

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE
SOMATİZASYONDA REDDEDİLME DUYARLILIĞININ ARACI
ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cemile BİLGİŞ

**Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı**

MAYIS, 2023

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE
SOMATİZASYONDA REDDEDİLME DUYARLILIĞININ ARACI
ROLÜNÜN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cemile BİLGİŞ
(Y2112.480005)

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr.Üyesi Haydeh FARAJİ

MAYIS, 2023

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Borderline Kişilik Özellikleri ve Somatizasyonda Reddedilme Duyarlılığının Aracı Rolünün İncelenmesi ” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.
(17/05/2023)

Cemile BİLGİŞ

ÖNSÖZ

Mitolojide Sisyphus, Tanrılar tarafından sonsuza kadar büyük bir kayayı tepeye çıkarmakla mahkûm edilmiştir. Her gün o kayayı en tepe noktaya çıkardığında, kaya yeniden aşağı yuvarlanmaktadır. Yüksek lisans dönemim boyunca; hangi taşı kaldırmabileceğimi, hangi kayanın aşağı yuvarlanmasını göze alarak tepeye çıkabileceğimi, bir çakıl taşı kaldırmanın bile kişinin kendisine ait olmadığına, kocaman bir kayayı sırtlamaktan daha zor olduğunu, her gün en tepeye ulaşmanın değil, o kayayı sırtlayabilmenin yaşamın en keyifli kısmı olduğunu ve kendi kayanı taşıma cesaretini gösterebildiğinde düşmenin ancak tırmanmayı öğrettiğini, bana kendi kayasını aşağı düşeceğini bile bile hayran kaldığım o azmi ile her gün taşıyarak gösteren ve adeta bir sisyphus olan kıymetli hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Haydeh Faraji'ye sonsuz şükran ve teşekkürlerimi sunarım. Yaşamım boyunca tepeye doğru attığım her adımda, sizin çoktan orada olduğunuzu bilmenin güvenini yaşayacağım için minnettarım.

Hayatımın her anında bana destek olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Hangi koşulda olursa olsun hayallerimin peşinden koşmamı sağlayan ve benim hep yanımda duran canım annem ve ablama minnettarım.

Mayıs, 2023

Cemile BİLGİŞ

BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE SOMATİZASYONDA REDDEDİLME DUYARLILIĞININ ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu çalışmada, borderline kişilik özellikleri ile somatizasyon ilişkisinde reddedilme duyarlılığının aracı rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın örnekleme tesadüfi örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olup, 2023 yılında çalışmaya gönüllü destek sağlayan 18- 45 yaş arası toplam 430 katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmanın amacı doğrultusunda katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ), Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği (SDÇÖ) ve Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği (RDÖ) uygulanmıştır ve araştırmada toplanılan veriler, SPSS 25.0 programında istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Ölçüm araçları arasındaki ilişkiyi test etmek için yapılan Pearson korelasyon analizi bulgularında, borderline kişilik özellikleri ile reddedilme duyarlılığı ($r=.424$, $p<0.01$), somatizasyonun sıklığı ($r=.439$, $p<0.01$), ve somatizasyonun şiddeti ($r=.371$, $p<0.01$), arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Reddedilme duyarlılığı ile somatizasyonun sıklığının ($r=.293$, $p<0.01$), somatizasyonun şiddetinin ($r=.259$, $p<0.01$) ve somatizasyonun duygusal durumunun ($r=.125$, $p<0.01$) ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Aracı rol analizi için kullanılan Process Macro 3.5 bulgularında, borderline kişilik özellikleri ile somatizasyonun şiddeti ve sıklığı arasındaki ilişkide reddedilme duyarlılığının aracı bir rolü olduğu belirlenmiştir. Bağımsız Gruplar t-testi ve ANOVA sonuçlarına göre somatizasyonun sıklığının kadınlarda, ilköğretim mezunlarında, düşük gelir seviyesine sahip olanlarda ve çalışmayanlarda anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu; düşük gelir seviyesine sahip olanlar, bekarlar ve çalışmayanlarda daha fazla borderline kişilik özellikleri olduğu tespit edilmiştir. Borderline kişilik özelliklerine sahip kişilerin, reddedilme duyarlılığı gösterme eğilimi olabileceği ve bu eğilim ile başa çıkabilmek adına işlevsiz bir baş etme stratejisi olarak somatizasyonu kullanabilecekleri öne sürülmüştür. Bu doğrultuda borderline

kişilik özellikleri gösteren bireylerin somatik belirtilerinin tedavisinde, reddedilme duyarlılığına yönelik müdahale çalışmaları yapılması, kişilerin duygularını açıkça ifade etmelerine yönelik teşvik edilmesi ve uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin kazandırılmasının sürece dahil edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik Özellikleri, Borderline Kişilik Bozukluğu, Reddedilme Duyarlılığı, Somatizasyon

