli bağlanmış bebeklerin, destekleyici, kabul eden, işbirliği yapan, hazır bulunan, karşı karşıya gelen ve hassas tutumlu annelerden bakım aldıklarını gözlemlediğini bildirmiştir (Cassidy, 2000). Bu anaç duyarlılık nedeniyle, güvenli bağlanmış çocukların sevgi dolu, hassas ve duyarlı anne temsilleri geliştirdikleri düşünülmektedir.

Çocukluklarında güvenli bir şekilde bağlanmış olan yetişkinler, bakım aramada kendilerini rahat ve güvende hissederler. Başkalarına dönük zihinsel temsilleri olumludur. Sevillebilir hissederler. Partnerleri ile güvenceye ihtiyaç duyma, aşırı

yakınlık talep etme, kendisinin kötü muamele görmesine izin verme veya sürekli sevgi ve bağlılık kanıtı konusunda ısrar etme gibi, yıkıcı ve sağlıksız taleplerde bulunmazlar. Güvenli bağlanmış yetişkinler annelerini sevecen, kabul eden ve güvenilir olarak tanımlamaktadırlar (Hazan ve Shaver, 1987).

Güvensiz – Kaçınan Bağlanma:

Hazan ve Shaver'a (1987) göre, kaçınan olarak sınıflandırılan yetişkinler kendilerini şöyle tanımlamışlardır: “Başkalarına yakın olmam gerektiğinde biraz rahatsız olurum; tamamen güvenmeyi zorlayıcı bulurum, başkalarına güvenmekte zorlanırım.” “Çok yaklaşıldığında ve bu sıklıkla oluyorsa gerginlik hissederim. Romantik ilişkide bulunduğum kişiler, rahat hissedemeyeceğim ölçüde yakınlık talebinde bulunurlar.”

Kaçınan bağlanmış yetişkinlerin, başkalarının yakınlık niyetleri ile ilgili şüpheli ve sınırlı samimiyet gösterdikleri görülmüştür (Shaver ve Hazan 1993).

Ainsworth'un, daha sonra güvensiz kaçınan olarak sınıflandırdığı, Bir yaşındaki bebeklere yönelik ev gözlemleri, bu tip bebeklerin annelerinin kontrolcü tavırlara sahip olduklarını göstermektedir. Dahası, bu bakım verenlerin, sınırlı duygusal ifadelerde bulundukları gözlenmiştir. Bebekleri uyumlu iken oyuna katıldıkları, ancak negatif duygulanım sergilediklerinde geri çekildikleri bildirilmiştir. Bazı bebekler anneyi görmezden gelip oyuncaklara odaklanmış, bazıları ise anneden ayrıldıklarında tepki vermedikleri gibi, birleştiklerinde dahi herhangi bir duygulanım göstermemişlerdir (Ainsworth ve ark., 1978).

Spangler ve Grossmann'ın (1993) kalp atış hızı ölçüm çalışmasına göre, güvenli bağlanmış bebekler gerçekten oyuna ilgi duyarlar iken kalp atışları tipik olarak yavaşlamıştır. Oysa ki, kaçınan bağlanmış bebekler oyuncaklara yöneldikleri halde kalp atışları yavaşlamamıştır. Bu çocuklar oyuncaklarla oynuyormuş gibi davranırken annelerinden uzak görünmüş ve oyuna odaklanmamışlardır. Bowlby (1973) bu davranışı, dikkatini yönlendirme faaliyeti (diversionary activity) olarak tanımlamıştır.

Bu içe alınmış yaşantılar yetişkinlikte çeşitli şekillerde yaşanır. Hazan ve Shaver (1987), kaçınan yetişkinlerin başkalarına güvenmek konusunda rahat olmadıklarını söylemektedirler. Bakım talep etme olasılıkları daha düşüktür. Romantik ilişkide,

kucaklaşmak gibi fiziksel bağdan hoşlanmazlar. Kaçınan yetişkinler daha düşmanca ve uzak tavır sergilemekte, araştırma sırasında annelerinin reddedici ve soğuk olduğu rapor edilmiştir.

Güvensiz – Kaygılı / Kararsız Bağlanma:

Hazan ve Shaver'a göre, güvensiz-kararsız olarak sınıflandırılan yetişkinler kendilerini şöyle tanımlamaktadır: “Başkalarını, benim istediğim kadar yaklaşmam konusunda isteksiz buluyorum. Sıklıkla eşimin beni gerçekten sevmediğinden veya benimle kalmak istemeyeceğinden endişe duyuyorum. Karşımdaki ile tamamen bir olmak istiyorum ve bu arzu bazen insanları korkutuyor.” Kararsız yetişkinler, duygusal yakınlık aradıklarını ancak yakınlığı tatmin edici bulmadıklarını, diğerlerinden daha fazla yalnızlık hissi yaşadıklarını, ayrılıkların sarsıcı ve daha fazla üzücü olduğunu bildirmişlerdir (1987).

Cassidy (2000) bu yetişkinlerin sevgiyi yetersiz bir yakınlık ve bağlılıkla yaşamaya çalıştıklarını belirtmiştir. Problem merkezli tartışma gözlemi yapılan bir laboratuvar çalışmasında, bu yetişkinlerin daha fazla düşmanca tavır gösterdikleri ve stresli oldukları gözlenmiştir (Simpson ve ark., 1996).

Ainsworth'ün yabancı durum çalışmasındaki gözlemlerine (1978) göre, kararsız olarak sınıflandırılan bebekler, ayrılıkta oldukça sıkıntılı iken, birleştiklerinde de kolayca sakinleşmemişlerdir. Öfkeli davranışlar sergilemeleri ve ailelerine karşı direnç göstermeleri, annenin dikkatini çekmek için bir strateji olabilecek iken (Cassidy, 1994; Main ve Solomon, 1986), ilgi görmek için gelişen bu abartılı davranış modeli, kronikleşebilmekte ve oyuncaklarla vakit geçirirken dahi odaklanmalarını negatif yönde etkilemektedir (Cassidy, 2000).

1.3.3. Bağlanma ve Psikopatoloji

Bağlanma teorisi, bebeğin temel bakım veren ile yakın ilişki kurma ihtiyacını merkeze alır (Bowlby,1969; Mikulincer & Shaver, 2007). Çocuk güvenli bağlandıysa, yokluğunda bakım verenin uygun zihinsel temsili taşımaktadır (Mikulincer & Shaver,

2007). Bu güvenliği zihinsel temsillerinde barındıramayan kişiler stres ve kaygı yaşarlar (Vilchinsky ve ark., 2013).

Temel bakım veren ve bebek arasındaki karşılıklı etkileşim, bebeğin iç dünyasının dengelenmesini sağlar. Duygu düzenleme mekanizmasının temeli atılmış olur (Beebe & Lachmann, 2002; Beebe, Rustin, Sorter & Knoblauch, 2003). Güvenli bağlanma, duygu düzenlemenin zemini oluştururken, yaşam boyu ruh sağlığı ile ilişkilendirilmiştir (Bowlby, 1988; Fonagy, 1999).

Bağlanma teorisinde “duygu düzenleme” kavramı (affect regulation – emotion regulation) geniş bir yer bulmaktadır (Kobak, 1987; Bartholomew, 1990; Grolnick ve diğerleri, 1996). Kobak, güvenli ve kaçınan bağlanmış bebeklerin negatif duygulanımlarını karşılaştırırken “duygudurum düzenleme” terimini kullanır (1987). Bartholomew (1990) ise, yetişkinlerin olumsuz duygulanımlarına odaklanırken, “duygu düzenleme” ifadesine yer verir. Duygu düzenleme, hem olumsuz hem de olumlu duygusal yanıt vermeyle ilişkili süreçler seti olarak tanımlanmaktadır (Grolnick ve ark., 1996).

Bowlby teorisinde, içsel çalışma modellerinin duygulanım düzenlemedeki (affect regulation) etkisinden bahsetmiştir. Farklı içsel çalışma modellerine ve bağlanma stillerine sahip yetişkinlerin verdikleri duygusal tepkilerin de birbirinden farklılaştığı bazı çalışmalarla ortaya konmuştur (Bartholomew ve Horowitz, 1991; Carnelley ve ark., 1994).

Bağlanma figürü gerçekte veya sembolik olarak ulaşılabilir olduğunda, bağlanma aktivasyonunda “güvenlik temelli strateji” (security based strategy) adı verilen düzenleme oluşur (Mikulincer & Shaver, 2005). Bu strateji, kaygıyı, sıkıntıyı azaltarak başa çıkma stratejilerini desteklemektir. Güven temelli stratejiler, güvenli bağlanma için temel oluştururken, bağlanma figürü ile olumlu ilişkileri de beraberinde getirmektedir. Etkileşim sırasında bebek zor durumlarla başa çıkmayı öğrenir (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). Bu durum, güvenli bağlanmış kişilerin yetişkinlikte kaygı ve kaçınanlık puanlarının düşüklüğü için karakteristik bir özellik olarak kabul edilmektedir.

Araştırmalar, düşük kaygı ve kaçınma puanlarının, stres yönetimindeki olumlu inanç, kendine ve başkalarına olumlu bakış açısı ve stresli olaylar altındaki işlevsellik

ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Collins ve ark., 1994). Güvenli bir şekilde bağlanmış kişilerin, disosiyatif veya kendine zarar verici mekanizmalar kullanmalarına gerek yoktur (Mikulincer, 1998).

Öte yandan, bebek ile bakım veren arasındaki uyum başarısız olursa, yakınlık arayışı ihtiyacı tatmin edilemez, bu nedenle çocuk bakıcı ile uygunsuz etkileşimi nedeniyle savunma sonucu olan ikincil bağlanma stratejileri geliştirir. Güvensiz bağlanma biçimleri olan insanlar duygularını aşırı düzenler veya az düzenlerler (Mikulincer, Shaver & Preg, 2003).

Duygu düzenleme (affect regulation), olumlu ve olumsuz duyguları düzenleyen hem bilinçli hem de bilinçli olmayan süreçlerden oluşur. Kişinin kişilik, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimde algıladığı bir süreçtir (Gross, 2002). Duygu düzenleme ve savunmalar, kişinin içsel durumunun yönetimini içeren süreçlerdir (Sala ve ark., 2015). Duygu düzenleme yönü olumlu ve olumsuz duyguları kapsar. Ayrıca, hem bilinçli hem de bilinçsizce gerçekleşebilir (Gross, 1998, 2002; Cramer, 1998).

Duyguların aşırı veya az düzenlenmesinin güvensiz bağlanma ile ilişkisi ortaya konmuştur (Mikulincer, Shaver & Preg, 2003). Ayrıca psikopatoloji ile ilişkisi bilinmektedir. Kaygılı bağlanma boyutunda yüksek puan alan kişiler, bağlanma figürü ile mesafeyi en aza indirerek endişe ile başa çıkmakta ve güvenli zemin oluşturmaktadırlar (Bowlby, 1988). Davranış örüntüleri, yakınlığı ayarlamak için yapışma ve kontrol olarak gözlenir. Kişiler, Kişisel zayıflığı yansıtan şekilde aşırı davranışlar sergilerler ve duygu düzenlemesi için başkalarına bel bağlarlar (Mikulincer, 1998).

Bağlanmanın psikopatoloji ile ilişkisi pek çok çalışma ile ortaya konmuş, organik bozukluklar ile ilişkisi de araştırılmaktadır. Bu tezin de konularından biri olan organik bozukluk ve bağlanmaya ilişkin alandaki çalışmalara örnek olarak aşağıda bazı araştırmalar gösterilmiştir.

1.3.4. Bağlanma ve Organik Bozukluklar

Vilchinsky ve arkadaşları, 2013 yılında yaptıkları bir araştırma için akut koroner sendrom (AKS) ve koroner arter hastalığı (KAH) tanısı konmuş bir hasta grubunu seçmişlerdir. Bu örneklem üzerinden, bağlanma biçimleri ve hastalık algısı arasındaki

ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma, bağlanma teorisinin tahminlerine ve hastalık algılarının Ortak Duyusal Modeli'ne dayandırılmıştır. Ortak Duyusal Model (Common sense model); hastalığın, hastanın zihnindeki modeli olarak tanımlanmıştır (Hale, E. D., Treharne, G. J., Kitas, G. D. 2007). Kardiyak hastalıktan iyileşme sırasında, hastalık algılarının, bağlanma yönelimleri ve olumsuz duygulanım arasındaki ilişkiyi açıklamada rolü olduğu belirtilmiştir. İki varsayımsal mekanizma düşünülmüştür: (1) hastalık algıları, güvensiz (özellikle kaygılı) bağlanma ile hastalığın takibi sırasındaki kaygı seviyeleri arasındaki ilişkiye aracılık eder ve (2) hastalık algıları, hastanın endişesini açıklamada bağlanma yönelimleri ile etkileşime girer.

İsrail'de Meir Tıp Merkezinin Kardiyak Bakım Ünitesine başvuran 111 erkek hastadan oluşturulan örnekleme hastaların bağlanma yönelimleri, hastalık algıları, depresyon ve kaygı semptomları altı ay arayla ölçülmüştür. Sonuçlar; hastalık algısının, kaygılı bağlanma ve kaygı semptomlarına aracılık ettiği görülmüştür. Altı aylık takipte, kaçınan bağlanma ise, hastalık algısı ile etkileşime girmiş ve depresif belirtiler öngörülmüştür. Bu bulgular, hastalıkla başa çıkmada kişilik, bilişsel değerlendirmeler ve duygu düzenlemesi arasındaki olası dinamiklere ışık tutmuştur.

Göncüoğlu'nun 2015 yılında yaptığı çalışmada, Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık (FGİH) tanısı konulan hastalarda kaygı depresyon birlikteliği, aleksitimi düzeyleri ve bağlanma biçimleri incelenmiştir. FGİH etiyojisi tam olarak açıklanamayan pek çok etkenin rol oynadığı düşünülen bir grup hastalık olmakla birlikte, tanı konan hastalarda sağlıklı kontrol grubuna kıyasla kaçınan bağlanma biçimi ile aleksitimi, kaygı ve depresyon düzeyleri açısından anlamlı derecede yüksek değerler elde edilmiştir.

1.3.5. Bağlanma ve FGİH

Bebeğin temel bakım veren ile etkileşiminin sosyal ve duygusal gelişimi üzerinde yaşam boyu etkileri olduğu anlaşılmış olsa da, fiziksel sağlıkta da önemli ölçüde pay sahibi olduğu her geçen gün daha fazla araştırmayla desteklenmektedir (Laird ve ark., 2015).

Bağlanma biçimi ve hastalık davranışını ilişkilendiren bir çalışmada, güvenli bağlanma biçimi olan bireylerin, hastalıkla ilişkili sorunla daha kolay baş edebildikleri

belirtmiştir. Kaçınma tarzı bağlanma biçimi olanların, duygulanımı aşırı düzenledikleri ve az duygu ifadesi gösterdikleri kaydedilirken, kaygılı bağlanma biçimi olanların ise, duygu düzenlemesinde zayıf oldukları, duygusal tepkinin fazla olduğu ve başkalarına bağımlılığın daha yüksek olduğu bulunmuştur (Hunter ve Maunder, 2001).

Açıklanamayan fiziksel belirtilerle doktora başvuran ve organik belirtiler sonucu doktora başvuran iki grubun bağlanma biçimlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, ilk grubun güvensiz bağlanma stili puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Taylor ve ark., 2000).

Güvensiz bağlanmanın yetişkinlikte ruh sağlığı sorunlarına yol açtığı bilinmektedir (Bufilco ve ark., 2002). Ancak FGIH tanısı konmuş kişilerin bağlanma biçimlerinin incelendiği çalışma sayısı hem ülkemizde hem de dünyada oldukça sınırlıdır.

Çocukluğunda fonksiyonel karın ağrısı öyküsü olan bireyler arasında kaygılı bağlananların fiziksel ve zihinsel sağlık açısından risk altında oldukları belirtilmektedir (Laird ve ark.,2015).

Fonksiyonel dispepsi ve organik dispepsi tanısı alan bir grup hastanın bağlanma biçimlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada kaygının FD grubunda daha yüksek olduğu, kaçınan bağlanma biçiminin daha belirgin olduğu bulunmuştur (Şahan ve Yıldırım, 2014).

Gastrointestinal sistem (GİS) ile ilgili hastalıklar arasında fonksiyonel zeminde çıkanlar arasında (İliaz ve Kaymakoglu, 2016) yer almasa da organik patolojilere bağlı GİS hastalıklarından biri olan ve inflamatuvar barsak hastalığı grubunda bulunan Crohn's hastalığı tanılı olgularla bu tanıyı almamış grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada, hasta grubunda güvensiz bağlanma biçimlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Agostini ve ark., 2010).

İtalya Bolonya Üniversitesi Gastroenteroloji servisinde, inflamatuvar barsak hastalıkları tanısı konmuş 103 hasta (70 Crohn ve 33 ülseratif kolit) ile, tanı almamış 103 katılımcının karşılaştırılarak yapıldığı çalışmada bağlanma boyutlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Güvensiz bağlanmanın yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (Agostini ve ark., 2014).

1.3.6. Bağlanma Biçimlerinde Ölçme ve Değerlendirme

Bağlanma biçimlerini ölçmek için çeşitli envanterler kullanılmaktadır. Temel olarak özbildirim görüşmeye dayalı değerlendirme olarak ikiye ayrılır.

Görüşme temelli değerlendirmelerin savunma mekanizmalarının ölçülmesinde daha güçlü olduğu görülmüştür (Bartholomew ve Moretti, 2002; Shaver ve Mikulincer, 2002). En iyi bilinenlerden biri Yetişkin Bağlanma Görüşmesi'dir (Adult Attachment Interview - AAI) ve Main ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (George, Kaplan ve Main, 1984; Main, Kaplan ve Cassidy, 1985). Görüşme temelli değerlendirmelerin altta yatan süreçleri temsil etmede daha başarılı olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, AAI kullanılarak 135 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, Shaver ve arkadaşları (2000), likert tipi ölçeklerdeki kodlamaların Bartholomew & Horowitz'in (1991) görüşme temelli anket ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Sümer, N. 2006).