EXAMINATION OF THE MEDIATING ROLE OF REJECTION SENSITIVITY IN BORDERLINE PERSONALITY TRAITS AND SOMATIZATION

ABSTRACT

In this study, it was aimed to examine the mediating role of rejection sensitivity (RS) between borderline personality traits (BPT) and somatization. The sample of this study consists of a total of 430 participants between the ages of 18 and 45 who provided voluntary support to the study in 2023. In line with the aim of the study, Personal Information Form, Borderline Personality Scale (BPQ), Somatization Emotion Conflict Scale (SECS) and Rejection Sensitivity Measure (RSM) were applied to the participants. SPSS 25.0 program was used for statistical analysis of the data collected in the study. Pearson correlation analysis revealed a significant relationship between BPT and RS ($r=.424$, $p<0.01$), frequency of somatization ($r=.439$, $p<0.01$), and severity of somatization ($r=.371$, $p<0.01$). RS was correlated with the frequency of somatization ($r=.293$, $p<0.01$), the severity of somatization ($r=.259$, $p<0.01$), and the acknowledgment of the emotional contribution of somatization ($r=.125$, $p<0.01$). In Process Macro 3.5 findings, it was found that RS has a mediating role in the relationship between BPT and the severity and frequency of somatization. According to the results of the Independent Groups t-test and ANOVA, frequency of somatization was significantly higher in women, primary school graduates, those with low-income levels, and those who were not working. In addition, BPT was found to be higher in those with low-income levels, singles, and non-workers. It has been suggested that people with BPT may have a tendency to show RS and may use somatization as a dysfunctional coping strategy to cope with this tendency. In this direction, in the treatment of borderline personality disorder and accompanying somatic symptoms, it is recommended to include intervention studies for RS, encouraging people to express their feelings openly and gaining compatible emotion regulation strategies. In this direction, in the treatment of somatic symptoms of individuals with BPT, it is recommended to include intervention studies for RS,

encouraging people to express their feelings openly and gain compatible emotion regulation strategies.

Keywords: Borderline Personality Traits, Borderline Personality Disorder, Rejection Sensitivity, Somatization

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvii
I. GİRİŞ	1
A. Araştırmanın Hipotezleri	3
B. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	4
C. Sayıtlılar.....	5
D. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
E. Kavramların Tanımları	5
II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	7
A. Borderline Kişilik Bozukluğu.....	7
1. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanımı	7
2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tarihiçesi	8
3. Borderline Kişilik Bozukluğu Epidemiyolojisi ve Komorbidite	10
4. Borderline Kişilik Bozukluğunda Tanı	11
a. DSM-5 tanı kriterleri	11

b. ICD-10 tanı kriterleri	12
5. Borderline Kişilik Bozukluğu Etiyolojisi	12
a. Biyolojik ve genetik faktörler	13
b. Psikososyal faktörler.....	13
i. Çocukluk Çağı Travmaları	13
ii. Ebeveyn Özellikleri ve Bağlanma Stilleri	14
B. Somatizasyon	15
1. Somatizasyonun Tanımı.....	15
2. Somatizasyonun Tarihçesi	17
3. Somatizasyon Etiyolojisi.....	21
a. Biyolojik ve genetik faktörler	22
b. Çevresel ve kültürel faktörler	24
c. Kişisel- psikolojik faktörler	27
i. Çocukluk çağı travmaları	28
ii. Aleksitimi	29
iii. Anksiyete	30
iv. Öfke	32
v. Depresif duygulanım	33
vi. Cinsiyet.....	35
vii. Kişilik bozuklukları ve mizaç.....	36
viii. Algılanan ebeveyn reddi	37
4. Somatizasyonun Epidemiyolojisi ve Komorbidite	38
5. Sınıflandırma Sistemleri İçerisinde Somatizasyon	39
a. DSM perspektifinden somatizasyon bozuklukları.....	40
i. Bedensel Belirti Bozukluğu	41
ii. Hastalık Kaygısı Bozukluğu.....	41

iii.	Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu	42
iv.	Yapay Bozukluk	42
b.	ICD perspektifinden somatizasyon bozuklukları	43
i.	Bedensel Sıkıntı (Endişe) Bozukluğu	43
ii.	Beden Bütünlüğü Disforisi	43
6.	Somatizasyon Gelişimine İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar ve Tedavi	44
a.	Bilişsel- davranışçı yaklaşım	44
b.	Şema teorisi	45
c.	Psikodinamik yaklaşımlar.....	46
i.	Freud'un bakış açısı ve psikanalitik yaklaşım	46
ii.	Georg Groddeck	48
iii.	Sandor Ferenczi	48
iv.	Chicago Okulu ve Franz Alexander	48
v.	Jean Paul Valabrega	49
vi.	Paris Psikosomatik Okulu ve Pierre Marty	49
vii.	Kendilik Psikolojisi	51
viii.	Nesne İlişkileri Kuramı.....	51
ix.	Winnicott'ın Nesne İlişkileri Modeli	52
d.	Bağlanma teorisi	52
e.	Borderline kişilik örgütlenmesi ve somatizasyon gelişiminde ortak olgular dışsallaştırma.....	53
i.	Sembolleştirme.....	54
ii.	Örtük Bellek ve Travma	55
iii.	Bağlanma ve Zihinselleştirme	56
iv.	Anne	59
v.	Beden ve Dokunuş.....	60

C. Reddedilme Duyarlılığı.....	61
1. Reddedilme Duyarlılığı Modeli	61
2. Reddedilme Duyarlılığı ve İlişkili Bozukluklar	62
3. Borderline Kişilik Bozukluğunda Reddedilme Duyarlılığı	63
III. YÖNTEM.....	65
A. Araştırmanın Modeli.....	65
B. Araştırmanın Örnekleme	65
C. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	65
1. Kişisel Bilgi Formu	65
2. Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ).....	66
3. Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği (SDÇÖ).....	66
4. Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği (RDÖ)	67
D. Veri Analiz Teknikleri	67
IV. BULGULAR.....	69
A. Korelasyon Analizi	70
B. Aracı Rol Analizi	73
C. Karşılaştırma Analizi	75
V. TARTIŞMA	93
VI. KAYNAKÇA	101
EKLER.....	139
ÖZGEÇMİŞ.....	155

KISALTMALAR LİSTESİ

BKB : Borderline Kişilik Bozukluğu

BKÖ : Borderline Kişilik Özellikleri

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	69
Çizelge 2. Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı Değerler.....	69
Çizelge 3. Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Tanımlayıcı Değerleri	70
Çizelge 4. Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği Arasındaki İlişki	71
Çizelge 5. Borderline Kişilik Ölçeğinin Somatizasyonun Sıklığını Yordamasında Reddedilme Duyarlılığı Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar	73
Çizelge 6. Borderline Kişilik Ölçeğinin Somatizasyonun Şiddetini Yordamasında Reddedilme Duyarlılığı Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar	74
Çizelge 7. Cinsiyete Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması	75
Çizelge 8. Medeni Duruma Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması	76
Çizelge 9. Çalışma Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması	78
Çizelge 10. Eğitim Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması	80
Çizelge 11. Aylık Gelir Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması	87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

- Şekil 1. Borderline Kişilik Ölçeğinin Somatizasyonun Sıklığı Yordamasında Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları... 74
- Şekil 2. Borderline Kişilik Ölçeğinin Somatizasyonun Şiddetini Yordamasında Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları... 75

I. GİRİŞ

Borderline kişilik bozukluğu (BKB); bireyin kişilerarası ilişkilerinde, duygulanımında, bilişsel süreçlerinde, kendilik imgesinde ve davranımında belirsizlik ve tutarsızlığın hâkim olduğu, süreğen bir bozukluktur (Faraji, 2021). BKB tanısı almış kişiler; dürtüsellik, kendine zarar verme davranışı, kendisine ve diğerine karşı duygu ve düşüncelerinde ani dalgalanmalar ve hem öteki ile beraber olabilmek için aşırı çaba hem de ötekine karşı yoğun ve uygunsuz bir öfke göstermektedirler (APA, 2013; Faraji ve Tezcan, 2022). Borderline kişilik örgütlenmesinde (BKÖ) ise borderline kişilik bozukluğunu tanımlayan bu özellikler, daha az yaygınlık göstermekte ve düzeyleri daha düşük olmaktadır. Bu özelliklerin artışı, bireyi borderline kişilik örüntüsünden, borderline kişilik bozukluğuna doğru yaklaştırmaktadır (Faraji ve Güler, 2021).

Borderline kişilik örgütlenmesine sahip kişiler, kimliklerini öteki üzerinden inşa etmekte ve kendilik değerlerini ötekinin ekseninde şekillendirmektedirler. Bununla beraber öteki ile olan ilişkileri, idealize etmek ile değersizleştirmek arasında gidip gelen ani geçişler ile karakterizedir (Kernberg, 1985). Bu durum kişilerarası ilişkilerinde; ötekine bağımlı olma eğilimine, ani hayal kırıklıklarına, yalnızlık korkusuna ve terk edilme kaygısına neden olabilmektedir (Gunderson, 2018). Borderline hastalarda yoğun ayrılık korkusu, olası bir terk edilme durumuna dair endişeli bir bekleyiş ve reddedilmeye karşı öfke nöbetleri gibi aşırı tepkiler verme ile sonuçlanabilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022).