En yaygın kullanılan likert tipi ölçeklerden biri, 1998 yılında Brennan ve arkadaşları tarafından geliştirilen Yakın İlişkilerdeki Yaşantılar envanteridir (Experiences in Close Relationships-Revised ECR-R). Çalışma köklerini Bowlby'nin (1979) gelişimin sürekliliği modeli inancından almaktadır. Bu modele göre, güvenli şekilde bağlanmış bir çocuğın yetişkinlikte de güvenli bir romantik bağ oluşturacağı öngörülmüştür; ebeveynlerle kurulan yaşantı ve yetişkinlikte kurulan duygusal bağlar arasında güçlü ilişki olduğu savunulmuştur. Yeni ilişkiler, 'ben ve diğerleri' modeline yaslanarak şekillenir. Bu açıdan, Hazan ve Shaver (1987), romantik ilişkinin, anne ve bebek arasındaki bağlanmaya benzer bir süreç olabileceği ihtimali üzerinde durmuşlardır. 1983 yılında yerel bir gazetede yayınlanmak üzere bir aşk quizi tasarlamışlardır.

Yetişkin bağlanma biçimlerinin ölçümüne bir katkı da Brennan ve arkadaşlarından (1998) gelmiştir. Bağlanmayı kaygılı ve kaçınan olarak iki boyut altında kategorize etmişlerdir. Yakın İlişkilerde Yaşantılar-II Envanteri'nin Türkçe adaptasyonu Selçuk ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmış, diğer ölçeklere kıyasla daha yüksek bir ölçüm hassasiyetine sahip olduğu görülmüştür (Selçuk ve ark., 2005). Kullanım yaygınlığı ve ölçüm hassasiyetindeki güvenilirlik nedenleri ile bu çalışmada kullanılması planlanmıştır.

Görüşme temelli değerlendirmeler içinde en bilinen örneklerden bir başkası da Yetişkin Bağlanma Görüşmesi (Adult Attachment Interview – AAI) 'dir (George, Kaplan ve Main, 1984). Yapılandırılmış bir görüşme ile çocukluk öyküsünün detayları alınır ve aile ile olan ilişkiye odaklanılır. Yirmi ana soru ve alt grup sorularından oluşan test, uygulayıcısının özel bir eğitimden geçmesini gerektiren bir prosedür ile yürütülür.

Bir başka çalışma ise Main ve Goldwyn'in (1984-1998) Yetişkin Bağlanma Puanlama ve Sınıflama Sistemi'dir (Adult Attachment Scoring and Classification System) ve 2008 yılında yayınlanmıştır (Main, Hesse ve Goldwyn, 2008). Yetişkin üzerinde yaptıkları gözlemlerinde söylem modellerini dört grupta toplamışlardır; (a) güvenli-özerk (secure-autonomous), (b) güvensiz-bırakılmış (insecure-dismissing), (c) güvensiz-zihni meşgul (insecure-preoccupied) ve (d) güvensiz – çözülmemiş (insecure-unresolved). Bu sınıflandırma, Ainsworth'un Yabancı Durum Protokolündeki sınıflandırmalar olan (a) güvenli, (b) güvensiz-kaçıngan, (c) güvensiz-kararsız ve (d) güvensiz-dağınık sınıflandırmasına paralellik gösterir (Allen ve Hauser 1996).

Yukarıda bir kısmının özetlendiği üzere, farklı ihtiyaçlar için kullanılan çeşitli bağlanma ölçekleri bulunmaktadır. Literatürde yer alan bazı başka örnekler ise şu şekildedir: Psikolojik Tedavi Envanteri Bağlanma Stilleri Ölçeği (Psychological Treatment Inventory Attachment Styles Scale - PTI-ASS), yetişkinlerin duygu, düşünce ve davranışlarından yola çıkarak nasıl bir yakın ilişki kurduklarını ölçmektedir (Giannini ve diğerleri, 2011). Streste Bağlanma Ölçeği (Attachment During Stress Scale - ADS) (Carcamo ve ark., 2014), anne-bebek etkileşiminde güvensiz bağlanma davranışlarını tespit eder. Çocuklar için Bağlanma Envanteri (The Attachment Questionnaire for Children - AQC), Hazan ve Shaver'ın (1987) yetişkinlerde bağlanma biçimlerini ölçmek için geliştirdiklerin envanterin çocuklar için geliştirilmiş uyarlamasıdır (Muris ve ark., 2003). Erişilebilirlik, Duyarlılık ve Bağlılık Testi (The Brief Accessibility, Responsiveness, and Engagement - BARE), yetişkin bağlanmasında ilginin anahtar rolünü ölçmek için bir araç olarak tasarlanmıştır (Sandberg ve ark., 2012). Süpervize Bağlanma Stratejileri Testi (Preliminary Development and Validation of the Supervisee Attachment Strategies Scale - SASS), psikolojik danışman adaylarının süpervizörleri ile bağlanma biçimlerini ölçmeyi hedeflemektedir (Menefee ve ark., 2014).

İşyerinde Yetişkin Bağlanma Anketi (Adult Attachment in the Workplace Questionnaire - AAW) (Scrima ve diğerleri, 2014), Romantik İlişkilerde Tutku ve Bağlanma Ölçeği (Measuring Romantic Love: Psychometric Properties of Infatuation and Attachment Scales) (Langeslag ve diğerleri, 2013), Yetişkin Bağlanma Sınıflandırması (The Adult Attachment Ratings - AAR) (Pilkonis ve diğerleri, 2013) ve Ebeveyn Bağlanma Aracı (Parental Bonding Instrument - PBI) (Parker ve diğerleri, 1979) bağlanma ölçeklerine dair çeşitli örneklerdir.

1.4. Kaygı

1.4.1. Kaygının Tanımı ve Tarihçesi

Kaygı (anksiyete) DSM-5’de gelecekteki tehdit beklentisi olarak tanımlanmıştır. Evrimsel bir bakış açısıyla incelendiğinde tehlikeden uzak durmayı teşvik etmesi açısından koruyucu olabildiğinden, normal bir duygudur. Zaman zaman korku ve endişe ifadeleri ile eş anlamlı olarak kullanılabilse de, korku; gerçek veya algılanan tehdide verilen duygusal yanıt iken, endişe ise; tasalı beklenti halinin bilişsel yönlerine atıfta bulunur (Crocq, 2015).

M.Ö. 460 – M.S. 370 yılları arasında öğrencileri tarafından Hipokrat’a atfedilerek hazırlanmış olan Yunan tıbbi metinler derlemesinde (The Hippocratic Corpus) fobi tıbbi bir bozukluk olarak yer konmuştur. Cicero (M.Ö.106) kaygıyı; kaygılı olmaya genel yatkınlık ve mevcut yatkınlık olarak ikiye ayırmıştır. Bu da günümüzdeki durumluk ve sürekli kaygı ayrımının temelini oluşturmaktadır. Robert Burton 1621 yılında yayınladığı Anatomy of Melancholy kitabında her ne kadar depresyonu ele aldıysa da, korkunun üzüntüye çok yakın bir yerde durduğunu, güvenilir bir takipçi niteliğinde olabildiği gibi, birbirinden bağımsız olarak da ortaya çıkabildiklerini belirtmiştir (Crocq, 2015).

Kierkegaard (1849) kaygıyı benliğin dağılması ve anlamsızlıktan doğan bir durum olarak tanımlamış, “ölüme dek süren hastalık” biçimindeki felsefi yaklaşımı, kaygı literatürünün yapı taşlarından biri olarak yerini konmuştur. Modern psikiyatrinin kurucusu olarak kabul edilen Kraepelin’e (1909) göre ise kaygı; içsel gerilimin bir tür anhedoni ile ilişkili halidir.

Freud’a göre insan davranışları, uyuma yönelik bir amaç taşır. İçten ya da dıştan gelen tehditler ego tarafından denetim altına alınamadığında kaygı denilen duygu hakim olur. Freud kaygıyı üçe ayırarak incelemiştir; gerçeklik kaygısı, nevrotik kaygı ve suçluluk kaygısı. Freud kaygı nevrozu terimini ilk kez 1894 yılında kullanmıştır. Gerçeklik ve suçluluk kaygıları egonun bilinç bölgesinde olduğundan kişi kaygı içeriğinin farkında iken, bilinçdışı oluşun nevrotik kaygıda kişi kaygısının kaynağını bilemez. Diğer bir deyişle, dış dünyadaki tehlikelerle karşılaşıldığında duyulan korku ve kurallara aykırı davranışta bulunma veya tasarlama dolayısıyla duyulan suçluluğun gerçek bir temeli varken ve bilinç alanında yer alırken, içgüdülerin denetimini yitirerek ceza ile sonuçlanacak davranışlarda bulunma korkusu her ne kadar gerçek temeli olsa da egonun bilinçdışı bölgesinde yer alır (Geçtan, E., 1975). “Kaygı sorunu birçok önemli sorunların bir araya toplandığı bir düğüm noktası ve çözümü tüm ruhsal varlığımıza ışık tutacak bir bulmacadır” (Freud, A., 1936).

Karen Horney, kaygı ve korkuyu sıklıkla eş anlamlı kullanarak kavramlar arası yakınlığı vurgulasa da, iki duygu arasında kesin bir ayrım yapabilmiştir. Korku bir insanın karşılaştığı tehlikeyle orantılı bir duygu iken, kaygı durumla orantısızdır, tehlike gizli ve öznedir. Freud’dan farklı olarak, cinsel dürtülerin kaygı yaratan dinamik bir güç olduğu fikrine katılmaz. Düşmanca dürtülerin nevrotik kaygının oluşumuna yol açan temel neden olduğunu ve baskı altında tutulan dürtülerimize karşı duyulan korku olduğu görüşünü savunmuştur. Horney, düşmanlık duygularının kaygı nedenlerini iki ana madde altında toplamıştır (1937). Bunlar: A. Tehlikenin insanın kendi dürtülerinde duyulması, B. Tehlikenin insanın dışında duyulmasıdır.

Gabbard’a göre (1990), DSM-III-R’nin hazırlanışında kuramlardan bağımsız bir yaklaşım izlenmiştir. Klasik nevrozların yerine getirilen üç ayrı kategori (kaygı bozuklukları, somatoform bozukluklar ve disosiyatif bozukluklar) kaygıyı bilinçdışı çatışmalar sonucu ortaya çıkan bir semptom olmak yerine bir hastalık olarak konumlandırmaktadır. Bu kategorinin ilki olan kaygı bozuklukları beş alt gruba ayrılmıştır: Panik bozukluğu, fobiler, obsesif kompulsif bozukluk, post-travmatik stres bozukluğu ve yaygın kaygı bozukluğudur (Geçtan, 1975). DSM-5 (2014) ile birlikte kaygı bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmıştır: Ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir

kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğu olmak üzere on bir başlıkta toplanmıştır.

1.4.2. Kaygı ve Organik Bozukluklarla İlişkisi

Organik bozukluklar ve depresyon arasındaki ilişkiyi anlamaya dönük yapılan çalışmaların yaygınlığının aksine, kaygı ve bedensel hastalıklar arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar daha azdır (Rogers ve ark., 1994, Harter ve ark., 2003, Nyuthe ve Stein, 2015). Yine de, gastrointestinal hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, endokrin bozukluklar, kas-iskelet sistemi bozuklukları, nörolojik bozukluklar, kardiyorespiratuar hastalıklar, kronik hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları kaygı ile ilişkilendirilmektedir (Nyuthe ve Stein, 2015). Ayrıca, tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler nedeni ile sağlık hizmeti kaynaklarının artan biçimde kullanımının kaygı ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Byrne ve ark., 2007).

Yaygın kaygı bozukluğunda bedensel belirtiler çok sık görülmektedir (Rogers ve ark., 1996). Buna paralel olarak, kaygı ve kaygıya bağlı tıbbi sorunlar arasında çift yönlü ilişki olduğu da düşünülmektedir. Bu ilişki, genel tıbbi bozukluğun fizyolojik bir sonucu, tıbbi bir hastalığa sahip olma deneyimine psikolojik bir tepki, tedavinin bir yan etkisi veya tesadüfi bir olay olabilir (Muller ve ark., 2005). Örneğin, İBS’da enfeksiyon veya iltihaplanma kaygıya yol açabilirken, astımda artmış karbondioksit basıncının panik ataktan sorumlu olduğunun varsayıldığı çalışmalar literatürde yer almaktadır (Koton ve ark., 2007, Klein, 1993). Öte yandan, nörotransmitter bozuklukları ve hipotalamik disfonksiyonun kaygı semptomlarının ve bozukluklarının tıbbi hastalıklara nasıl yol açtığını açıklamada önemli bir rol oynadığı öne sürülmüştür (Nyuthe ve Stein, 2015).

1.4.3. Kaygı ve FGIH

Kaygının gastrointestinal bozukluklarla bağdaştırılması edebiyatta da yer bulmuştur. Ünlü Fransız yazar Moliere’in 1673 yılında sahneye koyduğu tiyatro eseri Hastalık Hastası, hipokondriyak Argan ve doktoru Mösyö Purgon arasındaki kavgada sarf edilen sözler açısından dikkat çekicidir. Oldukça sert bir mizaca ve baskıcı tutuma sahip olan Argan bedensel duyularını o kadar abartmaktadır ki, doktorunun verdiği tedaviyi yeterli bulmamakta hatta güvensizliğin yarattığı öfke ile saldırgan bir üsluba

kaymaktan çekinmemektedir. Kendisini sağlıklı bünye ve düzensiz barsaklarıyla başbaşa bıraktığını söyleyen doktoru, dört güne kalmadan iflah edilemez bir duruma düşmesini temenni ederken, “dispepsi olarsınız!” şeklindeki laneti ile sahneden ayrılır.

Tıp dünyasında ve araştırma çevrelerinde de psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar arasındaki çift yönlü ilişkiye daha fazla işaret edilmeye başlanmıştır. Hastalıklar depresyon kadar, kaygı ve kaygı bozuklukları ile de ilişkilendirilmektedir (Byrne ve ark., 2007). Beyin ve barsağın otonom sinir sistemi ve hipotalamik hipofiz adrenal eksen üzerinde çift yönlü entegrasyon ile çalıştığı bilinmektedir. Dengeleyici bir unsur olarak bulunan merkezi sinir sistemi dahilindeki limbik sistem aynı zamanda tehdidi savuşturma, hayatta kalma, sosyal etkileşim ve öğrenmenin de düzenleyicisidir. Bu alan, nöroanatomik bakış açısıyla beden ve zihin etkileşiminin merkezi olarak gösterilmektedir. Gastrointestinal fonksiyon ve merkezi sinir sistemi arasındaki bu ilişki biopsikososyal model olarak kavramsallaştırılmaktadır. (Alhan ve Okan, 2017).

Kaygı duyarlılığı ve korkunun gastrointestinal hastalıklarla ilişkisi çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (Horenstein ve ark., 2018). Hong Kong’da IBS ve genel kaygı bozukluğu komorbiditesi ve yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada IBS hastalığına yanıt verenler arasında genel kaygı bozukluğunun beş kat daha yaygın olduğu, genel kaygı bozukluğuna yanıt verenler arasında ise İBS’nin 4.7 kat fazla yaygın olduğu bulunmuştur (Lee ve ark., 2009). Bir başka çalışmada İBS hastalarının %95’inde genel kaygı bozukluğu ya da panik bozukluk olduğu gösterilmiştir (Nyuthe ve Stein, 2015). İBS hastalığının, kaygı ve depresyon gibi bazı psikiyatrik hastalıklar, fibromiyalji, kronik yorgunluk ve pelvik ağrılar gibi bazı somatik hastalıklar ile birlikte görülebilmesi psikolojik ve fizyolojik faktörlerin etkileşiminin bir tezahürü olarak açıklanabildiği gibi, iç organlardaki ağrı duyarlılığı (visceral hypersensitivity) hipotezi ile paylaşılmış patofizyolojik mekanizmaya sahip olması dolayısıyla eş duyarlılık gösterdiği de belirtilmektedir (Whitehead, ve ark., 2002).

1.4.4. Kaygı ve Ölçme

Kaygı, hem psikometrik hem de projektif yaklaşımlarla kavramlaştırılmış ve ölçülegelmektedir (Öner, 1997). Ülkemizde en çok kullanılan ölçek Durumluk Sürekli Kaygı ölçeği (State-Trait Anxiety Scale) (Spielberger, 1970) olup, dünyada en iyi

bilinenler arasında Hamilton Kaygı Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale) (HARS; Hamilton, 1959), Beck Kaygı Ölçeği (Beck Anxiety Inventory) (BAI; Beck, Epstein, Brown, and Steer, 1988) ve Anxiety Status Inventory and the Self-Rating Anxiety Scale (ASI, SRAS; Zung, 1971) yer almaktadır (Morin ve ark., 1999).

Ayrıca, Açık Kaygı Ölçeği (Manifest Anxiety Scale) (Taylor 1951-1953), IPAT Sürekli Kaygı Ölçeği ve IPAT 8-Paralel Formu (Cattel & Scheirer 1963), Duygu Sıfatları İşaretleme Formu (Affect Adjective Check List) (Zuckerman 1960-1962), Endler Çok Yönlü Kaygı Ölçeği (Endler Multidimensional Anxiety Inventory) (Endler 1991) kaygı ile ilgili çalışmalarda kullanılmıştır (Karagüven, 1999).

1.5. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık (FGİH) tanısı konmuş bir grup hastanın, mizaç, bağlanma ve kaygı düzeylerinin karşılaştırma grubundan farklılık gösterip göstermediğini araştırmaktır.

Ayrıca mizaç, bağlanma ve kaygı düzeyinin, gastrointestinal hastalıkları yordama gücünün olup olmadığı araştırılacaktır.

Son olarak, bu değişkenler arasındaki ilişki incelenecektir. Fonksiyonel Dispepsi ve İrritabl Barsak Sendromu tanısı konmuş hastalar ayrı birer grupta toplanarak bu tanıların ölçütlerini karşılamayan grup ile karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Hasta grubu örnekleme, Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Gastroenteroloji bölümüne başvuran hastalardan, karşılaştırma grubu ise sözü edilen tanıların konulmadığı bireylerden, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleme yapılabilecek şekilde gelişigüzel örnekleme yöntemi ile oluşturulacaktır.

1.6. Denenceler

1. Fonksiyonel gastrointestinal hastalık (FGİH) tanısı konmuş hastalar (Tanı+) ile tanı almamış kişiler (Tanı -) arasında mizaç değişkeni açısından fark olacaktır.

a. İBS tanısı konmuş hastaların yenilik arayışı puanı Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük olacaktır.

b. İBS tanısı konmuş hastaların zarardan kaçınma puanı Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek olacaktır.

c. İBS tanısı konmuş hastaların ödül bağımlılığı puanı Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük olacaktır.

d. İBS tanısı konmuş hastaların sebat etme puanı Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük olacaktır.

e. FD tanısı konmuş hastaların yenilik arayışı puanı Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük olacaktır.

f. FD tanısı konmuş hastaların zarardan kaçınma puanı Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek olacaktır.

g. FD tanısı konmuş hastaların ödül bağımlılığı puanı Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük olacaktır.

h. FD tanısı konmuş hastaların sebat etme puanı Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük olacaktır.

2. FGİH tanısı konmuş hastalar ile Tanı (-) grubu arasında bağlanma değişkeni açısından fark olacaktır.

a. İBS tanısı konmuş hastaların güvensiz bağlanma puanları, Tanı (-) grubundan daha yüksek olacaktır.

b. FD tanısı konmuş hastaların güvensiz bağlanma puanları, Tanı (-) grubundan daha yüksek olacaktır.

3. FGİH tanısı konmuş hastalar ile Tanı (-) grubu arasında kaygı değişkeni açısından fark olacaktır.

a. İBS tanısı konmuş hastaların kaygı puanları, Tanı (-) grubunun kaygı puanlarından daha yüksek olacaktır.

b. FD tanısı konmuş hastaların kaygı puanları, Tanı (-) grubunun puanlarından daha yüksek olacaktır.

2. YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırma, iki klinik ve bir karşılaştırma grubu olarak toplam 3 üç gruptan oluşturulmuştur. Toplamda 133 kişinin bulunduğu örneklemde 46 İBS, 35 FD tanısı konmuş hasta ve 52 tanı almamış kişi ile çalışılmıştır.

İBS VE FD hastalarına Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Gastroenteroloji Servisine başvuran hastalar arasından elverişlilik ilkesine göre ulaşılmıştır. Araştırmaya katılma kriterleri, 18-65 yaş arasında olmak, okuryazar olmak ve yatarak psikiyatrik tedavi görmemiş olmak olarak belirlenmiştir.

Karşılaştırma grubuna ise, aynı hastanenin çalışanları, psikoalan ve EMDR derneği üyelerinin oluşturduğu çeşitli meslek portalları aracılığıyla ulaşılmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri, gastrointestinal ve psikiyatrik bir rahatsızlığa dair doktor tanısı almamış olmak, son iki yıl içinde psikiyatrik ilaç tedavisi görmemiş olmak, 18-65 yaşları arasında olmak ve okuryazar olmak olarak belirlenmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; sosyodemografik veri formu, Hasta Sağlık Ölçeği (PHQ-SADS), Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri, Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE II) ve Spielberger Durumluk, Sürekli Kaygı (STAI) envanteri kullanılmıştır.

2.2.1. Sosyodemografik Form

Hem tanı almamış hem de hasta grubunun sosyodemografik bilgilerini içeren iki adet form bulundurulmuştur. Tanı almamış grubu ayırt edebilmek için aranacak kriterler; sosyodemografik formda doktor tanılı FGİH öyküsü olmadığına dair

özbildirimde bulunmuş olmak, son iki yıl içinde yatarak psikiyatrik tedavi ve farmakoterapi almamış olmak, 18-65 yaş arası, okur-yazar olmak.

Hasta grubunu oluştururken, 18-65 yaş arasında olmak, okur-yazar olmak ve yatarak psikiyatrik tedavi görmemiş olmanın yanı sıra, ilgili hastalıklarda doktor tanısı konmuş olmak şartları aranmıştır. Formun detaylı hali ekte sunulmuştur.

2.2.2. Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory - TCI)

Cloninger kişiliğin, mizaç ve karakterden oluşan iki bileşenin normal ve anormal varyanslarını açıklayan psikobiyolojik bir kişilik modeli geliştirmiştir. Kuram, psikometrik kişilik çalışmaları, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nöro-davranışsal öğrenme çalışmalarından edinilen sentezlere dayandırılmıştır.

Mizaç boyutu, Yenilik Arayışı (YA), Zarardan Kaçınma (ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB) ve Sebat Etme (SE); karakter boyutu ise, Kendini Yönetme (KY), İş Birliği Yapma (İY) ve Kendini Aşma (KA) alt ölçeklerinden oluşur.

Mizaç özelliklerinin algıya dayalı huylar ve becerilerde kişisel farklılıkları ortaya koyduğu belirtilmiştir. Ayrıca genetik olarak homojen ve birbirinden bağımsız olarak kalıtsaldır. Envanterde (Temperament and Character Inventory TCI), yedi temel boyut ve 240 madde bulunmaktadır. Türkçe'ye Köse ve Sayar tarafından çevrilmiştir (Köse ve ark., 2004). Türkçe TCI ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri mizaç boyutunda .60 ile .85, karakter boyutunda .82 ile .83 arasında bulunmuştur. En düşük Cronbach alfa katsayıları, Ödül Bağımlılığı (.60) ve sebat etme (.62) olarak bulunmuştur (Köse ve ark., 2004).

Bu çalışmada, kaygı ile bağlantılı görülen mizaç özellikleri olan Zarardan Kaçınma, Yenilik Arayışı ve Ödül Bağımlılığı alt testlerinin kullanılması düşünülmektedir. Dayandığı sebepler ise, mizaç özelliklerinin homojen ve birbirinden bağımsız, kalıtsal olmaları (Köse ve ark., 2004) ve kaygı bozukluklarının genel karakteristiği (Güleç, 2009) olarak belirlenmiş olması gösterilebilir. Literatür incelendiğinde, ilgili alt boyut seçilerek kullanıldığı görülmektedir. Örnek olarak, mizaç alt boyutu olan Yenilik Arayışı'nın seçilerek tıpta uzmanlık tez araştırmasına dahil

edildiği çalışma olan ‘Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Heyecan Arama Davranışı ile Serum Seks Hormon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Düzenlenmesi’ gösterilebilir (Özdemir, 2007).

2.2.3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (Experiences in Close Relationships-Revised - ECR-R)

Testin orijinal formu, yetişkinlikte bağlanmayı ölçmek üzere Brennan ve arkadaşları tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir ve iki faktörlü yapısı vardır. Bağlanmaya karşı kaygı ve bağlanmaya karşı kaçınma durumunu incelemektedir. Türkçe’ye adaptasyonu ise, Selçuk ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Kaçınan ve kaygılı bağlanma olarak iki faktörlü yapı korunmuştur. Cronbach’s alpha değeri kaçınan bağlanma için 0.90, kaygılı bağlanma için 0.86’dır ve 36 maddeden oluşmaktadır.

2.2.4. Spielberger Kaygı Ölçeği (The State-Trait Anxiety Inventory - STAI)

Durumluk sürekli kaygı ölçeği, Spielberger tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Türkçe’ye adaptasyon çalışması ise Öner ve Le Compte (1975) ve Öner (1977-1978) tarafından yapılmıştır. Durumluk ve sürekli kaygı olarak ikiye ayrılan ölçek 20’şer sorudan oluşmaktadır. Düşük puanlar az kaygıyı, yüksek puanlar ise kaygıda artışı göstermektedir. Bu çalışmada kullanılması düşünülen Sürekli Kaygı Ölçeği, kişinin genelde yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Puanlar 20-80 arasında değişmektedir. İç tutarlılık, Durumluk Ölçeği için Cronbach alpha değeri $\alpha = .92$ iken Sürekli Kaygı ölçeği için $\alpha = .83$ olarak bulunmuştur.

2.2.5. Hasta Sağlık Anketi – Somatik, Kaygı ve Depresif Belirtiler (Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms PHQ SADS)

Kroenke, Spitzer ve Williams tarafından geliştirilen PHQ-SADS ölçeği temelini, 1990’lı yılların başında kullanılan ancak uygulaması ve değerlendirmesi uzun bir süre alan Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) ölçeğinden alır. 6000 katılımcı ile yapılan çalışmanın sonucunda ortaya çıkan envanter, klinikte genelde

birlikte gözlenen depresyon, kaygı ve somatik semptomları tespit etmekte kolaylık sağlar. Güleç ve arkadaşları tarafından yapılan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 2012 yılında yayınlanmıştır. Her biri ayrı ayrı da kullanılabilişen 3 alt ölçekten oluşmuştur. PHQ-9 alt ölçeğı majör depresyon bozukluğunu, GAD-7 yaygın kaygı bozukluğunu PHQ-15 ise somatizasyon ile somatoform bozuklukların varlığını ve somatik semptomları değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (Güleç ve ark., 2012).

2.3. İşlem

Çalışmaya başlamadan önce Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Etik Kurulu'na başvurularak onay alındı. Hasta grubu Gastroenteroloji Servisinde tanı konmuş hastalardan oluşturuldu. Kayıtlarda yapılan tarama çalışmasında 850 anamnez incelendi ve tanı kriterlerine uyan hastalar ile görüşülerek çalışmaya davet edildi.

Karşılaştırma grubu, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile oluşturuldu. Yatarak psikiyatrik tedavi görmüş, son iki yılda psikiyatrik ilaç kullanmış ve gastroenterolojik rahatsızlık yaşayıp tanı alan kişiler örneklem dışında bırakıldı. Tüm gruplarda alkol ve madde kötüye kullanım bozukluğu dışlandı.

2.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmada kişilerin kaygı, kaçınma, yenilik arayışı zarardan kaçınma ödöl bağımlılığı, sebat etme ve sürekli kaygı durumlarının tanı almama, İBS tanısı alma ve FD tanısı alma açısından farklılıkları incelenmiştir. Bu doğrultuda tanı almamış, İBS tanısı konmuş ve FD tanısı konmuş 133 bireyin betimsel istatistikleri frekans analizi ile ortaya konmuştur. Ardından çalışmada var olan sürekli değişkenler normallik açısından Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Tüm değişkenlerin normallik varsayımını sağladığı görüldüğünden ($p>0,05$), çalışmada gruplar arası karşılaştırma parametrik fark testleri olan t testi ve analysis of variances (ANOVA) ile yapılmıştır. T-testi ve ANOVA için varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirildi ve ANOVA ikili karşılaştırmaları için uygun post-hoc testler kullanıldı. Ayrıca psikolojik değişkenlerin tanı alma durumlarına etki düzeylerini incelemek için Çok Kategorili İsimsel Lojistik Regresyon kullanılmıştır. Analizler için SPSS 24 paket programından yararlanılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Betimsel İstatistik Verileri

Bu doğrultuda tanı almamış, İBS tanısı konmuş ve FD tanısı konmuş 133 bireyin betimsel istatistikleri frekans analizi ile ortaya kondu. Ardından çalışmada var olan sürekli değişkenler normallik açısından Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi.

Çalışmada var olan sürekli değişkenler gruplara ayrılarak ayrı ayrı normallik analizine tabi tutuldu. 52 kişilik veri setinden oluşan tanı almamış grup 50'den fazla verisi olduğu için Kolmogorov Smirnov testi ile; İBS ve FD tanısı konmuş veri seti ise 50'den az verisi olması sebebiyle Shapiro Wilks testi ile incelendi. Sürekli değişkenlerin tamamının tüm katılımcılarda, gruplarda ve oluşturulan gruplarda normal dağılıma uyduğu bulundu. Hem tüm katılımcıları hem tanı konmuş ve almamış hem de tanı almamış, İBS ve FD tanısı konmuş gruplarda ayrı ayrı normallikler incelendiğinde tamamı için normallik varsayımının sağlandığı görüldü.

3.2. Sosyodemografik Veriler

Tablo 3.2.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Frekans Değerleri

		Tanı (-)		İBS		FD	
		Med	Min- Max	Med	Min- Max	Med	Min- Max
Yaş		46	23-57	36.50	23-60	47	21-61
		f	%	f	%	f	%
Cinsiyet	Kadın	42	80,8	29	63	26	74,3
	Erkek	10	19,2	17	37	9	25,7
Öğrenim Durumu	Lise	4	7,7	2	4,3	3	8,6
	Lisans	26	50	25	54,3	16	45,7
	Lisansüstü	22	42,3	19	41,3	16	45,7
Medeni Durum	Evli	32	61,5	23	50	24	68,6
	Bekar	10	19,2	18	39,1	8	22,9
	Boşanmış	10	19,2	5	10,9	3	8,6
Gelir Düzeyi	5000 ve altı	16	30,8	20	43,5	16	45,7
	5001-15000	24	46,2	23	50,0	16	45,7
	15000 üstü	12	23,1	3	6,5	3	8,6
Mide Barsak Şikayet Süresi	Son 1 yıldır	-	-	10	21,7	4	11,4
	2-3 yıl	-	-	6	13	2	5,7
	4-5 yıl	-	-	10	21,7	4	11,4
	6 yıl ve üstü	-	-	20	43,5	25	71,4
Psikotrop kullanımı	Evet	-	-	11	23,9	7	20
	Hayır	52	100	35	76,1	28	80
Toplam		52	100	46	100	35	100

Çalışmanın örneklemini üç temel gruba ayrılmış olan toplamda 133 kişi oluşturmaktadır. Katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 3.2.1’de verilmiştir. Tablo 3.2.1. incelendiğinde katılımcılardan 52 kişinin tanı almamış, 46 kişinin İBS tanısı konmuş, 35 kişinin ise FD tanısı konmuş olduğu görülmüştür.

Üç grubun yaş medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,003$, Kruskal Wallis Test). Tanı (-) grubunun yaş medyanı İBS grubunun yaş medyanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,001$, Mann Whitney U Testi). FD grubunun yaş medyanı İBS grubunun yaş medyanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,017$, Mann Whitney U Testi). Tanı (-) grubu ile FD grubunun yaş medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0,347$, Mann Whitney U Testi).

Tanı (-) grubunun %80,8’i kadın (42 kişi) %19,2’si ise erkektir (10 kişi). İBS tanısı konmuş kişilerin %63’ü kadın (29 kişi), %37’si erkektir (17 kişi). FD tanısı konmuş kişilerin ise %74,3’ü kadın (26 kişi), %25,7’si ise erkektir (9 kişi). Grupların kadın ve erkek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,140$, Pearson Ki-kare testi).

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde Tanı (-) grubunun %7,7’si lise (4 kişi) %50’si üniversite (26 kişi) %42,3’ü ise lisansüstü (22 kişi) mezunudur. İBS tanısı konmuş kişilerin %4,3’ü lise (2 kişi) %54,3’ü üniversite (25 kişi) %41,3’ü ise lisansüstü (19 kişi) mezunudur. FD tanısı konmuş kişilerin ise %8,6’sı lise (3 kişi) %45,7’si üniversite (16 kişi) %45,7’si ise lisansüstü (16 kişi) mezunudur. Gruplar birleştirildiğinde güvenilir bir sonuç vermedi.

Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde Tanı (-) grubunun %61,5’i evli (32 kişi), %19,2’si bekar (10 kişi) ve %19,2’si ise boşanmıştır. İBS tanısı konmuş kişilerin %50’si evli (23 kişi), %39,1’i bekar (18 kişi), %10,9’u ise boşanmıştır (5 kişi) ve İBS tanısı konmuş dul katılımcı yoktur. FD tanısı konmuş kişilerin ise %68,6’sı evli (24 kişi), %22,9’u bekar (8 kişi), %8,6’sı ise boşanmıştır (3 kişi) ve FD tanısı konmuş dul katılımcı yoktur. Üç grubun dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,124$, Pearson Ki-kare Testi).

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde Tanı (-) grubunda 5000 ve altı gelir düzeyinde olan 16 kişi (%30,8), 5001 ve 15000 arası gelir düzeyi olan 24 kişi (%46,2),

150000 üstü gelir düzeyi olan 12 kişi (%23,1) bulunmaktadır. İBS tanısı konmuş grupta 5000 ve altı gelir düzeyinde olan 20 kişi (%43,5), 5001 ve 15000 arası gelir düzeyi olan 23 kişi (%50) ve 150000 üstü gelir düzeyi olan 4 kişi (%8,7) bulunmaktadır. FD tanısı konmuş grupta 5000 ve altı gelir düzeyinde olan 16 kişi (%45,7), 5001 ve 15000 arası gelir düzeyi olan 16 kişi (%45,7), 150000 üstü gelir düzeyi olan 3 kişi (%8,6) bulunmaktadır.

Katılımcılara mide barsak şikayetlerinin süresi sorulmuştur. Bu sorudan elde edilen bulgular incelendiğinde Tanı (-) grubunda şikayeti olan kimse yokken, İBS tanısı konmuş katılımcılardan %21,7'sinin (10 kişi) son 1 yıldır, %13'ünün (6 kişi) 2-3 yıldır, %21,7'sinin (10 kişi) 4-5 yıldır ve % 43,5'inin (20 kişi) 6 yıl ve daha fazla zamandır mide bağırsak şikayeti olduğu belirlenmiştir. FD tanısı konmuş katılımcılardan ise %11,4'ünün (4 kişi) son 1 yıldır, %5,7'sinin (2 kişi) 2-3 yıldır, %11,4'ünün (4 kişi) 4-5 yıldır ve % 71,4'ünün (25 kişi) 6 yıl ve daha fazla zamandır mide bağırsak şikayeti olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların psikotrop kullanıp kullanmadıkları incelenmiş ve Tanı (-) grubunda ilaç kullanan kimse yokken, İBS tanısı konmuş katılımcıların % 23,9'unun ve FD tanısı konmuş katılımcıların %20'sinin ilaç kullandığı görülmüştür.