BKÖ'ye sahip bireyler, kişilerarası ilişkilerinde algılanan olumsuz olay ve durumlara karşı aşırı hassasiyet ile karakterizedirler (Gunderson ve Links, 2008). Bu olumsuzluklar arasında reddedilme duyarlılığı önemli bir yer tutmaktadır (Faraji ve Tarım, 2022). Reddedilme duyarlılığı, olası bir reddedilmeye karşı kaygılı beklenti hali ile reddedilmeye karşı verilen yoğun tepkiler olarak açıklanmaktadır (Downey ve Feldman, 1996). Borderline kişilik özelliklerine sahip kişiler, gündelik hayattaki herhangi bir olayı reddedilme olarak algılayabilmektedirler. Örneğin bir randevu iptalini; bir ihmal, onaylanmama

yahut reddedilme olarak düşünebilmektedirler (Staebler vd., 2011). Nitekim borderline hastalar, kendileri için önemli olan kişiler tarafından reddedilme deneyimi yaşadıklarını sıklıkla bildirmektedirler (Rosenbach ve Renneberg, 2014).

BKB, bireyi salt duygusal olarak değil, aynı zamanda fiziksel olarak da etkilemektedir (Ballespí vd., 2022). Grant vd., (2008) BKB ile fiziksel işlevsellik, bedensel ağrı ve genel sağlığın ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Schmaling vd., (2021) artan somatik şikayetlerin, borderline kişilik bozukluğu semptomları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Schmaling ve Fales (2018) yaptıkları meta analiz çalışmasında borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerin %30'unun bir ya da daha fazla somatoform bozukluğuna sahip olduklarını belirtmektedirler.

BKB ve somatizasyon, duygu düzenlenmede yaşanan zorluklarla karakterizedir (Bailer vd., 2017; Faraji vd., 2023). Her iki bozuklukta da duyguların tanımlanması ve ifade edilmesi ile ilgili sorunlar yaşanabilmektedir (Schmaling vd., 2021). Aynı zamanda borderline hastaların, duygularını tanıma ve ifade etme konusunda bedensel duyular ile sınırlı kaldıkları (Farrell ve Shaw, 1994; Faraji, 2020) ve borderline hastada yoğun ayrılık korkusunun kimi zaman psikosomatik hastalıklar ile sonuçlanabileceği ifade edilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022). Bu noktada BKÖ gösteren kişilerin, reddedilme duyarlılığı ile ortaya çıkabilecek olumsuz duyguları tanımlama ve baş etme konusunda zorluklar yaşayabileceği düşünülmektedir. Nitekim BKÖ'ye sahip kişiler, reddedilmenin yol açabileceği öfke, boşluk ve korku gibi olumsuz duygularla etkili bir şekilde başa çıkabilmek için yetersiz ego gücüne ve düşük düzey bir özgüvene sahiptirler (Rockland, 2016; Kartal, 2022). Bu bilgiler ışığında borderline kişilik özelliklerinin kişide, reddedilme kaygısı ve beklentisi oluşturabileceği ve bu durumun doğurabileceği olumsuz duygular ile baş etmek için kişinin bedenselleştirmeyi uyumsuz bir başa çıkma mekanizması olarak kullanabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, borderline kişilik özellikleri ve somatizasyon arasında reddedilme duyarlılığının aracı rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır. Borderline hastalar, somatik uğraşlarla ilişkili şikâyetleri ile hekimlere başvurduklarında, salt bedensel şikâyetlere yönelik bir tanı konulabilmekte ve altta yatan borderline kişilik bozukluğu atlanabilmektedir. Tavsiye edilen ilaçlar ise şikâyetleri üzerinde

etkili olmamakla beraber, borderline hastaların duygudurum dengesizliğini de arttırabilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022). Bu noktada somatizasyon ve BKÖ arasındaki ilişkinin bilinmesi önem kazanmaktadır. Ayrıca reddedilme duyarlılığı gibi aracı değişkenlerin değerlendirilmesinin, altta yatan sebepleri anlaşılır kılmak ve doğru tedavi sürecini sağlamak adına mühim bir nitelik taşıdığı düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın, BKÖ'ye sahip kişilerin somatik semptomlarının gelişiminde ve sürdürülmesinde reddedilme duyarlılığının ve bundan kaynaklanan olumsuz duyguların etkisinin anlaşılmasına katkı sağlaması yönünden, klinik pratiğe katkıda bulunacağı varsayılmaktadır. Son olarak alanyazında borderline kişilik özellikleri, somatizasyon ve reddedilme duyarlılığı değişkenlerinin bir arada incelendiği bir çalışma olmadığından ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

A. Araştırmanın Problemi

Borderline kişilik özellikleri ve somatizasyon arasındaki ilişkide reddedilme duyarlılığının aracı bir rolü var mıdır?

A. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Borderline kişilik özellikleri ile reddedilme duyarlılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Borderline kişilik özellikleri ve somatizasyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Borderline kişilik özellikleri ve somatizasyon şiddeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Borderline kişilik özellikleri ve somatizasyon duygusal durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H5: Somatizasyon sıklığı ile reddedilme duyarlılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H6: Somatizasyon şiddeti ile reddedilme duyarlılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H7: Somatizasyon duygusal durumu ile reddedilme duyarlılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H8: Borderline kişilik özellikleri ile somatizasyon sıklığı arasındaki ilişkide reddedilme duyarlılığının aracı bir rolü vardır.

H9: Borderline kişilik özellikleri ile somatizasyon şiddeti arasındaki ilişkide reddedilme duyarlılığının aracı bir rolü vardır.

H10: Borderline kişilik özellikleri ile somatizasyon duygusal durumu arasındaki ilişkide reddedilme duyarlılığının aracı bir rolü vardır.

H11: Borderline kişilik özellikleri sosyodemografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

H12: Somatizasyon sıklığı, şiddeti ve duygusal durumu sosyodemografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

B. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırma, borderline kişilik özellikleri ve somatizasyon ilişkisinde reddedilme duyarlılığının aracı rolünü incelemeyi amaçlamaktadır.

Alan yazın incelendiğinde, BKB ile reddedilme duyarlılığının ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca reddedilme duyarlılığının birçok psikopatolojiyi ortaya çıkarabileceği ve varolan belirtileri de şiddetlendirebileceği belirtilmektedir. Bu noktada reddedilme duyarlılığının, borderline kişilik özellikleri ve somatizasyon arasında köprü kurabilen bir aracı değişken olabileceği düşünülmektedir. Bununla beraber borderline hastanın, bedensel şikayetleri için hekimlere başvurduğunda, yalnızca bedensel yakınmaya dair bir tanı alabilmesi ve altta yatan borderline kişilik özelliklerinin atlanması söz konusu olabilmektedir. Tavsiye edilen ilaçlar ise borderline hastaların duygudurum dengesizliğini arttırabilmektedir. Bu bilgiler ışığında, somatizasyon ve BKÖ arasındaki ilişkinin bilinmesi önem kazanmaktadır. Alanyazın incelendiğinde; borderline kişilik özellikleri, somatizasyon ve reddedilme duyarlılığı değişkenlerinin bir arada yapıldığı bir çalışmanın olmadığı görülmektedir. Bu sebeple bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı ve hem gelecekteki bilimsel araştırmalarda hem de bireyin fizyolojik ve psikolojik sağlığını korumak adına geliştirilebilecek sosyal çalışmaların hazırlanmasında faydalı olacağı düşünülmektedir.

C. Sayıtlar

Çalışmanın örnekleminin, evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

Çalışmanın örnekleminde yer alan katılımcıların, ölçeklerdeki sorulara samimi ve eksiksiz cevaplar verdikleri varsayılmaktadır.

D. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini, İstanbul ilinde yaşayan 18-45 yaş aralığındaki 430 kişi ile sınırlıdır.

Araştırmada ölçülmek istenilen özellikler ve elde edilen veriler, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ile sınırlıdır.

E. Kavramların Tanımları

Borderline Kişilik Bozukluğu/Örgütlenmesi: Borderline kişilik bozukluğu; kişilerarası ilişkilerde, duygulanımda, bilişsel süreçlerde, kendilik imgesinde ve davranımda değişkenlik ile tutarsızlığın hâkim olduğu ciddi bir ruhsal hastalıktır (Faraji, 2021). Borderline kişilik örgütlenmesi, borderline kişilik bozukluğu ile ortak özelliklere sahiptir. Ancak bu özelliklerin şiddeti, daha düşük bir düzeyde tezahür etmektedir (Faraji ve Güler, 2021).

Reddedilme Duyarlılığı: Reddedilme duyarlılığı, olası bir reddedilmeye karşı yoğun kaygı ile reddedilmeye dair beklenti ve reddedilmeye aşırı tepki verme olarak açıklanmaktadır (Downey ve Feldman, 1996).

Somatizasyon: Somatizasyon, ruhsal gerilimin ve psikososyal stresin fiziksel belirtilerle ifade edilmesidir (Rosen vd., 1982).