3.3. Tanı (-) ve Tanı (+) Grupların Hasta Sağlık Anketi (PHQ-SADS) Puanlarının Karşılaştırması

Hasta sağlık anketi kullanılarak katılımcıların tanı almamış ve tanıları konmuş olarak gruplandırılmasının doğruluğuna kanıt aranmıştır. Bu bağlamda katılımcıların somatizasyon belirtileri, genel kaygı belirtileri, kaygı atakları, depresyon belirtileri ve işlevsellik puanlarının tanı alıp almama durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği t-testi ile incelenmiştir. Tablo 3.3.1.'de t-testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.3.1. Tanı (-) ve Tanı (+) Gruplarının PHQ-SADS Puanlarının Karşılaştırması

	Tanı	N	$\bar{X}$	SS	Sd	t	p
SOMATİZASYON BELİRTİLERİ	Konmamış	52	4,0577	3,50022	128,920	-10,496	<,001
	Konmuş	81	11,6420	4,81744			
GENEL KAYGI BELİRTİLERİ	Konmamış	52	3,0577	3,54475	130,554	-7,067	<,001
	Konmuş	81	8,4321	5,22240			
KAYGI ATAKLARI	Konmamış	52	,4423	1,05558	129,430	-6,311	<,001
	Konmuş	81	2,0370	1,85368			
DEPRESYON BELİRTİLERİ	Konmamış	52	3,4423	3,91785	126,412	-6,819	<,001
	Konmuş	81	8,7778	5,06705			
İŞLEVSELLİK	Konmamış	52	,15	,415	126,139	-5,530	<,001
	Konmuş	81	,74	,803			

Tanı (+) grubunun somatizasyon belirtileri durumu Tanı (-) grubundan anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(128,920)} = -10,496$, $p < 0,010$). Tanı (+) grubunun genel kaygı durumları Tanı (-) grubundan anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(130,554)} = -7,067$, $p < 0,01$). Tanı (+) grubunun kaygı atakları durumu Tanı (-) grubundan anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(129,430)} = -6,311$, $p < 0,010$). Tanı (+) grubunun majör depresyon belirtileri Tanı (-) grubundan anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(126,412)} = -6,819$, $p < 0,010$). Tanı (+) grubunun işlevselliği Tanı (-) grubundan anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(126,139)} = -5,530$, $p < 0,010$).

Hasta Sağlık anketi (PHQ-SADS) kullanılarak katılımcıların Tanı (-), İBS ve FD tanıları konmuş olarak gruplandırılmasının doğruluğuna kanıt aranmıştır. Bu bağlamda somatizasyon belirtileri, genel kaygı belirtileri, kaygı atakları, depresyon belirtileri ve işlevsellik puanlarının tanı durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği ANOVA ile incelenmiştir. Tablo 3.3.2.'de katılımcıların tanı durumu değişkenine ait betimsel istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 3.3.2. Tanı (-), İBS ve FD Gruplarının PHQ-SADS Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

	Tanı durumu		$\bar{X}$	SS	p
SOMATİZASYON BELİRTİLERİ	(1)Tanı (-)	52	4,06	3,50	<,001
	(2)İBS	46	11,61	4,57	
	(3)FD	35	11,69	5,19	
GENEL KAYGI BELİRTİLERİ	(1)Tanı (-)	52	3,06	3,54	<,001
	(2)İBS	46	8,96	5,44	
	(3)FD	35	7,74	4,91	
KAYGI ATAKLARI	(1)Tanı (-)	52	,44	1,06	<,001
	(2)İBS	46	2,09	1,84	
	(3)FD	35	1,97	1,90	
DEPRESYON BELİRTİLERİ	(1)Tanı (-)	52	3,44	3,92	<,001
	(2)İBS	46	8,24	4,64	
	(3)FD	35	9,49	5,56	
İŞLEVSELLİK	(1)Tanı (-)	52	,15	,415	<,001
	(2)İBS	46	,91	,890	
	(3)FD	35	,51	,612	

*p<0,01 **p<0,05

Tablo 3.3.2.'de yer alan bilgilere göre katılımcıların hasta sağlık anketi alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaları incelendiğinde somatizasyon belirtileri, genel kaygı belirtileri, kaygı atakları, depresyon belirtileri ve işlevsellik değişkenleri için Tanı (-) grubunun aritmetik ortalaması İBS ve FD tanısı konmuş gruptan daha düşük bulunmuştur. Bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı ANOVA ile incelenmiştir.

Tanı alma durumu değişkenine ait ANOVA sonuçları incelendiğinde katılımcıların somatizasyon belirtileri, genel kaygı belirtileri, kaygı atakları, depresyon belirtileri ve işlevsellik tanı alma durumuna göre istatistiksel olarak farklılaştığı görülmüştür (sırasıyla $F_{\text{somatik}(2,130)}=47,723$; $p<0,010$, $F_{\text{kaygı}(2,130)}=21,966$; $p<0,01$, $F_{\text{kaygınöbetleri}(2,130)}=15,847$; $p<0,010$, $F_{\text{majördepresyon}(2,130)}=21,600$; $p<0,010$, $F_{\text{işlevsellik}(2,130)}=15,997$; $p<0,010$). Somatizasyon belirtileri, genel kaygı belirtileri, kaygı atakları, depresyon belirtileri ve işlevsellik durumlarının tanı durumlarına göre farklılaşmasının hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Scheffe testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre somatizasyon belirtileri değişkeni için Tanı (-) grubunun somatizasyon durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük bulundu. Benzer

şekilde genel kaygı belirtileri, kaygı atakları, depresyon belirtileri ve işlevsellik değişkeni için Tanı (-) grubunun bu değişkenler açısından durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük bulundu.

3.4. Tanı Alma Durumuna Göre Grupların Kaygılı Bağlanma, Kaçınan Bağlanma, Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Ödül Bağımlılığı, Sebat Etme ve Sürekli Kaygı Durumlarının İncelenmesi

Katılımcıların kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme ve sürekli kaygı, puanlarının tanı alıp almama durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği t-testi ile incelenmiştir. Tablo 3.4.1.'de t-testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.4.1. Tanı (-) ve Tanı (+) Gruplarının YİYE II, TCI ve STAI II Puanlarının Karşılaştırması

		Tanı	N	$\bar{X}$	SS	sd	t	p
YİYE II	KAYGILI BAĞLANMA	Konmamış	52	2,48	,86	131	-4,240	<0,001
		Konmuş	81	3,22	1,06			
	KAÇINGAN BAĞLANMA	Konmamış	52	2,21	,88	131	-3,234	0,002
		Konmuş	81	2,72	,89			
TCI	YENİLİK ARAYIŞI	Konmamış	52	14,12	5,39	131	-6,558	<0,001
		Konmuş	81	20,01	4,84			
	ZARARDAN KAÇINMA	Konmamış	52	12,94	5,99	119	-3,819	<0,001
		Konmuş	81	17,23	6,81			
	ÖDÜL BAĞIMLILIĞI	Konmamış	52	13,90	3,75	131	-0,194	0,847
		Konmuş	81	14,04	3,94			
	SEBAT ETME	Konmamış	52	6,23	1,85	131	3,218	,002
		Konmuş	81	5,15	1,92			
STAI II	SÜREKLİ KAYGI	Konmamış	52	46,73	5,31	131	-2,282	,024
		Konmuş	81	48,98	5,67			

Tanı (+) grubunun kaygılı bağlanma puan ortalaması Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(131)} = -4,240$ $p < 0,010$). Tanı (+) grubunun kaçınan bağlanma puan ortalaması Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(131)} = -3,234$ $p < 0,050$).

Tanı (+) grubunun yenilik arayışı puan ortalaması Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(131)} = -6,6558$ $p < 0,010$). Tanı (+) grubunun zarardan kaçınma puan ortalaması Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(119)} = -3,819$ $p < 0,010$). Tanı (+) ve Tanı (-) gruplarının ödül bağımlılığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($t_{(131)} = -0,194$ $p > 0,05$). Tanı (+) grubunun sebat etme puan ortalaması Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($t_{(131)} = 3,218$ $p < 0,050$).

Tanı (+) grubunun sürekli kaygı puan ortalaması Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(131)} = -2,282$, $p < 0,050$).

Katılımcıların kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme ve sürekli kaygı, puanlarının tanı durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği ANOVA ile incelenmiştir. Tablo 3.4.2.'da katılımcıların tanı durumu değişkenine ait betimsel istatistikleri yer almaktadır.

3.4.2. Tanı (-), İBS ve FD Gruplarının YİYE II, TCI ve STAI II Puanlarının Karşılaştırması

		Tanı durumu	N	$\bar{X}$	SS	p
YİYE II	KAYGILI BAĞLANMA	(1)Tanı (-)	52	2,48	,86	<0,001
		(2)İBS	46	3,09	1,12	1-2**
		(3)FD	35	3,40	,97	1-3*
	KAÇINGAN BAĞLANMA	(1)Tanı (-)	52	2,21	,88	,006
		(2)İBS	46	2,68	,91	
		(3)FD	35	2,78	,87	1-3**
TCI - MİZAÇ	YENİLİK ARAYIŞI	(1)Tanı (-)	52	14,12	5,39	<0,001 1-2*
		(2)İBS	46	18,72	4,91	1-3*
		(3)FD	35	21,71	4,24	2-3**
	ZARARDAN KAÇINMA	(1)Tanı (-)	52	12,94	5,99	<0,001 1-2*
		(2)İBS	46	19,72	6,41	2-3*
		(3)FD	35	13,97	5,95	
	ÖDÜL BAĞIMLILIĞI	(1)Tanı (-)	52	13,90	3,75	,113
		(2)İBS	46	13,26	4,15	
		(3)FD	35	15,06	3,45	
	SEBAT ETME	(1)Tanı (-)	52	6,23	1,85	,007
		(2)İBS	46	5,17	2,18	1-2**
		(3)FD	35	5,11	1,53	1-3**
STAI II	SÜREKLİ_KAYGI	(1)Tanı (-)	52	46,73	5,31	,033
		(2)İBS	46	48,26	5,76	
		(3)FD	35	49,91	5,50	1-3**

*p<0,01 **p<0,05

Tablo 3.4.1.'de yer alan bilgilere göre katılımcıların psikolojik değişkenleri puan ortalamaları incelendiğinde kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sürekli kaygı değişkenleri için Tanı (-) grubunun aritmetik ortalaması İBS ve FD tanısı konmuş gruptan daha düşük, Sebat etme değişkeni için ise İBS ve FD tanısı konmuş gruptan daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı ANOVA ile incelenmiştir.

Tanı alma durumu değişkenine ait ANOVA sonuçları incelendiğinde katılımcıların kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, sebat etme ve sürekli kaygı değişkenlerinin tanı alma durumuna göre istatistiksel olarak farklılaştığı görülmüştür (sırasıyla $F_{kaygılı(2,130)}=10,021$; $p<0,010$, $F_{kaçınan(2,130)}=5,341$; $p<0,010$, $F_{yenilikarayışı(2,130)}=26,194$; $p<0,010$,

Fzarardankaçınma(2,130)=16,488; $p<0,010$, Fsebatetme(2,130)=5,150; $p<0,010$, Fsüreklikaygı(2,133)=3,511; $p<0,050$). Ödül bağımlılığı değişkeninden elde edilen puanların tanı alma durumlarına göre değişmediği görülmüştür (Födülbağımlılığı (2,130)=2,216 $p>0,050$). Kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ve sebat etme puanlarının tanı durumlarına göre farklılaşmasının hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Scheffe testi yapılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre kaygılı bağlanma değişkeni için Tanı (-) grubunun kaygılı bağlanma biçimi İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre kaçınan bağlanma değişkeni için Tanı (-) grubunun kaçınan bağlanma biçimi FD tanısı konmuş olandan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre yenilik arayışı değişkeni için Tanı (-) grubunun yenilik arayışı durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük, İBS tanısı alanların ise yenilik anlayışı durumlarının FD tanısı alanlardan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre zarardan kaçınma değişkeni için Tanı (-) grubunun zarardan kaçınma durumu İBS tanısı konmuş olandan daha düşük, FD grubundan daha yüksek bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre sebat etme değişkeni için Tanı (-) grubunun sebat etme durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha yüksek bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre sürekli kaygı değişkeni için Tanı (-) grubunun kaygı durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük bulunmuştur.

3.5. TCI Alt Boyutları için T-Testi ve ANOVA

Katılımcıların yenilik_arayışı, zarardan_kaçınma, ödül_bağımlılığı ve sebat_etme puanlarının alt boyutlarının (NS1, NS2, NS3, NS4, HA1, HA2, HA3, HA4, RD1, RD3, RD4) tanı alıp almama durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği t-testi ile incelenmiştir. Tablo 3.5.1.'de t-testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.5.1. TCI Alt Boyut T-Test

	Tanı	N	$\bar{X}$	SS	sd	t	p
NS1	Konmamış	52	5,02	1,69	131	-4,809	<0,001
	Konmuş	81	6,52	1,80			
NS2	Konmamış	52	3,31	1,65	127	-2,356	,020
	Konmuş	81	4,09	2,15			
NS3	Konmamış	52	3,40	1,77	131	-4,603	<0,001
	Konmuş	81	5,02	2,10			
NS4	Konmamış	52	2,38	2,06	131	-5,953	<0,001
	Konmuş	81	4,38	1,77			
HA1	Konmamış	52	4,25	2,65	131	-3,726	<0,001
	Konmuş	81	5,98	2,58			
HA2	Konmamış	52	4,19	1,48	131	,152	,879
	Konmuş	81	4,15	1,73			
HA3	Konmamış	52	2,56	2,07	131	-1,688	,094
	Konmuş	81	3,23	2,37			
HA4	Konmamış	52	1,94	2,03	131	-4,989	<0,001
	Konmuş	81	3,88	2,27			
RD1	Konmamış	52	5,54	1,43	130	-3,417	0,001
	Konmuş	81	6,57	2,04			
RD3	Konmamış	52	5,12	2,16	131	,652	,515
	Konmuş	81	4,86	2,17			
RD4	Konmamış	52	3,25	1,77	91	2,215	,029
	Konmuş	81	2,60	1,41			

TCI alt boyut değişkenleri: *Yenilik Arayışı* (Novelty Seeking) NS1 Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık, NS2 Dürtüsellik-İyice düşünme, NS3 Savurganlık-Tutumluluk, NS4 Düzensizlik-Düzenlilik. *Zarardan Kaçınma* (Harm Avoidance) HA1 Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik HA2 Belirsizlik korkusu, HA3 Yabancılardan çekinme, HA4 Çabuk yorulma ve dermansızlık. *Ödül Bağımlılığı* (Reward Dependence) RD1 Duygusalılık, RD3 Bağlanma, RD4 Bağımlılık. *Sebat Etme* değişkeninin alt boyutu olmadığından burada gösterilmemiştir.

Tanı (+) grubunun NS1 puan ortalaması, Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(131)} = -4,809$; $p < 0,010$). Tanı (+) grubunun NS2 puan ortalaması, Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(127)} = -2,356$; $p < 0,050$). Tanı (+) grubunun NS3 puan ortalaması, Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

yüksekti ($t_{(131)} = -4,603$; $p < 0,001$). Tanı (+) grubunun NS4 puan ortalaması, Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(131)} = -5,953$; $p < 0,001$).

Tanı (+) grubunun HA1 puan ortalaması, Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($t_{(131)} = -3,726$; $p < 0,010$). Tanı (+) ve Tanı (-) grubunun HA2 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($t_{(131)} = 0,152$; $p > 0,050$). Tanı (+) ve Tanı (-) grubunun HA3 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($t_{(131)} = -1,688$; $p > 0,050$). Tanı (+) grubunun HA4 puan ortalaması, Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($t_{(131)} = -4,989$; $p < 0,01$).

Tanı (+) grubunun RD1 puan ortalaması, Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(129,819)} = -3,417$; $p < 0,050$). Tanı (+) ve Tanı (-) grubunun RD3 puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($t_{(131)} = 0,652$; $p > 0,050$). Tanı (+) grubunun RD4 puan ortalaması, Tanı (-) grubunun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t_{(1,428)} = 2,215$; $p < 0,050$).

3.5.2. TCI Tanı Durumuna Göre ANOVA

Katılımcıların yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme alt boyutlarının (NS1, NS2, NS3, NS4, HA1, HA2, HA3, HA4, RD1, RD3, RD4) puanlarının tanı durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği ANOVA ile incelenmiştir. Tablo 3.5.2.'de katılımcıların tanı durumu değişkenine ait betimsel istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 3.5.2. TCI Tanı Durumuna Göre ANOVA

	Tanı durumu	n	$\bar{X}$	SS	p
NS1	(1)Tanı (-)	52	5,02	1,69	1-2*
	(2)İBS	46	6,28	1,67	1-3*
	(3)FD	35	6,83	1,93	
NS2	(1)Tanı (-)	52	3,31	1,65	
	(2)İBS	46	3,70	2,20	1-3**
	(3)FD	35	4,60	1,99	
NS3	(1)Tanı (-)	52	3,40	1,77	
	(2)İBS	46	4,83	2,33	1-2*
	(3)FD	35	5,29	1,76	1-3*
NS4	(1)Tanı (-)	52	2,38	2,06	1-2*
	(2)İBS	46	3,91	1,68	1-3*
	(3)FD	35	5,00	1,71	2-3**
HA1	(1)Tanı (-)	52	4,25	2,65	1-2*
	(2)İBS	46	6,67	2,67	2-3**
	(3)FD	35	5,06	2,17	
HA2	(1)Tanı (-)	52	4,19	1,48	
	(2)İBS	46	4,41	1,50	
	(3)FD	35	3,80	1,95	
HA3	(1)Tanı (-)	52	2,56	2,07	1-2*
	(2)İBS	46	4,09	2,34	
	(3)FD	35	2,11	1,92	
HA4	(1)Tanı (-)	52	1,94	2,03	1-2*
	(2)İBS	46	4,54	2,22	2-3*
	(3)FD	35	3,00	2,06	
RD1	(1)Tanı (-)	52	5,54	1,43	1-3*
	(2)İBS	46	6,39	2,10	
	(3)FD	35	6,80	1,95	
RD3	(1)Tanı (-)	52	5,12	2,16	
	(2)İBS	46	4,50	2,24	
	(3)FD	35	5,34	2,01	
RD4	(1)Tanı (-)	52	3,25	1,77	1-2**
	(2)İBS	46	2,37	1,22	
	(3)FD	35	2,91	1,60	

*p<0,01 **p<0,05

Tablo 3.5.2.'de yer alan bilgilere göre katılımcıların psikolojik değişkenleri puan ortalamaları incelendiğinde NS1, NS2, NS3, NS4, HA1, HA4, VE RD1 değişkenleri için tanı konmamış grubun aritmetik ortalaması İBS ve FD tanısı konmuş gruptan daha düşük, HA2, HA3, RD3 VE RD4 değişkeni için ise İBS ve FD tanısı konmuş gruptan daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı ANOVA ile incelenmiştir.

Tanı alma durumu değişkenine ait ANOVA sonuçları incelendiğinde katılımcıların NS1, NS2, NS3, NS4, HA1, HA3, HA4, RD1 VE RD4 değişkenlerinin tanı alma durumuna göre istatistiksel olarak farklılaştığı görülmüştür (sırasıyla

$F_{NS1(2,130)}=12,617$; $p<0,010$, $F_{NS2(2,130)}=4,692$; $p<0,050$, $F_{NS3(2,130)}=11,133$; $p<0,010$, $F_{NS4(2,130)}=21,950$; $p<0,010$, $F_{HA1(2,130)}=11,346$; $p<0,010$, $F_{HA3(2,133)}=10,120$; $p<0,05$ $F_{HA4(2,133)}=18,706$; $p<0,010$ $F_{RD1(2,133)}=5,530$; $p<0,050$ $F_{RD4(2,133)}=3,959$; $p<0,050$). HA2 ve RD3 değişkenlerinden elde edilen puanların tanı alma durumlarına göre değişmediği görülmüştür ($F_{HA2(2,130)}=1,428$; $p>0,050$, $F_{RD3(2,130)}=1,744$; $p>0,05$). NS1, NS2, NS3, NS4, HA1, HA3, HA4, RD1 VE RD4 puanlarının tanı durumlarına göre farklılaşmasının hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Scheffe testi yapılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre NS1 değişkeni için tanı konmamış grubun NS1 durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre NS2 değişkeni için tanı konmamış grubun kaçınma durumu FD tanısı konmuş olandan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre NS3 değişkeni için tanı konmamış grubun NS3 durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre NS4 değişkeni için tanı konmamış grubun NS4 durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük, İBS tanısı alanların ise NS4 durumlarının FD tanısı alanlardan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre HA1 değişkeni için tanı konmamış grubun HA1 durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük, FD tanısı alanların ise İBS tanısı alanlardan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre HA3 değişkeni için tanı konmamış grubun HA3 durumu İBS tanısı konmuş olandan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre HA4 değişkeni için tanı konmamış grubun HA4 durumu İBS ve FD tanısı konmuş olandan daha düşük, FD tanısı alanların ise İBS tanısı alanlardan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre RD1 değişkeni için tanı konmamış grubun RD1 durumu FD tanısı konmuş olandan daha düşük bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre RD4 değişkeni için tanı konmamış grubun RD4 durumu İBS tanısı konmuş olandan daha yüksek bulunmuştur.

3.6. “Çok Kategorili/Düzeyli İsimsel Lojistik Regresyon Analizi (Multinomial Lojistik Regresyon)

Çok kategorili isimsel lojistik regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak Kaygılı bağlanma Kaçınan bağlanma, Yenilik arayışı, Zarardan kaçınma, Ödül bağımlılığı, Sebat etme, Sürekli kaygı; bağımlı değişkenler olarak ise tanı alma (Tanı (-), İBS, FD) alınmıştır. Bağımlı değişkenin oluşturulmasında referans değişkeni olarak “Tanı (-) grup” alınmıştır.

Araştırmada tahmin edilen modelin, model uyum bilgisi, uyum iyiliği ve pseudo R² değerleri Tablo 3.6.1.’de gösterilmiştir.

Tablo 3.6.1. Lojistik Regresyon Model Uyum Tablosu

Model Uyum Bilgisi					Uyum İyiliği				Pseudo R ²	
Model	-2LL	χ^2	sd	p		χ^2	sd	p		
Sabit terimli Doymuş	288,794	86,891	14	,000	Pearson	250,808	230	,165	Cox and Snell	,646
					Sapma	201,903	230	,909	Nagelkerke	,730
									McFadden	,480

Tablo 3.6.1. incelendiğinde, model uyum bilgisi ($\chi^2 = 86,891$; sd.=14 ;p=,000) ile model uyum iyiliğinde pearson ($\chi^2 = 250,808$; sd.=230; p=,165) ve sapma ($\chi^2 = 201,903$; sd=230; p=0,909) değerleri incelendiğinde kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve gerçek verilere iyi uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra pseudo R² değerlerinden Cox ve Snell ve Nagelkerke lojistik model tarafından açıklanan varyans miktarını göstermekte ve sonucun 1.00’e yakın olması mükemmel model uyumunu ifade etmektedir (Çokluk, 2010). Nagelkerke istatistiği % 73 olarak bulunmuştur. Bu psikolojik değişkenler ile tanı statüleri arasında % 73 düzeyinde bir ilişki bulunduğunu göstermektedir. Buradan hareketle Tablo 3.5.1.’de yer alan pseudo R² değerlerinin yüksek çıktığı görülmektedir.

Araştırmanın modelinde kullanılan her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni bir bütün olarak anlamlı bir şekilde açıklayıp açıklamadığı Tablo 3.6.2.’de gösterilmiştir.

Tablo 3.6.2. Lojistik Regresyona Ait Olabilirlik Oran Tablosu

Etki	-2 LL	χ^2	sd	p
SABİT	206,618	4,715	2	,095
KAYGILI BAĞLANMA	204,503	2,600	2	,272
KAÇINGAN BAĞLANMA	202,058	,155	2	,926
YENİLİK ARAYIŞI	227,813	25,910	2	,000
ZARARDAN_KAÇINMA	225,270	23,368	2	,000
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI	202,952	1,049	2	,592
SEBAT_ETME	206,930	5,027	2	,031
SÜREKLİ KAYGI	204,078	2,175	2	,337

Lojistik regresyon modelinde yer alan bir bağımsız değişkenin anlamlılığını ölçmek için olabilirlik oran testinden yararlanılır. Tablo 3.6.2.'deki sonuçlar incelendiğinde bağımlı değişken olarak belirlenen tanı üzerinde bağımsız değişkenlerden yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ve sebat etme değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p < 0.050$). Ancak bağımsız değişkenlerden kaygılı bağlanma, kaçingan bağlanma, ödül bağımlılığı ve sürekli kaygı değişkenlerinin anlamlı bir etkiye sahip olmadıkları saptanmıştır ($p > 0,050$).

Araştırmanın modeline ilişkin multinominal lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 3.6.3.'de görülmektedir.

Tablo 3.6.3. Multinomial Lojistik Regresyon Tablosu

		β	Std. hata	Wald	p	Exp (β)
İBS	SABİT	-2,306	2,782	,687	,407	
	KAYGILI BAĞLANMA	,046	,370	,016	,900	1,047
	KAÇINGAN BAĞLANMA	-,142	,363	,153	,696	,868
	YENİLİK ARAYIŞI	,200	,056	13,040	,000	1,222
	ZARARDAN_KAÇINMA	,185	,051	13,354	,000	1,203
	ÖDÜL BAĞIMLILIĞI	-,007	,073	,010	,919	,993
	SEBAT_ETME	-,220	,138	2,553	,010	,803
	SÜREKLİ KAYGI	-,053	,051	1,049	,306	,949
FD	SABİT	-6,629	3,157	4,408	,036	
	KAYGILI BAĞLANMA	,596	,427	1,946	,163	1,814
	KAÇINGAN BAĞLANMA	-,074	,400	,034	,854	,929
	YENİLİK ARAYIŞI	,256	,063	16,548	,000	1,292
	ZARARDAN_KAÇINMA	,008	,055	,023	,879	1,008
	ÖDÜL BAĞIMLILIĞI	,066	,082	,646	,421	1,068
	SEBAT_ETME	-,330	,156	4,457	,035	,719
	SÜREKLİ KAYGI	,019	,055	,121	,728	1,019

Tablo 3.6.3. incelendiğinde bağımlı değişken olarak belirlenen “tanı” değişkeni multinomial lojistik regresyon modeline “tanı konmamış, İBS ve FD” olarak dahil edilmiştir. "tanı konmamış kategorisi" referans değeri olarak alındığında, İBS tanısı alan katılımcıların yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve sebat etme değerleri β katsayıları ve Wald istatistiği dikkate alınarak değerlendirildiğinde anlamlı düzeyde yordayıcı değişkenler oldukları görülmektedir. Buna göre İBS kategorisinde yer alan katılımcıların önem sırasına göre “zarardan kaçınma” ($\beta=0,185$;Wald= 13,354; $p< 0,01$), “yenilik arayışı” ($\beta=0,200$;Wald= 13,040; $p< 0,01$) ve “sebat etme” ($\beta=-0,220$;Wald= 2,553; $p< 0,05$) psikolojik değişkenleri katılımcıların İBS tanısı almaları üzerinde etkiye sahiptirler.

"Tanı konmamış kategorisi" referans değeri olarak alındığında, FD tanısı alan katılımcıların yenilik arayışı ve sebat etme değerleri β katsayıları ve Wald istatistiği dikkate alınarak değerlendirildiğinde anlamlı düzeyde yordayıcı değişkenler oldukları görülmektedir. Buna göre FD kategorisinde yer alan katılımcıların önem sırasına göre “yenilik arayışı” ($\beta=0,256$;Wald= 16,548; $p< 0,010$) ve “sebat etme” ($\beta=-0,330$;Wald= 4,457; $p< 0,050$) psikolojik değişkenleri katılımcıların FD tanısı almaları üzerinde etkiye sahiptirler.

IV. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, FGİH tanısı konmuş bir grup hastanın, mizaç, bağlanma biçimleri ve kaygı düzeylerinin tanı konmamış karşılaştırma grubundan farklılık gösterip göstermediğini araştırmaktır.

Ayrıca mizaç, bağlanma biçimleri ve kaygı düzeylerinin, İBS ve FD hastalıklarını yordama gücünün olup olmadığını araştırmaktır.

Son olarak, FGİH tanısı konmuş hastaların grup olarak ele alınarak, tanı konmamış grup ile karşılaştırılması ve hastalığı yordama gücünün incelenmesi hedeflenmiştir.

FD ve İBS etiyolojisi tam olarak açıklanamayan multifaktöryel hastalıklar olup psikojenik faktörlerle ilişkisi bilinmektedir. Beyin barsak aksında çift yönlü yollar bulunduğu, bu etkileşimde psikolojik faktörlerin önemli rolü bulunduğu bilgisi çeşitli çalışmalara dayandırılarak FGİH etiyolojisinde yer edinmiştir (Smith ve ark.,2010; Muscatello, 2014; Akyüz, 2016; Kolosky, 2013, 2016).

Bağlanma ve FGİH (Agostini ve ark., 2014; Liard ve ark., 2015; Sahan ve ark., 2018), kişilik ve FGİH (Kot ve ark., 2008; Tkalcic ve ark., 2010; Flipovic ve ark., 2013; Lexne ve ark., 2018), kaygı ve FGİH (Hu ve ark., 2002; Aro ve ark., 2009; Oudenhove ve ark., 2007) konularında çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bağlanma, kaygı ve FGİH'ın (Göncüoğlu 2015; Kani ve ark., 2018) çalışıldığı iki araştırma bulunurken; mizaç, bağlanma ve kaygı değişkenlerinin İBS ve FD ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Literatür taraması sonucu bu boşluk fark edilmiş, psikolojik faktörlerle organik bozukluklar arasında bilimsel bir bağ kurulabilmesine katkıda bulunma arzusu ile yola çıkılmıştır.

4.1. Genel Bulgular

Çalışmamızın bulguları; Tanı (-) grubunun puanların Tanı (+) grubu ile karşılaştırıldığında, hem kaygılı bağlanma ve kaçınan bağlanma biçimlerinin hem de genel kaygı düzeyinin daha düşük olduğunu gösterdi. Sonuçlar literatürle uyumludur.

Mizaçta Tanı (+) grubunun yenilik arayışı alt ölçeğinin sonuçları Tanı (-) grubu puanlarından yüksek bulundu. Zarardan kaçınma beklendiği gibi Tanı (+) grubunda daha yüksekti. Ödül bağımlılığı alt ölçeği sonucunda ise iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Bağlanma, mizaç ve kaygı değişkenlerinin FGIH'ı yordama gücünü değerlendirdiğimizde ise; yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve sebat etme mizaç alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulundu.

Çalışmanın bulguları, iki ve üçüncü hipotezler olan bağlanma ve kaygı değişkenlerine dair hipotezleri doğrularken, ilk hipotezde İBS ve FD gruplarının 'yenilik arayışı' puanları beklenenin aksine, karşılaştırma grubundan yüksek bulunmuştur. 'Ödül bağımlılığı' alt ölçeği anlamlı bir farklılık göstermezken, 'zarardan kaçınma' alt boyutu sonuçları beklendiği gibi literatürle uyumludur.

4.2. Sosyodemografik Değişkenler

Sosyodemografik değişkenlere ilişkin analizler değerlendirildiğinde; sosyodemografik bilgi formunda yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum gibi temel tanımlayıcı bilgilerin yanı sıra, psikotrop kullanımı gibi ayırıcı soru bulundurulmuş, tanı konmamış grubun verisini ayrıştırmakta kullanılmıştır. Aşağıda, bu değişkenlerle ilgili değerlendirme yapılmıştır.

Örneğimiz, yaş grubunda Tanı (-) grubunda ortalama 46, İBS grubunda 36.5, FD grubunda ise 47'dir. Öğrenim durumu ise lisans ve lisansüstü ağırlıklı bireylerden oluşmuş olup, sırasıyla %92.3, %95.6 ve %91.4'tür. Veri topladığımız grup her ne kadar yüksek gelirin özel sağlık hizmetine ulaşım imkanını beraberinde getiren kişilerin başvurabileceği bir hastanenin hastaları arasından olsa da, FGIH'ın idareci konumunda olma, ofis çalışanı olma ve oturarak çalışmanın getirdiği stres düzeyi yüksek olabilecek hastalar arasında daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Howel ve ark.,2004; Grodzinsky ve ark., 2012). Türkçe TCI mizaç boyutları arasındaki korelasyona göre; yaş artarken ödül bağımlılığı ve sebat etme puanları yükselmekte, yenilik arayışı ise düşmektedir. Diğer kültürlerde yapılmış TCI çalışmalarında da paralel sonuç bulunmuştur (Köse ve Sayar, 2004). Çalışmamızda yaş ortalaması 47 olan Tanı (-) grubunun sebat etme puanı Tanı (+) grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek, yenilik arayışı puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştu.

Demografik değişkenler için yapılan analize cinsiyet açısından incelendiğinde, tanı konmamış grubun %81'i, İBS grubunun %63'ü, FD grubunun ise %74.3'ü kadındır. Katılımcılar ulaşılabilirlik ve gönüllülük ilkelerine göre seçilmiştir. FGIH'in kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (Chang, 2004; Mayer ve ark., 1999). Kadın katılımcı oranının yüksek olması literatürle de uyumludur.

Mide barsak şikayeti süresi sorusu için süre veren tanı konmamış grup katılımcıları çalışmaya dahil edilmemiştir. İBS grubu %43.5, FD grubu ise %71.4 oranında altı yıl ve üzeri süredir sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Duygudurum bozukluğunun kronik gastrointestinal sorunlara yol açtığı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (Gwee, 1996; Koloski ve ark., 2003; Koloski, 2013). Ayrıca FGIH ve duygudurum bozukluğu eş tanısı konmuş hastaların beş yıllık takibini inceleyen bir çalışmada 2/3'ünün önce psikolojik tanı aldıkları, 1/3'ünün ise önce FGIH tanısı aldıkları belirtilmiştir (Jones ve ark., 2012).

Psikiyatrik ilaç kullanımı da tanı konmamış grubun oluşturulmasında bir dışlama kriteri olarak belirlenmişti. İBS grubunun %24'ü, FD grubunun ise %20'si son iki yıl içinde psikiyatrik ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Kaygı ve depresyonun FGIH yordayıcısı olduğuna dair bazı çalışmaları yukarıda belirtmiştik. Diğer yandan, İBS hastalarının fazla anksiyöz olmadıkları, ancak belirsizliğe karşı oldukça hassas olduklarını ve durumun artmış endişe ile açıklanabileceğini öne süren bir çalışmaya da rastlanmıştır (Keefer ve ark., 2005).

FD prevalansının yüksek olduğu bilinen ülkemizde (Köksal ve ark., 2008) yapılan bir çalışmada dispepsi tanısı konmuş 45 hasta iki gruba ayrılarak farklı ilaç tedavileri uygulanmış ve on hafta takip edilmiştir. Çalışma bulguları iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterirken, dispepsi semptomlarının da yok olduğu görülmüştür (Tuna, Niyazoğlu ve Aslan, 2004). Literatürdeki bu sonuçlar, çalışmamıza katılan FGIH tanılı hastaların yakınmalarına ek olarak psikotrop ilaç kullanım gereksinimini gösteriyor olabilir.

4.3. Mizaç ve FGIH

Mizaç, kalıtım yoluyla doğuştan gelen, olgunlaşma ve çevresel faktörler ile şekillenen bir yapıdır (Rothbart ve ark., 2000), Cloninger, psikobiyolojik kişilik

kuramında mizaç ve karakter özelliklerine boyutsal bir yaklaşım getirmiş, biyolojik temellerle bağlantısını ortaya koymuştur.

Çalışmamızda Tanı (+) grubunun yenilik arayışı ve zarardan kaçınma alt boyutlarının puan ortalamaları Tanı (-) grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek, sebat etme alt boyutunda düşük bulundu. Ödül bağımlılığı boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. İBS grubunda zarardan kaçırma alt boyutu puan ortalaması Tanı (-) grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunurken, FD grubunda anlamlı bir fark bulunmadı. Sonuçlarımıza göre, Tanı (-) grubu referans değeri olarak alındığında, İBS tanısı için yordayıcılar önem sırasına göre zarardan kaçınma, yenilik arayışı ve sebat etmedir. Zarardan kaçınma ve yenilik arayışı pozitif yordayıcı iken, sebat etme negatif yordayıcıdır. FD grubunda zarardan kaçınma bir yordayıcı olarak bulunmamış, önem sırasına göre yenilik arayışı pozitif yönde yordayıcı iken, sebat etmenin negatif yönde bir yordayıcı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda, İBS grubunun zarardan kaçınma puanları Tanı (-) grubundan yüksekti. Zarardan kaçınma İBS grubunda önem sırasına göre en önde iken, FD grubu için bir anlamlılık göstermemiştir. Güleç'in 2009 yılında yayınlanan gözden geçirme çalışması; kişiliğin, psikosomatik hastalıkların temelinde önemli bir yer tuttuğuna dair düşünceyi irdelemek amacıyla 1991-2009 arasında, İBS, somatizasyon, dermatolojik hastalıklar, baş ve göğüs ağrısı ve astım hastalarının dahil edildiği TCI ile yapılmış çalışmaların derlemesidir. Zarardan kaçınma puanlarının tüm psikosomatik hastalıklarda yüksek bulunması, çalışmanın çarpıcı bir bulgusudur. Taymur ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada İBS hastalarının ZK puanlarının, kontrol grubunda anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Sözü edilen çalışmada yapılan lojistik regresyon analizinde ZK4'ün İBS'yi pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Çalışmamızda İBS grubunun ZK1, ZK3 ve ZK4 sk puan ortalamaları, Tanı (-) grubu ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir. Davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkili olan *zarardan kaçınma* (ZK), davranışın durdurulması veya önlenmesine dönük bir eğilimdir. Karamsarlık, endişelilik hali, çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ile gözlenir. Psikopatolojiyi en iyi açıklayan mizaç boyutu olarak değerlendirilen zarardan kaçınma, beklenti endişesi, karamsarlık, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme, çabuk yorulma gibi kalıtsal yanlılık olarak tanımlanmaktadır (Tok ve Arkar, 2012). İBS grubunda zarardan kaçınma ve çoğu alt ölçek puanlarının Tanı (-) grubundan yüksek olması literatürle uyumlu sayılabilir.