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

A. Borderline Kişilik Bozukluğu

1. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanımı

Borderline kişilik bozukluğu; kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında, duygulanımda ve davranışlarda tutarsızlık ile karakterize, kendine zarar verme davranışlarının ve dürtüsellüğün görüldüğü, gerçek ya da olası terk edilmeye karşı yoğun duyarlılıkla belirli, süregelen bir bozukluktur (APA 2013; Faraji ve Tezcan, 2022). Kişinin kendisi ve toplum açısından ciddi sorunlar oluşturabilecek bir sağlık sorunudur. BKB'ye sahip kişiler, sağlam ve tutarlı bir kimlik algısı geliştirmemekle beraber toplumsal kimliklerinde de istikrarsızlık göstermektedirler (Faraji ve Tezcan, 2022).

BKB'li bireyler zayıf bir ego ile karakterizedirler. Bundan dolayı istikrarsız duygulanım ve dürtüselliklerinin kontrol edilmesi zordur ve kişilerarası ilişkilerinde yoğun bir duyarlılık sergilemektedirler (Paris, 2020). Ayrıca kendilik değeri, yoğun olarak öteki üzerinden şekillenmektedir. Buna bağlı olarak ilişkileri kaotik bir yapı göstermekte ve genel olarak bağımlılık, terk edilme ve reddedilme korkusunu barındırmaktadır (Faraji ve Tezcan, 2022).

Kararsızlık ve tutarsızlık, borderline kişilik bozukluğuna sahip bireylerin hayatlarının her alanında yaygın ve süreklidir. BKB, ayrıca yoğun çatışma ile karakterizedir. Çatışmalar; kişilerarası istikrarsız ilişkiler bağlamında dışsal olabileceği gibi, hastaların tutarsız ve acı veren duygular ile olumsuz anıları bastırmak ve kişiliklerinin ve eylemlerinin önemli yönlerini inkâr etmek gibi kendileriyle savaş halinde olmaları anlamında, içsel de olabilmektedir. Bununla beraber düşünce ve eylemlerinde katı bir tutum sergilemektedirler. Olayları farklı bakış açılarından değerlendirmek ve alternatif görüşler üretmek yerine sabit bir şekilde yorumlamaktadırlar (Kernberg, 1967; Livesley, 2017).

Duygu düzenleme gücü, BKB'li bireylerde diğer borderline kişilik özelliklerinin nasıl ifade edileceğini etkileyen önemli bir sorundur. Duyguları

yoğun bir niteliktedir ve sürekli değişim halindedir. Hızlı bir şekilde duygular arası geçiş yaşamaktadırlar. Diğerleri ile istikrarsız bir nitelik taşıyan ilişkileri, büyük ölçüde bağlanma ihtiyacı, terk edilme ve reddedilme beklentisi arasındaki çatışma etrafında döner. Krizler yaygındır ve bu krizler sıklıkla kaygı, korku, tehdit, üzüntü, öfke ve utanç içermektedir. Bu duygular ile baş etmek için genellikle maladaptif stratejiler kullanılmaktadır (Livesley, 2017; Faraji ve Tezcan, 2022).

2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tarihçesi

Borderline kişilik bozukluğunun tarihsel kökeni incelendiğinde ilk olarak 1800'lü yılların ikinci yarısında bazı psikiyatrların, akli başındalık hali ile delilik arasındaymış gibi görünen hastalar olduğunu gözlemledikleri dikkat çekmektedir (Rose, 1890; McWilliams, 2020). Bir psikolojik "sınır alan"da bulunan hastalar, istikrarsız bir yaşam sürdüren ve kaotik yapıda bir özgün karakter bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Rose, 1890). Ruh sağlığı çalışanları tarafından varsanı ya da sanrıya sahip olmadıkları için kesin bir şekilde psikoz tanı kriterine dahil edilemeyen bu hastalar, nevrotik hastaların sahip oldukları kriterleri de karşılamadıkları için nevroz-psikoz modelinin bu hastaları tanımlamakta yetersiz kaldığı belirtilmiştir (Faraji ve Tezcan, 2022).

Stern (1938) tarafından sistematik olarak ilk kez kullanılan Borderline (Sınır durum) terimi, mevcut psikanalitik sınıflandırmanın salt psikoz ile nevroz ayrımını yapabilmesinden dolayı sınıflandırmaya uymayan ve psikoterapinin olağan sınırlarını dikkate almayan hastaları tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Borderline hastanın hayatında önemli olan kişileri eş zamanlı olarak idealleştirilmesine ve değersizleştirilmesine dikkat çeken Stern, hastaların stresle başa çıkmakta zorlandıklarını, hafif eleştirilere bile yoğun tepki ile yanıt verdiklerini, yansıtma mekanizmalarını sık kullandıklarını ve dışsallaştırma eğiliminde olduklarını ifade etmiştir (Stern, 1938).

Zilboorg (1941) psikoz ve nevroz arasında kaldığını düşündüğü borderline kişilik bozukluğunu "ambulator şizofreni" (ayaktan şizofreni) olarak tanımlamıştır. Benzer şekilde Schmideberg (1947) borderline hasta terimini kullandığı hastalarının, şizofreninin eşiğinde olduklarını düşünmekteyken; Rapaport vd. (1945) borderline kişilik bozukluğunu "şizofreni öncesi kişilik

yapısı”, Hoch ve Polatin (1949) “sahte nevrotik şizofreni”, Bychowski (1953) ise "gizli psikoz" olarak tanımlamıştır.

Deutsch (1942), borderline hastaların içselleştirilmiş nesne ilişkilerine vurgu yaparak bu nesne ilişkilerinin psikotik örgütlenmeye kıyasla daha iyi, nevrotik örgütlenme düzeyine göre ise daha sağlıklı olduklarını belirtmiştir. Bu aradaki bölgeyi tanımlamak için “mış gibi kişilik” terimini kullanmıştır. Knight (1953) borderline durumlar olarak adlandırdığı psikopatolojideki sınır çizgisini, nevroz ve psikoz sınırının ikisini de eşit derecede ilgili olarak tanımına eklemiş ve borderline durumları psikoz ve nevroz arasındaki spektrumda konumlandırmıştır. Borderline hastaların nevrotik hastalardan daha ilkel savunma mekanizmaları kullandığını ve eşzamanlı olarak çelişkili tutumlar gösterdiklerini belirtmiştir (Knight, 1953). Knight'tan sonra borderline terimi, psikotik ve nevrotik olmayan fakat belirli semptomları olan, klinik olarak rahatsız edici hastaları tanımlamak için kullanılmış ve hastane ortamında 1960'ların sonuna değin geçerliliğini korumuştur (Gunderson ve Links, 2008).

Jacobson (1964) kendisinden öncekiler gibi, borderline psikopatolojisini şizofreninin hafif bir formu ya da başlangıcı olarak değil, psikotik düşüncenin olmadığı manik-depresyonun daha hafif bir hali olarak açıklamıştır.

Otto Kernberg (1967) borderline kişilik inşasının psikanalitik perspektifine; nesne ilişkilerini, ego psikolojisini ve dürtü kuramını bütünleştirerek temel bir sınıflandırma sistemi getirmiş ve önemli bir adım atmıştır. Borderline kişilik örgütlenmesini, psikotik kişilik örgütlenmesi ve nevrotik kişilik örgütlenmesi arasında tanımlamıştır ve zayıf kimlik oluşumu, ilkel savunmalar ve stres altında geçici olarak yitirilen gerçeklik algısı ile karakterize etmiştir. İkinci önemli gelişme ise Grinker ve diğerlerinin (1968) borderline hastalarla ilk ampirik çalışmayı yapması ile yaşanmıştır. Borderline hasta grubu ile yaptıkları deneysel çalışmalarla ampirik temelli ilk kriter setini; öz-kimlik başarısızlıkları, anaklitik ilişkiler, yalnızlığa dayalı depresyon ve baskın öfke ifadesi olarak sunmuşlardır.

Frosch (1967) nevroz ve psikoz arasında kalmış gibi görünen hastalar için borderline teriminin yerine “psikotik karakter” kavramının kullanılması gerektiğini savunmuştur. Borderline kişilik bozukluğundaki ego zayıflığına odaklanan Frosch, gerçeklik karşısında ego işlevinin üç özelliğinden söz etmiştir:

gerçeklikle ilişki, gerçeklik duygusu ve gerçeği test etme kapasitesi (Frosch, 1967).

Psikozda bariz bir şekilde bozulan gerçeği test etme kapasitesi, Kernberg (1967) tarafından borderline ve psikotik kişilik örgütlenme düzeyleri için ayırıcı bir kriter olarak kullanılmıştır. Kernberg (1967), borderline kişilik örgütlenmesi ve nevrotik kişilik örgütlenmesini ise kimlik bütünlüğü ve kullanılan savunma mekanizmalarının türü bakımından ayırmıştır. Borderline kişilik örgütlenmesinde bütünleşmiş bir kimlik yoktur ve ilkel savunmalar kullanılmaktadır. Nevrotik kişilik örgütlenmesinde ise kimlik bütüncüdür ve kullanılan savunmalar olgundur (Kernberg, 1967).