Çalışmamızda, Tanı (-) grubu ile FD arasında fark yoktu ve Lojistik regresyon analizinde FD grubu için zarardan kaçınmanın anlamlı bir yordayıcı olmadığını bulduk. akut karın ağrısı yaşayan bireylerin mizaç ve karakter özelliklerinin incelendiği bir çalışmada organik dispepsi (n=21) grubunun 2/3'ünün yüksek zarardan kaçınma eğilimi gösterdikleri bulunmuştur (Lexne ve ark., 2018). Davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkili olan *zarardan kaçınma* (ZK), davranışın durdurulması veya önlenmesine dönük bir eğilimdir. Karamsarlık, endişelilik hali, çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ile gözlenir. Psikopatolojiyi en iyi açıklayan mizaç boyutu olarak değerlendirilen zarardan kaçınma, beklenti endişesi, karamsarlık, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme, çabuk yorulma gibi kalıtsal yanlılık olarak tanımlanmaktadır (Tok ve Arkar, 2012). Davranışsal inhibisyon sistemi ve *zarardan kaçınmanın* (ZK) alt boyutları birlikte düşünüldüğünde; FD grubunun kaçınan bağlanma puanının Tanı (-) grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu bulgusuna dayanarak, duygulanımın aşırı düzenlenmesi ve kısıtlı duygu ifadesi (Hunter ve Maunder, 2001), negatif duygulanımın bedenselleşmesi ihtimalini akla getirmektedir.

Çalışmamızın sonuçları, Tanı (+) grubunun YA puanlarının Tanı (-) grubu puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğunu gösterdi. Ayrıca, İBS grubunun puan ortalaması Tanı (-) grubundan yüksek iken, FD grubunun puan ortalaması, hem Tanı (-) hem de İBS grubu puan ortalamasından yüksek bulundu.

YA'nın, davranışsal aktivasyon sistemi ile bağlantılı olarak yeniliğe karşı istekliliği başlatmaya dönük kalıtsal bir eğilimi yansıttığı belirtilmektedir (Cloninger, 1987). Bu davranışsal aktivasyon aynı zamanda, potansiyel ödüllerin araştırılması, elde edilmesi ve cezadan aktif kaçınma ile bağlantılıdır. Yenilik arayışı yüksek olan kişiler, araştırmacı, dürtüsel, savurgan ve sinirli olarak; düşük olan kişiler ise, katı, tutumlu, yavaş mizaçlı, kayıtsız, hevesiz ve monoton olarak tanımlanmışlardır. Hakala ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada, 10 somatizasyon ve panik bozukluk hastası ile 12 sağlıklı kişiden oluşmuş iki grubun mizaç özellikleri ile somatizasyon ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlar, düşük YA ve yüksek ZK olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, İBS grubu YA puanları Tanı (-) grubu ile karşılaştırıldığında YA1, YA3, YA4, FD grubu ile karşılaştırıldığında, YA1, YA2, YA3 ve YA4 anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Taymur ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da YA3'ün negatif yönde yordayıcı olduğu görülmüştür. Çalışmaların örneklem boyutlarının küçük olması ve az sayıda çalışma olması nedeniyle YA ile ilgili sonuçların yorumlanması

güçleşmektedir. Ancak, çalışmamızın sonuçları ile önceki çalışmalarda elde edilen sonuçların paralellik gösterdiği söylenebilir.

Tanı (-) ile Tanı (+), İBS ve FD gruplarının ÖB puanları arasında anlamlı bir fark yoktu. ÖB alt ölçek puanı incelendiğinde, İBS grubu ÖB4 (bağımlılık) ortalamasının Tanı (-) grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu.

Ödül bağımlılığı (ÖB), başkalarının onayına bağımlılık, duygusallık ve sosyal bağlanma ile kendini gösteren kalıtsal bir eğilimdir (Köse ve ark., 2004). Daha önce ödüllendirilmiş davranışın, devam eden bir pekiştirme olmaksızın sürdürülmesindeki bireysel farklılıklar ile temsil edilmektedir (Richter ve ar., 2001). FD ve İBS’de ödül bağımlılığını değerlendiren çalışma yoktur. Somatizasyonun kalıtsal bir mizaç özelliği olabileceği hipotezine dayandırılan ve Kuzey Finlandiya’da 1966 yılında başlatılarak 31 yıl sürdürülen çalışmanın sonuçları, yüksek ÖB’nin (ve ZK) somatizasyon kapsamındaki klinik tabloların ortak mizaç özelliği olduğunu göstermiştir (Karvonen ve ark., 2006). Ancak bizim çalışmamızda değerlendirdiğimiz psikosomatik hastalıklarla ÖB arasında bir bağlantı bulamadık.

Çalışmamızda Tanı (+), İBS ve FD gruplarının puanları, Tanı (-) grubunun puanlarından anlamlı derecede düşüktü. Önceleri ödül bağımlılığının bileşenlerinden biri olduğu düşünülen fakat sonra ayrı bir boyut olarak ele alınan *sebat etme*, yorgunluk, engellenme ve seyrek pekiştirmeye rağmen davranışın sağlanmasıyla ilişkili kalıtsal bir eğilimdir (Sevi Tok ve Arkar, 2012). Altungören ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, fibromiyalji tanılı hasta grubunun SE puanlarının sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Fibromiyalji de, psikosomatik hastalıklardan (Yazıcı, 2009) biridir. Çalışmamızda, Altungören ve arkadaşlarının (2010) bulgularıyla uyumlu biçimde İBS ve FD gruplarının SE puanları tanı konmamış gruptan düşük bulundu.

Bebeğin mizacındaki özgünlüğün bağlanma biçimlerinin farklılaşmasındaki rolü üzerine yapılan pek çok çalışma bulunmaktadır (Sroufe, 1985; Chess ve Thomas, 1982; Kagan, 1982). Kavramsal düzeyde mizaç, temel bakım veren ve çocuk ilişkisinde kurulan kaliteli bakımdan ziyade, bireysel farklılıkların biyolojik temelli bir tezahürü olarak görülür (Corval ve ark., 2020). Groh ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları meta-analiz çalışmasında, kümülatif kanıtların, mizaç ve bağlanmanın bebeğin gelişimsel yapısında anlamlılık göstermeyen zayıf bir ilişkisi olduğunu ortaya

koymuştur. Mizaç ve bağlanmanın ayrı ayrı yordayıcı etkilerini incelediğimiz çalışmamızda mizaç alt boyutlarında anlamlı FGIH yordayıcıları görürken, bulgularımız arasında bağlanma anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip görünmemiştir. Aşağıda bağlanma bulgularının tartişmasına daha geniş şekilde yer verilmiştir.

4.4. Bağlanma ve FGIH

Çalışmamızın bulguları, bağlanma ile ilişkili kaygı ve kaınganlık puanlarının Tanı (+) grubunda, Tanı (-) grubundan anlamlı düzeyde yüksekti. Kaygılı bağlanma İBS ve FD grubunda anlamlı derecede yüksek iken, kaçıngan bağlanmada sadece FD grubu anlamlı derecede yüksek bulundu. Bu veri, çalışmanın başındaki temel tahminlerimizden olan güvensiz bağlanma ve FGIH arasındaki ilişki ile uyumludur.

Erken dönem aile yaşantısının yetişkinlik dönemi için dayanıklılık veya hassasiyet kaynağı olabileceği çeşitli deneylerle ortaya konmaktadır. Temel bakım veren, bebeğin psikolojik ve fizyolojik gelişiminde önemli rol alırken, yetersiz bakımın gelişim sorunlarına yol açtığı gösterilmiştir (Caldji ve ark.,2000). Kemirgenlerle yapılan bir çalışmada erken bebeklik evresinin, yavruların sağlıklı gelişimi için çok önemli olduğu kaydedilmiştir. Erken yaşantıların, strese cevap ve duygulanım üzerinde uzun süreli sonuçları olduğu düşünülmektedir (Champagne ve ark.,2003). Anneden ayrılmayı içeren erken yaşam olayları uyumsuz davranış ve hormonal cevaplarla ilişkilendirilmiştir. Temel bakım verenden ayrılmayı içeren erken yaşam olayları, uyumsuz davranışlar ve stresi doğururken, visceral duyarlılığa ve İBS yatkınlığına neden olabildiği belirtilmiştir (Muscatello ve ark., 2014).

Gürdal ve arkadaşlarının (2017) alışmasında; bağlanma biçimleri, mizaç ve erken kayıpların psikopatoloji üzerindeki etkileri incelenmiştir. Somatizasyon bozukluğunun kaygılı ve kaçıngan bağlanma biçimi puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Kaygı, depresyon, aleksitimi ve bağlanma biçimleri ilişkisinin değerlendirildiği bir tıpta uzmanlık tezinde, 106 FGIH hastası ve 94 sağlıklı kontrol ile yapılan çalışmada FGIH hastalarının kontrol grubuna göre güvensiz bağlanma biçimlerinin daha yüksek olduğu, güvensiz bağlanma biçimi içinde kaçıngan bağlanmanın ise anlamlı derecede yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Göncüoğlu, 2015). Ülkemizde, FD tanısı konmuş

hastaların bağlanma biçimlerinin ve kaygı düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada, FD grubunun kaçınan bağlanma puanı, sağlıklı gruptan daha yüksek bulunmuştur (Sahan ve ark., 2018). Sonuçlar çalışmamızla uyumludur. Ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada, FD hastalarının kaçınan bağlanma eğilimlerinin organik dispepsi hastalarına kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışılan hasta grubu ve örneklem boyutu açısından benzerlik gördüğümüz çalışmanın sonuçları bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir (Kani ve ark., 2019).

Bowlby, çocuk ve temel bakım veren ilişkisinin doğasını anlamaya dönük yaptığı gözlemler sonucu bağlanmanın tüm yaşam boyunca bir etkisi olduğu fikrinin altını çizmiştir. Benzer biçimde, erken dönem psikanalitik kuramcılar, bağlanmayı bir kuram olarak gündeme getirmemiş olsalar da psikanaliz literatürü bağlanmaya katkıda bulunan pek çok yaklaşım barındırır. Winnicott, D.W. ve Fairbairn, W.D. benliğin gelişiminde, başkalarıyla ilişkilerde ve akıl sağlığında erken birincil ilişkinin öneminin altını çizmişlerdir.

Winnicott, bebeğin anneye mutlak bir bağımlılıkla bağlı olduğunu vurgulamıştır. Eğer anne kapsayan bir çevre yaratmakla yeterince meşgulse, o zaman nesne deneyimi içerden ve dışardan entegre biçimde bebeğe “kendim ve diğeri” bütünleşmesinin zeminini hazırlar. Kapsayıcı çevre eksik ise; bebek, umutsuzluk, güvensizlik ve terk edilmişlik hislerine karşı savunma amacıyla “sahte kendilik” oluşturur (Mikic & Terradas, 2014).

Erken nesne ilişkilerine odaklanmış bir başka kuramcı olan Fairbairn (1941), nesne ile özdeşleşme ve daha sonra nesneden farklılaşmanın, olgun bir gelişim ve ilişkiler için sağlıklı temel olduğunu vurgulamıştır. Bakım veren tarafından reddedilen ve ihmal edilen bebek, nesneyi kendisi reddetmiş olarak içselleştirir ve ebeveyni içine alarak kendisinin bir parçası olarak kabul eder. Böylece sevimsiz ve kötü olan bakım veren değil kendisi olur.

Bion (1962), annenin sağladığı bakıma vurgu yapan diğer bir psikanalitik kuramcıdır. Bebeğin tahammül edilemeyen olumsuz duyguları için annenin işlevi kritiktir. Olumsuz duygulanım dönüştürülerek tahammül edilebilir bir forma getirilmelidir. Kapsanmış ve düzenlenmiş duygu bebek tarafından daha sonra yeniden içe alınır. Winnicott ve Bion gibi Kohut (1998) da annenin “aynalama” işlevine ve kapsayıcılığının önemine dikkat çekmiştir.

Güvenlik temelli stratejiler, güvenli bağlanmanın bileşenleridir (Mikulincer, Shaver ve Pereg, 2003). Bu, kaygı ve kaçınma boyutlarında daha düşük puanlara sahip güvenli bağlanan kişilerin karakteristik bir özelliği olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızın sonuçları, Tanı (-) grubunun Tanı (+) grubuna göre, bağlanmaya bağlı kaygı ve kaçınma puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu gösterdi.

Bebeğin duygularını düzenleyebilmesi için anne ve bebek arasında kurulan ilişkinin önemini, yukarıda da belirtildiği gibi hem erken dönem psikanalitik kuramcılar hem de bağlanma kuramına katkıda bulunanlar vurgulamaktadır. Ainsworth'ün (1978) bebek ve bakım vereni takip ettiği ev gözlemlerinde, kaçınan bağlanmış bebeklerin annelerinin sınırlı duygusal ifadelerde bulundukları, bebekleri uyumluyken oyuna katıldıkları ancak negatif duygulanım sergilediklerinde geri çekildikleri bildirilmiştir. Olumsuz duyguları aynalanmayan bebek, kabul görmeyen tarafını düzenlemek için savunmaya geçerek ikincil bağlanma stratejileri geliştirir (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). Kendine zarar verici ve disosiyatif mekanizmalar geliştirmesi (Mikulincer, 1998) duyguyu aşırı düzenlemesi ve daha az duygu ifadesi (Hunter ve Maunder, 2001) sonucunu doğuruyor olabilir. İlişkide aksaklık veya yoksun bırakılma patoloji ile ilişkilendirilmektedir. Negatif duygulanımın regüle edilememesi ve sözelleştirilememesi bireyi “hazmetme” sorunları ile baş başa bırakıyor olabilir.

4.5. Kaygı ve FGIH

Kaygı değişkeni için Spielberger Sürekli Kaygı envanterinin kullanıldığı çalışmamızda Tanı (+) grubu ile Tanı (-) grubunun puanları anlamlı derecede farklı bulundu. Hem IBS hem de FD gruplarının puanları, Tanı (-) grubu puanlarından anlamlı derecede yüksektir.

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada 30 FD, 29 OD hastasının karakteristik özellikleri ile depresyon, kaygı, somatizasyon ve alekstim ile olan ilişkisi araştırılmıştır. FD hastalarının kaçınan bağlanma, sürekli kaygı ve depresyon eğilimlerinin, OD hastalarına kıyasla daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Çalışılan hasta grubu ve örneklem sayısı açısından benzerlik gördüğümüz çalışmanın sonuçları bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir (Kani ve ark., 2019).

Nedenselliği araştıran boylamsal çalışmalar, beyin-barsak ve barsak-beyin çift yönlülüğünü ortaya koymuştur. Gwee ve arkadaşlarının (1996) 75 akut gastroenterit hastası ile yaptıkları çalışma, bu yönde belirleyici bir adım olmuştur. İlk tanılama kaygının tespit edildiği hastalar uzun vadede kronik gastrointestinal hastalık tanısına dönüşen bir tablo sergilemişlerdir. Daha sonra 4500 kişilik bir örnekleme devam edilen çalışmada semptomların ilerlemesi dört, sekiz ve on ikinci aylarda izlenmiş (Koloski ve ark., 2003) gastrointestinal semptom gösterenlerde, sağlıklı grup ile karşılaştırıldığında (%38.5 - %14.3) daha yüksek oranlarda distress ölçmüştür. Bulgular her ölçüm döneminde benzer biçimde tekrarlanmıştır. Gastrointestinal semptomların psikolojik havayı tahmin gücünün, hava durumu tahminlerinden daha kuvvetli olduğu esprili biçimde vurgulanmıştır (Keightley ve ark., 2015).

Koloski 2012 yılında yaptığı çalışmasında, önceki çalışma bulgusunu destekler nitelikte beyin-barsak aksının IBS ve FD oluşumuna zemin hazırladığını vurgulamıştır. Bu kişilerin temelde FGIH tanısı almadıkları, ancak yüksek seviyede kaygı ve depresyonun gelecekte IBS ve FD oluşumunda kuvvetli yordayıcılar olduğu bulunmuştur. On iki yıllık takip sonucunda edinilen bulgulara göre, kaygı ve depresyon boylamsal olarak ele alındığında, IBS yordayıcı olarak bulunmuştur. Depresyon FD için bir yordayıcı olarak bulunduğu yoğun kaygının, yordayıcı olmadığı belirtilmiştir.

İBS tanısı konmuş ve tekrarlayan karın ağrısı sorunu yaşayan bireylerde patolojinin ayrılma kaygısı bozukluğu ve somatizasyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Israel ve ark., 2015). Güvenli bağlanma geliştirememiş bireylerde içsel çalışma modelinin yatışmaya elverişsiz hali kaygı için risk faktörü oluşturabilir (Bowlby, 1973). İçsel çatışmaları bedenselleştiren hasta daha fazla yardım arama davranışına yöneliyor olabilir (Göncüoğlu, 2015). Bedensel semptom yoluyla dışa vurulan kaygı ise, yardım ihtiyacıyla yüksek düzeyde yapılan doktor başvurularını açıklayabilir.

Winnicott'un nesne ilişkileri teorisi ve Bowlby'nin bağlanma teorisi, psikolojik ve kişilerarası fenomenlere odaklanmanın altını çizen benzer bir çerçeve sunar (Heard, 1978). Dahası, psikopatolojiye giden yolun tanımları da benzerdir. Winnicott, sahte kendilik gelişiminden bahsederken, Bowlby durumu ikincil bağlanma stratejisi olarak adlandırır. Her iki yaklaşımda da, kavramsallaştırılan durum çeşitli patolojiler için bir temel oluştururken ilişkilerde de başarısızlığa yol açar.

Kaygı ve organik bozukluklar arasındaki ilişkiyi anlamaya dönük çalışmaların yaygınlığı fazla olmasa da artmaya başlamıştır (Rogers ve ark., 1994, Harter ve ark., 2003, Nyuthe ve Stein, 2015). Gastrointestinal hastalıklar ve kaygı bozukluğunun ilişkisi literatürde yer bulurken (Byrne ve ark., 2007) çalışmamızın bulguları da paralel yöndedir.

Sonuç olarak, psikosomatik hastalıklar grubundaki İBS ve FD tanılı hastalarla yürüttüğümüz çalışmamızın bulgularına göre mizaç değişkeninin İBS ve FD’i yordama gücü olduğunu söyleyebiliriz. Güvensiz bağlanma ve sürekli kaygı değişkenleri hasta grubunda anlamlı derecede yüksek bulunurken hastalığı yordama gücü bulunmamıştır.

4.6. Sınırlılıklar

Veri toplama araçlarındaki soru sayısının fazla olması nedeni ile yaklaşık bir yıl süren araştırmada ulaşılan kişilere kıyasla toplanabilen tamamlanmış veri düşüktür. Çok sayıda ölçeğin bir arada kullanılmış olması ve soru sayısının fazlalığı çalışmanın başka bir kısıtlılığdır. Katılımcıların envanter setini doldurma sırasında zaman zaman zorlandıkları ve sıkıldıkları gözlenmiştir.

Çalışmaya alınan hem hasta hem de sağlıklı grubun tamamının İstanbul’da yaşıyor olması, sosyokültürel düzey olarak yüksek eğitilmiş bir grupla çalışılmış olması, sonuçların genellenebilirliğini etkilemiş olabilir.

İBS ile ilgili analizlerde üç grubun yaş değişkeni açısından benzer özellikler göstermemesi sonuçların sadece tanılar lehine değerlendirilmesini zorlaştırıyor olabilir.

4.7. Öneriler

Güvensiz bağlanma ve kaygı her ne kadar yordayıcı olarak bulunmasa da anlamlı derecede yüksek puanlar kaydedilmiş ve mizaç da yordayıcı olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara dayanarak psikolojik faktörlerin FGIH ile ilişkisi düşünüldüğünde, ilgili uzman hekimin klinik muayenesi ve gerekli tetkikler sonucu İBS veya FD tanısı alan hastaların psikiyatrik yönden de sorgulanarak ihtiyaçlarına uygun biçimde klinik psikoloğa veya psikiyatri uzmanına yönlendirilmesi önerilebilir.

FGİH’de sıkça psikiyatrik eş tanı görülmesi disiplinler arası işbirliği içinde tedavinin sürdürülmesi gerektiğini göstermektedir. Bu işbirliği hastalık gidişini olumlu etkileyebilir. FGİH hastalarında gerektiğinde psikiyatrik ilaç tedavisinin yanı sıra psikoterapötik yaklaşımlar tedaviye önemli katkı sağlayabilir.

Bir başka öneri, soru sayısının azaltılarak çalışmanın daha fazla sayıda katılımcıya ulaşıp tekrarlanması olabilir. Lojistik regresyonda bağlanma biçimlerinin ve sürekli kaygının yordayıcı gücü ortaya konamamıştır. Örneklem sayısı arttığında yapısal eşitlik modeli ile daha anlamlı sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- Agostini A, Rizzello F, Ravegnani G, Gionchetti P, Tambasco R, Straforini G, Ercolani M, Campieri M. (2010). Adult attachment and early parental experiences in patients with Crohn's disease. *Psychosomatics* 2010; 51(3): 208-215.
- Agostini, A., Moretti, M., Calabrese, C., Rizzello, F., Gionchetti, P., Ercolani, M., Campieri, M. (2014). Attachment and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Int J Colorectal Dis.* 29:1291–1296.
- Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B.A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior*, 4, 111 -136.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*: Allen J.P., & Hauser, S.T. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 254-263.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gönül AS. Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 15(3):183-90, 2004.
- Akyüz, F. (2016). İrritabl barsak sendromu. *Güncel Gastroenteroloji*. (20)4:415-420.
- Alhan, C., Okan, A. (2017). Irritable bowel syndrome, depression and anxiety. *Eastern Journal of Medicine*, 22(3): 125-129.
- Allen, J.P., Hauser, St., Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 254-263.
- Altungören, Ö., Orhan, F., Nacitarhan, V., Özer, A., Karaaslan, M., Altunören, O. (2010). Fibromiyalji sendromlu kadınların depresyon ve mizaç karakter özellikleri açısından değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Aşivi* 2011; 48: 31-8.

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.
- Arıcı, H. (2018). Kronik hastalıkları olan kişilerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile kişilik özellikleri etkileşimleri. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi.
- Aro, P., Talley, N.J., Ronkainen, J., Storskrubb, T., Vieth, M., Johansson, S.E., Bolling, E., Agreus, L. (). Anxiety is associated with uninvestigated and functional dyspepsia (Rome III Criteria) in a Swedish population-based study. *Gastroenterology* Vol 137, 94-100.
- Arslan, H., Arkar, H., Danaoğlu, Z. (2011). Miyokard infarktüsü Geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, kaygı ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 2011;14:143-149.
- Aşık, E.A., Çökmüş, F., Aydemir, Ö., DSM-5 Ölçek Çalışma Grubu. (2017). DSM-5 Düzey 2 Kaygı Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg*; 18(Ek sayı.2):45-50.
- Bacon, H., Richardson, S. (2001) Attachment theory and child abuse: An overview of the literature for practitioners. *Child Abuse Review*, 10, 377–397.
- Bandura, A., Ross, D., ve Ross, S. A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 3-11.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bartholomew, K. & Moretti, M. (2002). The dynamics of measuring attachment. *Attachment and Human Development*, 4, 162-165.
- Beebe, B. & Lachman, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Coconstructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- Beebe, B., Rustin, J., Sorter, D., Knoblauch, S. (2003). An expanded view of intersubjectivity in infancy and its application to psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogue: A Journal of Relational Perspectives*, 13(6), 803-841.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2, Separation: Anxiety and anger*. Penguin: Harmondsworth.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982a). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 664-678.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Bowlby, R., King, P. (2004). *Fifty years of attachment theory. Donald Winnicott memorial lecture given by Sir Richard Bowlby*. eBook, London: Carnac.
- Brennan, K. A., Clark, C.L. & shaver, P.R. (1988). Self report of measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationship*. New York: Guilford.
- Bifulco A., Moran PM., Ball C., Bernazzani O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Feb;37(2):50–59.
- Byrne, P.R., Davidson, K.W., Kessler, R., Asmundson, G., Goodwin, P.R., Kubzansky, L., Lydiard, B., Massie, M.J., Katon, W., Laden, S., Stein, M. (2007). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry* 30 : 208–225.
- Caldji C, Diorio J, Meaney MJ. Variations in maternal care in infancy regulate the development of stress reactivity. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 1164-1174.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-991.

- Cassidy, J. (2000). Adult romantic attachments: A developmental perspective on individual differences. *Educational Publishing Foundation*, 4(2), 111-131.
- Carcamo, R.A., Ijzendoorn, M.H., Vermeer. H., & Veer, H. (2014). The Validity of the Massie-Campbell Attachment During Stress Scale (ADS). *J Child Fam Stud*, 23, 767-775.
- Cassidy, J., & Berlin, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971–991.
- Cattell RB, Schleier IH. Stimuli related to stress, neuroticism, excitation, and anxiety response patterns. *J Abn Soc Psychol*. 1960;60:195-204.
- Champagne FA, Francis DD, Mar A, Meaney MJ. Variations in maternal care in the rat as a mediating influence for the effects of environment on development. *Physiol Behav* 2003; 79: 359-371.
- Chang, L. (2004). "Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders." *Alimentary pharmacology & therapeutics* 20.s7: 31-39.
- Chess, S., & Thomas, A. (1982). Infant bonding: Mystique and reality. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 213– 222.
- Collins, Nancy L.; Read, Stephen J. Bartholomew, Kim (Ed); Perlman, Daniel (Ed), (1994). *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships*, 5, 53-90. London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- Cooper, S.H. (1989). Recent contributions to the theory of defense mechanisms: A comparative view. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 37, 865-891.
- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality*, 66, 919–946.
- Crocq, M.A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. (17)319-325.
- Çakmak, B. B. (2015). *Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarda kişilik özellikleri, savunma düzenekleri ve öfke*. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından elde edildi. (Tez no: 429145)

- Çokluk, Ö. (2010). Lojistik regresyon analizi: kavram ve uygulama. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*.10(3),1357-1407.
- Davies, D., Bhugra, D. (2004). *Models of psychopathology*. Open University Press. McGraw Hill Education.
- Dickerson LM, King DE. (2004). Evaluation and Management of Nonulcer Dyspepsia. *American Family Physician*;70(1):107-14
- Drossman, D., McKee, D., Sandler, R., Mitchell, M., Cramer, E., Lowman, B., Burger, A. (1988). Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. *American Gastroenterological association*;95:701-8.
- DSM – 5 American Psychiatric Association (2013).
- Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 1(4):365-80, 2001.
- Eysenck HJ. (1996). Personality and the Experimental Study of Education. *European Journal of Personality*.10(5):427-39.
- Fairbairn, W. R. (1941). A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. *International Journal of Psychoanalysis*, 22, 250–270.
- Farmer A, McGuffin P, Williams J. *Measuring Psychopathology*. New York, Oxford University Press, 2002.
- Filipović, B., Randjelovic, T., Ille, T., Markovic, O., Milovanović, B., Kovacevic, N., Filipović, B. R. (2013). Anxiety, personality traits and quality of life in functional dyspepsia-suffering patients. *European Journal of Internal Medicine* 24; 83-86.
- Fonagy, P. (1999¹, May) *Transgenerational consistencies of attachment: A new theory*. Paper presented in American Psychoanalysis Association meeting, Washington DC, USA.
- Fraley, R. C. (2010). A brief overview of adult attachment theory and research. *University of Illinois*.
- Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Universities Press, 1946; Türkçesi: Ben ve Savunma Mekanizmaları, çev.Yeşim Erim, İstanbul: Metis, 2003.

- Gabbard, G.O. (1990). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Geçtan, E. (1975). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul: Metis, 2003.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). Adult Attachment Interview. Unpublished protocol. Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Giannini, M., Gori, A., Sanctis, E., Schuldberg, D. (2011). Attachment in psychotherapy: Psychometric properties of the psychological treatment inventory attachment styles scale (PTI-ASS). *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(4), 363-381.
- Göncüoğlu, İ. (2015). Fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanısı konulan hastalarda aleksitimi ve bağlanma biçimleri. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından elde edildi. (Tez no: 412611)
- Grodzinsky, E., Hallert, C., Faresjo, T., Bergfors, E. (2012). Could gastrointestinal disorders differ in two close but divergent social environments? *International Journal of Health Geographics* 11(1):5.
- Groh, A.M., Narayan, A., Bakermans-Kranenburg, M.J., Roisman, G.I., Vaughn, B., Fearon, R.P., & van IJzendoorn, M.H. (2017). Attachment and temperament in the early life course: A meta-analytic review. *Child Development*, 88(3), 770–726.
- Grolnick, W.S., Bridges, L.J., & Connell, J.P. (1996). Emotion regulation in two-year olds: Strategies and emotional expression in four contexts. *Child Development*, 67, 928-941.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291.
- Gürdal, C., Sevi Tok, E.S., Sorias, O. (2017). Erken Kayıplar, Bağlanma, Mizaç-Karakter Özellikleri ve Duygu Düzenlemenin Psikopatoloji Gelişimi Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*;28.

- Gwee KA and Graham JC (1996) Psychometric scores and persistence of irritable bowel after infectious diarrhoea. *Lancet* 347: 150–153.
- Hakala, M., Vahlberg, T., Niemi, P., Karlsson, H. (2006). Brain glucose metabolism and temperament in relation to severe somatization
- Hale, E. D., Treharne, G. J., Kitas, G.D. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology*, Vol. 46, (6), 904–906.
- Hall, C.S., Lindzey, G. ve Campbell, J.B. (1997). *Theories of Personality*, New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Härter, M. C., Conway, K. P., and Merikangas, K. R. (2003). Associations between anxiety disorders and physical illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(6), 313-320.
- Hazan, C, & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Heard, DH. (1978). From object relations to attachment theory: A basis for family therapy. *BR J Med Psychology*, 51(1), 67-76.
- Horenstein, A., Potter, C., Heimberg, R.G. (2018). How does anxiety sensitivity increase risk of chronic medical conditions? *Wiley Clinical Psychology Science and Practice*: (25) 12248.
- Horney, K. (1937). *Neurotic Personality of Our Time*. New York: Norton. Türkçesi: Çağımızın Nevrotik Kişiliği. Çev. Selçuk Budak. Ankara: Öteki, 1994.
- Howell, S., Talley, N.J., Quine, S., Poulton, R. (2004). The irritable bowel syndrome has origins in the childhood socioeconomic environment. *Am J Gastroenterol*. Aug;99(8):1572-8.
- Hunter, J. J., ve Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry*, 23, 177–182.
- Hu, W.H., Wong, W.M., Lam, C.L.K., Wong, B.C.Y. (2002). Anxiety but not depression determines health care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* (16); 2081–2088.

- İliaz, R., Kaymakoglu, S. (2016). Fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları ve otilonyum bromür-simetikon kombinasyonu. *Güncel Gastroenteroloji* (20)4.
- İnanç, B., Yerlikaya, E. Kişilik Kuramları. Pegem Yayınları, 2008.
- Israel, Y.B., Shadach, E., Levy, S., Sperber, A., Aizenberg, D., Niv, Y., Dickman R. (2015). Possible involvement of avoidant attachment style in the relations between adult IBS and reported separation anxiety in childhood. *Stress and Health* 32: 463–471.
- Jones M, Van Oudenhove L, Talley NJ. (2012). Functional gastrointestinal disorders (FGIDs) and psychological disorders: strong evidence that the link is bidirectional but psychological distress is more likely to precede a new diagnosis of an FGID. *Digestive Diseases Week Gastroenterology*; 142: S1–570.
- Kagan, J. (1982). *Psychological research on the human infant: An evaluative summary*. New York, NY: W. T. Grant Foundation.
- Kandemir, G., Ak, İ. (2013). Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 5(4):479-506.
- Kang J. (2005). Systematic Review: The Influence of Geography and Ethnicity in Irritable Bowel Syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*;21(6):663-76.
- Kani, H.T., Dural, U., Kani, S.S., Yanartaş, Ö., Kızıltaş, Ş., Yılmaz, F., Altuğ, O., Denyeli, O., Kuşçu, K., İmeryüz, N. (2019). Evaluation of depression, anxiety, alexithymia, attachment, social support and somatization in functional dyspepsia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. Vol 29*; 45-51.
- Kaplan H, Sadock B. *Klinik Psikiyatri*. E Abay (Çev. Ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, s.189.
- Karagüven, H.Ü. (1999). Açık kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili bir çalışma. M.Ü. *Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi: (11)* 203 – 218.
- Karvonen, J.T., Veijola, J., Kantojarvi, L., Miettunen, Ekelund, J., Lichtermann, D., Laksy, K., Joukamaa, M. (2006). Temperament profiles and

- somatization - an epidemiological study of young adult people. *Journal of Psychosomatic Research* 61;841– 846.
- Katon, W., Walker, EA. (1998). Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry*, 59:15-21.
- Katon, W., Lin E.H., Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*; 29: 147–155.
- Kaya, M. Kaçmaz, H. (2016). Roma IV kriterlerine göre barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi. *Güncel Gastroenteroloji*. (20)4: 393-407.
- Keefer, L., Sanders, K., Sykes, M.A., Blanchard, E.B., Lackner, J.M., Krasner, S.(2005). Towards a better understanding of anxiety in irritable bowel syndrome: a preliminary look at worry and intolerance of uncertainty. *J Cogn Psychother*; 19:163-72.
- Kelly, G.A. (1969). Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly. B. Maher (Ed.) New York: Wiley.
- Kierkegaard, S. (1849). *Sickness Unto Death*. Princeton, N.J. Princeton, 1941.
- Klein D.F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*: 306–317.
- Kobak, R. (1987). Attachment, affect regulation and defense. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Baltimore, MD.
- Koloski NA, Jones M, Kalantar J, et al. (2012). The brain-gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut* (61), 1284–90.
- Koloski NA, Jones MP, Weltman M, et al. (2013) Identification of Early Environmental Risk Factors for Irritable Bowel Syndrome (IBS) and Functional Dyspepsia (FD). *Gastroenterology* 144: S-S726
- Kolosky, N.A., Jones, M., Talley, J. (2016). Evidence that independent gut-to-brain and brain-to-gut pathways operate in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: a 1-year population-based prospective study. *Aliment Pharmacol Ther*; 44: 592–600.

- Kot, J., Harasiuk, A., Rasmus, P., Kocur, J., Chojnacki, C. (2008). Does personality predispose to functional dyspepsia. *Gastroenterologia Polska*, 15 (6):369-373.
- Köksal, A.Ş., Oğuz, D., Özden, A. (2008). Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda dispepsi görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. (7), 11-17.
- Köse, S. (2003). A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium* 41 (2): 86-97.
- Laird K.T., Preacher K.J., Walker L.S. (2015). Attachment and adjustment in adolescents and young adults with a history of pediatric functional abdominal pain. *Clin J Pain*. 31(2): 152–158.
- Langeslag, S., Muris, P., & Franken, I. (2013). Measuring Romantic Love: Psychometric Properties of the Infatuation and Attachment Scales. *Journal of Sex Research*, 50(8), 739-747.
- Lee, S. Wu, J., Ma, Y.L., Tsang, A., Guo, J., Sung, J. (2009). Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder: a community study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*: 30, 643–651.
- Lee, S., Cloninger, C., Chae, E. (2015). Cloninger's temperament and character traits in medical students of Korea with problem eating behaviors. *Comprehensive Psychiatry* 59: 98-106.
- Lexne, E., Brudinb, L., Strain, J., Nylander, P.O., Marteinsdottir, I. (2018). Temperament and character in patients with acute abdominal pain. *Comprehensive Psychiatry* 87; 128–133.
- Linda V. Berens. *Sixteen Personality Types: Descriptions for Self-Discovery*. Telos Publications, California, 1999.
- Lyddon, W.J., Sherry, A. (2001). Developmental personal styles: An attachment theory conceptualization of personal disorders. *Journal of Counseling and Development*, 79, 405.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984 – 1998). *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished scoring manual, Department of Psychology, University of California, Berkeley.

- Main, M., Hesse, E., Goldwyn, R. (2008). *Clinical applications of the adult attachment interview*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No: 219), 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure disorganized /disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*, 95-124. Norwood, NJ: Ablex.
- Mayer, E. A., et al. (1999). Gender-related differences in functional gastrointestinal disorders. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 13.s2: 65-69.
- McWilliams, N., Grenyer, B. F. S. & Shedler, J. (2018). Personality in PDM-2: Controversial Issues. *Psychoanalytic Psychology*, 35 (3), 299-305.
- Menefee, D.S., Day, S.X., Lopez, F.G., & McPherson, R.H. (2014). Preliminary development and validation of the supervisee attachment strategies scale (SASS). *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 232-240.
- Mikic, N., Terradas, M.M. (2014, Winter). Mentalization and attachment representations: A theoretical contribution to the understanding of reactive attachment disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 34-56. The Guilford Press.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variation in self-appraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 420-435.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102.
- Mikulincer, S. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Morin, C.M., Landreville, P., Colecchi, C., McDonald, K., Stone, J., Ling, W. (1999). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Clinical Geropsychology*, Vol. 5, No. 1, 1999.

- Muller, J.E., Koen, L., Stein, D.J. (2005). Anxiety and medical disorders. *Curr Psychiatry rep.* 2005 Aug;7(4):245-51.
- Muris, P., Meesters, C., & Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12(2), 171-183.
- Muscatello, M.R., Bruno, A., Scimeca, G., Pandolfo, G., Zoccali, R.A. (2014). Role of negative affects in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 07;20 (24).
- Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41(9):1111-23, 2002.
- Neslişah Tan MN, Yildirim E, Guldal D. Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Görülen Bir Hastalık: İrritabl Bağırsak Sendromu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(3):75-85.
- Nythe, C.K., Stein, D.J. (2015). Anxiety and related disorders and physical illness. Sartorius N, Holt RIG, Maj M (eds): *Comorbidity of Mental and Physical Disorders*, vol 179, pp 81–87.
- Oudenhove, L., Vandenbergh, J., Geeraerds, B., Vos, R., Persoons, P., Demyttenaere, K., Fischler, B., Tack, J. (2007). Relationship Between Anxiety and Gastric Sensorimotor Function in Functional Dyspepsia. *Psychosomatic Medicine* 69:455–463.
- Öner, N. (1993). *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler*. İstanbul:Boğaziçi Üniversitesi. 3.basım,1997.
- Özden, A., Köksal, A.Ş., Oğuz, D., Çiçek, B., Yılmaz, U., Dağlı, Ü., Parlak, E., Bahar, K., Şahin, B., Özler, J., Özden, A. (2006). Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarında irritable barsak sendromu görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. (5), 4-15.
- Özden, A. (2017). Roma IV-2016, Dispepsi tedavisine yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, (21)1.
- Öztürk, A., Kucur, S., Seven, A., Deveci, E., Şencan, H., Yılmaz, O., Kılıç, A. (2019). Temperament and character differences of patients with

- polycystic ovary syndrome. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 48: 255-259.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L.B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pilkonis, P., Kim, Y., Yu, L., & Morse J.Q. (2013). Adult attachment ratings (AAR): An item response theory analysis. *Journal of Personality Assessment*, 96, published online.
- Rathus, S. A. (2008). *Childhood Voyages in Development*. Wadsworth Cengage Learning, Belmont, USA.
- Richter, J., Polak, T., Eisemann, M. (2003). Depressive mood and personality in terms of temperament and character among the normal population and depressive inpatients. *Personality and Individual Differences* Vol.35, 917-927.
- Riso LP, Klein DN, Anderson RL, Ouimette PC, Lizardi H. Concordance between patients and informants on the personality disorder examination. *Am J Psychiatry* 1994; 151:568-573.
- Rogers, M. P., White, K., Warshaw, M. G., Yonkers, K. A., Rodriguez-Villa, F., Chang, G. and Keller, M. B. (1994). Prevalence of medical illness in patients with anxiety disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24(1), 83-96.
- Rogers MP, Weinshenker N, Warshaw MG. Prevalence of somatoform disorders in a large sample of patients with anxiety disorders. *Psychosomatics* 1996; 37:17-22.
- Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE (2000) Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 78: 122-135.
- Roy-Byrne. P., Davidson, K., Kessler, R., Asmundson, G., Psych, R.D., Goodwin, R., Kubzansky, L., Lydiard, B., Massie, M.J., Katon, W., Laden, S., Stein, M.B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry* (3) Pages 208-225.
- Sahan H.E., Yildirim E., Soylu A., Tabakci, A.s., Cakmak, S., Erkoc, S.N. (2018). Comparison of functional dyspepsia with organic dyspepsia in terms of attachment patterns. *Comprehensive Psychiatry*(83), 12-18.

- Sala, M.N., Testa, S., Pons, F., & Molina, P. (2015). Emotion regulation and defense mechanisms. *Journal of Individual Differences*, 36(1), 19-29.
- Sandberg, J., Busby, D., Johnson, S.M., & Yoshida, K. (2012). The brief accessibility, responsiveness, and engagement (BARE) scale: A tool for measuring attachment behavior in couple relationships. *Family Process*, 51(4), 512-526.
- Sayın, A. Aslan, S. (2005). Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 16(4): 276-283.
- Schultz, D.P, Schultz, S.E. (2009). Theories of Personality. 9th ed. University of South Florida.
- Scrima, F., Rioux, L., & Lorito, L. (2014). Three-factor structure of adult attachment in the workplace: Comparison of British, French and Italian samples. *Psychological Reports: Sociocultural Issues in Psychology*, 115(2), 627-642.
- Selçuk, E., Günaydın, G., Sümer, N., & Uysal, A. (2005). Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(16), 1-11.
- Sevi Tok, E., Arkar, H. (2012). Psikobiyolojik kişilik modeli ile beş faktör kişilik kuramının Türk örnekleminde karşılaştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry*; 13:262-269.
- Shaver, P.R., Belsky, J., & Brennan, K. A. (2000). Comparing measures of adult attachment: An examination of interview and self-report methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
- Shaver, P. R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. In D. Perlman & W. Jones (Eds.), *Advances In Personal Relationships*, 4, 29-70. London: Jessica Kingsley.
- Shaver P.R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133-161.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 899-914.
- Smith F, Clark JE, Overman BL, et al. (2010). Early weaning stress impairs development of mucosal barrier function in the porcine intestine.

American Journal of Physiology – Gastrointestinal and Liver Physiology
298: G352–G363.

- Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioural organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Sroufe, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*, 56, 1–14.
- Sümer, N. (2006). Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21(57), 1-22.
- Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Polat, R., & Çekem, B. (2009). Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panic bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63), 38-45.
- Svrakic, D. M., Whitehead C, Przybeck T.R., and Cloninger C.R. (1993). Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 991-999.
- Şahan, H, Yıldırım,E.A. (2014) Fonksiyonel dispepsisi olan hastaların organik dispepsisi olan hastalar ile bağlanma özellikleri açısından karşılaştırılması.s,1-79 <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tez>.
- Tanum, L., Malt, U.F. (2000). Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 50 139-146.
- Taymur, İ. (2005). Tıpta Uzmanlık Tezi. İrritabl barsak sendromlu hastaların psikiyatrik yönden değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Taylor,R.E,Mann,A.H. ;White,N.J.;Goldberg,D.P. (2000)Attachment style in patients with unexplained physical complaints.Psychol Med. ;30(4):931-41.
- Taymur, İ., Özen, N., Boratav, C., Güliter, S. (2007). İrritabl barsak sendromlu hastaların aleksitimi, mizaç, karakter özellikleri ve psikiyatrik tan

- Açısından değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007;17:186-194.
- Taymur, İ., Türkçapar, H. (2012) Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(2):154-177 doi:10.5455/cap.20120410
- Taub, J.M. (1998). Eysenck's Descriptive and Biological Theory of Personality: A Review of Construct Validity. International Journal of Neuroscience. 94(3-4):145-97.
- Thomas JC, Segal DL. Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology. New Jersey, Wiley, 2006.
- Tkalcic, M., Hauser, G., Stimac, D. (2010). Differences in the health-related quality of life, affective status, and personality between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease patients. European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 22(7):862-867.
- Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1:355-380.
- Tuna, S., Niyazoğlu, M., Aslan, H. (2004). Fonksiyonel dispepside düşük doz antidepressan tedavinin etkinliği. *İstanbul Tıp Dergisi*; 1: 31-33.
- Whitehead, W.E., Palsson, O., Jone, K. R. (2002). Systematic Review of the Comorbidity of Irritable Bowel Syndrome With Other Disorders: What Are the Causes and Implications? University of North Carolina. *Gastroenterology*;122:1140–1156.

EKLER

TANI: IBS ☐

FD ☐

KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Araştırmayı destekleyen kurum: Doğuş Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Araştırmanın konusu: Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık tanısı konmuş kişilerde mizaç özellikleri, bağlanma biçimleri ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi.

Araştırmacının adı: Ebru Erol

E-posta:

Bu araştırma, mizaç özellikleri, bağlanma biçimleri ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlı yürütülmektedir. Çalışmada doğru veya yanlış cevap yoktur. Sizden istediğimiz kendinize en yakın hissettiğiniz cevapları işaretlemenizdir.

Bu çalışma bilimsel amaçlarla yapılmaktadır. Çalışma süresince toplanan veriler anonim olarak değerlendirilecek ve araştırmanın hiçbir aşamasında isimler kullanılmayacaktır. Sonuçlar kişisel bilgileriniz ile eşleştirilmeyecek, araştırma sonucunda herhangi bir kişisel değerlendirme yapılmayacaktır.

Çalışma yaklaşık yarım saat sürecektir. Çalışmaya katılmanız tamamen isteğe bağlıdır. Bu formu imzalamama ve çalışmaya katılmama hakkınız her zaman geçerlidir. Formu imzalasanız dahi kendinizi rahat hissetmediğiniz an çalışmayı bırakabilirsiniz. Bu durumda sizden konmuş olduğumuz veri yok edilecektir.

Sormak istediğiniz bir soru varsa, yukarıda iletişim bilgisi mevcut araştırmayı yapan kişi ile irtibata geçmekten lütfen çekinmeyiniz.

Bana anlatılanları ve yukarıda yazılanları anladım. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Cinsiyetiniz : Kadın..... Erkek.....

Öğrenim Durumunuz : Eğitimsiz__ İlk Öğretim__ Orta Öğretim__ Lise__
Üniversite__ Lisans Üstü__

Mesleğiniz : Yok__ Öğrenci__ Emekli__ Memur__ İşçi__
Ev kadını__ Serbest__ Mühendis__ Doktor__ Avukat__ Öğretmen__
Öğretim Üyesi__ Diğer__

Medeni Durumunuz : Evli__ Bekar__ Boşanmış__ Dul__

Mide bağırsak şikayetiniz var mı? Evet____ Hayır____

Evet ise kaç yıldır? a. Son bir yıl... b. 2-3 yıl... c. 4-5 yıl d. 6 yıl veya daha fazla...

Uzman doktorun koyduğu mide bağırsak hastalığı teşhisi mevcut mu?

Evet_____Hayır_____

Cevabınız evet ise bu teşhis nedir?

Daha önce hiç yatarak psikiyatrik tedavi gördünüz mü? Evet_____ Hayır_____

Son iki yılda psikiyatrik ilaç kullandınız mı? (Örneğin; antidepresan, antipsikotik, aksiyete tedavisine yönelik herhangi bir ilaç vs.) Evet_____ Hayır_____

Kaçıncı ayda doğdunuz?

Zamanında ___ 7 aydan erken___ 7-8 ay ___ 8-9 ay ___ 9 aydan sonra___

Doğumunuz; Sezaryen ameliyatı ile _____ normal doğum _____

Anne sütü aldınız mı? Evet_____ Hayır_____

Evet ise kaç ay?

a. 0 – 1 **b.** 2– 3 **c.** 4 – 6 **d.** 7 – 9 **e.** 10 – 12 **f.** 13 ay ve üzeri

Çocukluğunuzla ergenlik arasında veya daha ileri tarihlere uzanan altınızı ıslatma sorunuz oldu mu? Evet_____ Hayır_____

Nasıl bir ortamda yetiştiniz? **a.** Çekirdek aile **b.** Geniş aile **c.** Diğerleri.....

Anne – babanız; **a.** Evli **b.** Boşanmış **c.** Vefat

Boşandıyseniz siz kaç yaşında iken? **a.** 0 – 1 **b.** 2 – 3 **c.** 4 – 6 **d.** 7 – 9
e. 10 – 12 **f.** 13 – 18 **g.** 19 – 25 **h.** 26 – 35

18 yaş öncesi anne ve/veya baba kaybınız var mı? Evet_____ Hayır_____

Cevabınız ‘evet’ ise kaybettiğiniz ebeveyniniz; **a.** Anne **b.** Baba **c.** Her ikisi de

Evet ise sizi kim büyüttü? **a.** Anne **b.** Baba **c.** Aile büyükleri **d.** Diğer

Alkol kullanım sıklığınız ve türü (örn. bira, rakı, viski, votka...)

a. Günde.....kadeh

b. Haftada.....kadeh

c. Ayda.....kadeh

d. Hiç kullanmıyorum.....

Kullanıyorsanız kaç yıldır? **a.** Son bir yıl **b.** 2-3 yıl **c.** 4-5 yıl **d.** 6 yıl veya daha fazla

Madde kullanıyor musunuz? Evet_____ Hayır_____

Evet ise kaç yıldır? **a.** Son bir yıl **b.** 2-3 yıl **c.** 4-5 yıl **d.** 6 yıl veya daha fazla

Yaşınız :.....

Elinize geçen aylık geliriniz ne kadardır?.....

YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ENVANTERİ (YİYE-II)

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

	1	2	3	4	5	6	7
Hiç katılmıyorum	Kararsızım / fikrim yok				Tamamen katılıyorum		
Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsedikim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7

6. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
9. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
11. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
13. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
14. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
15. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
16. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
17. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
18. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
19. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
20. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
21. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
22. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, "gerçek ben"den hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
23. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7

1. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkeliendirir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
3. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
4. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
5. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.	1	2	3	4	5	6	7
6. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

HASTA SAĞLIK ÖLÇEĞİ (PHQ-SADS)

A) Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım

(1) Biraz rahatsız oldum

(2) Çok rahatsız oldum

	0	1	2
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4. Yorgunluk ve enerji azlığı			
5. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6. Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			

8. Baş ağrısı			
9. Göğüs ağrısı			
10. Baş dönmesi			
11. Fenalık hissi			
12. Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13. Nefes darlığı			
14. Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15. Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

B) Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
3. Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
4. Gevşemede zorlanma				
5. Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
6. Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alınan olma)				
7. Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

C)

	Evet	Hayır
a. Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu?		
b. Daha önce de oldu mu?		
c. Bu ataklardan bazıları birdenbire ansızın (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir?		
d. Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz?		
e. Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu?		

D) Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				

8. Dışarıdan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

E) Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, ev ile ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

- () Hiç zorluk çıkarmadı () Biraz zorluk çıkardı
() Çok zorluk çıkardı () Aşırı derecede zorlandım

CLONINGER MİZAÇ ENVANTERİ

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız. Her ifade DOĞRU (D) ya da YANLIŞ (Y) olarak yanıtlanabilir. ifadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.		
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.		
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.		
4. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.		
5. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.		
6. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.		
7. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.		
8. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.		
9. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.		
10. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.		

11. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.		
12. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.		
13. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.		
14. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.		
15. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.		
16. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.		
17. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.		
18. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.		
19. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.		
20. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.		
21. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.		
22. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.		
23. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.		
24. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.		
25. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.		
26. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.		
27. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.		
28. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.		
29. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.		
30. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.		
31. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.		
32. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.		
33. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.		
34. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.		
35. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.		
36. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.		
37. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.		
38. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürüm.		
39. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.		
40. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafıca düşünürüm.		
41. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.		

42. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.		
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.		
44. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.		
45. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.		
46. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kkonmuş çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.		
47. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.		
48. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.		
49. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.		
50. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.		
51. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.		
52. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.		
53. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.		
54. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.		
55. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.		
56. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.		
57. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.		
58. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.		
59. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez içgüdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.		
60. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.		
61. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.		
62. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.		
63. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.		
64. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.		
65. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.		
66. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.		
67. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.		
68. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım.		
69. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.		
70. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.		
71. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.		
72. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir.		
73. Çoğu kez arkadaşlarımdan arzularına boyun eğirim.		

74. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.		
75. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.		
76. Düşündüğümde daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.		
77. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.		
78. Kendim için bir şeyler satın almak eğlencidir.		
79. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.		
80. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.		
81. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.		
82. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.		
83. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.		
84. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.		
85. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.		
86. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.		
87. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.		
88. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.		
89. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmayı" tercih ederim.		
90. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim.		
91. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.		
92. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.		
93. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.		
94. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.		
95. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.		
96. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.		
97. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.		
98. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.		
99. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.		
100. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.		
101. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.		
102. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.		
103. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.		
104. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.		
105. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.		
106. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.		
107. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.		

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir	1	2	3	4
2	Genellikle çabul yorulurum	1	2	3	4
3	Genellikle kolay ağlarım	1	2	3	4
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	1	2	3	4
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım	1	2	3	4
6	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
7	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğuk kanlıyım	1	2	3	4
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1	2	3	4
10	Genellikle mutluyum	1	2	3	4
11	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1	2	3	4
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	1	2	3	4
13	Genellikle kendimi emniyette hissederim	1	2	3	4
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4
15	Genellikle kendimi hüznümlü hissederim	1	2	3	4
16	Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	1	2	3	4
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım	1	2	3	4
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	1	2	3	4