1970'lere gelindiğinde borderline kişilik, artık büyük ilgi gören önemli bir araştırma konusu haline gelmiştir (Zanarini, 2005). Gunderson ve Singer (1975) borderline kavramını deneysel araştırmalar ile inceleyerek, Kernberg (1975) ve Masterson ve Rinsley (1975) gibi yazarlar ise bu süreçte aydınlatıcı katkılarda bulunarak, klinik bulgular ile elde edilen bilgilerin de eklenmesiyle, sınır durum kişilik örgütlenmesinin psikanalitik çerçevede ifade edilebilmesini ve kabul görebilmesini sağlamışlardır (McWilliams, 2020).

1980 yılında borderline kişilik bozukluğu, DSM III'e (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) ilk kez dahil edilmiştir. Bu durumun en önemli etkisi, bir psikanalitik kavramın genel kabulünü sağlaması olmuştur. Bu tarih itibari ile de borderline kişilik bozukluğu tanı kategorisi ile ilgili çalışmalar artmıştır ve bu tanı günümüzde DSM-5 (APA, 2013)'te güncel olarak varlığını sürdürmektedir.

Günümüzde borderline kişilik bozukluğunu, DSM tanı kriterleri temelinde inceleyen birçok araştırma yapılması, geniş bir literatürü meydana getirmiştir. Borderline psikopatolojisinin gelişimine dair; cinsel taciz, erken dönem ilişkisel travmaları, bebek gelişimi, bağlanma süreci, nörolojik ve genetik yatkınlıklar ile bakım veren-çocuk ilişkisi gibi etkenlere odaklanan görüşler ile beraber literatür şekillenmeye devam etmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022).

3. Borderline Kişilik Bozukluğu Epidemiyolojisi ve Komorbidite

BKB, klinik pratikte en tanınan kişilik bozukluklarından biridir. Toplumda görülme sıklığının yaygın olduğu bilirse de kesin yaygınlık oranı

bilinmemektedir (Paris, 2020). Genel popülasyonun %0,7 ila %3,5'inde görüldüğü tahmin edilmekle beraber (Doering, 2019) ayaktan psikiyatri hastalarında görülme sıklığı %10, yatan psikiyatri hastalarındaki yaygınlık oranı ise %15 ile %22 arasındadır (Klein vd., 2022). Ancak birçok durumda BKB tanısı geç konduğu ya da hiç konulmadığı için toplum genelindeki yaygınlık oranının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca BKB'nin yüksek komorbidite oranı ve teşhis sürecini zorlaştıran diğer faktörler de söz konusu olabilmektedir (Arntz ve Genderen, 2021).

Borderline hasta grubunda komorbidite oranı yüksek ve çeşitlidir. BKB'nin birinci eksen bozuklukları ile komorbiditesi yüksektir ve bu bozukluklara yönelik bir yatkınlık oluşturabileceği gibi tedavi gidişatını da olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir (Shah ve Zanarini, 2018; Mattingley vd., 2022). BKB en sık depresif bozukluklar ile görülmektedir. Bununla beraber yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, sosyal fobi, alkol/madde kötüye kullanımı ve somatoform bozukluklar eşlik edebilmektedir. Bu bozukluklar BKB ile daha güçlü yahut daha zayıf formlarda bulunabilmektedirler. Ayrıca BKB tüm kişilik bozuklukları ile eş tanı alabileceği gibi C kümesi başta olmak üzere sıklıkla; çekingen, bağımlı, narsisistik ve antisosyal kişilik bozuklukları ile beraber görülmektedir (Schmaling ve Fales, 2018; Arntz ve Genderen, 2021; Faraji ve Tezcan, 2022).

4. Borderline Kişilik Bozukluğunda Tanı

a. DSM-5 tanı kriterleri

DSM -5'e göre BKB, B kümesi kişilik bozukluklarında yer alan, aşağıdaki kriterlerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve kişilerarası ilişkilerde, kendilik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntüdür (APA, 2013).

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıktan (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamaz.)

2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü.

3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu.

4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik) (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamaz.)

5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine zarar verme davranışları.

6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunalıtı).

7. Süreğen bir boşluk duygusu.

8. Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (örn. sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).

9. Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri.

b. ICD-10 tanı kriterleri

ICD-10'da duygusal olarak dengesiz kişilik bozukluğu başlığı altında, borderline ve impulsif tip yer almaktadır. Bu tanıların konulabilmesi için, öncelikle kişilik bozukluğu için genel kriterler (A kriteri) karşılanmalıdır ve B kriterinden belirtilen semptomlardan en az üçü kişide mevcut olmalıdır. A kriteri iki tip için de ortaktır ancak borderline tip; benlik imajı, amaçlar ve içsel tercihler ile ilgili rahatsızlıklar ve belirsizlikler, terk edilmekten kaçınmak için aşırı çaba gösterme, süreğen boşluk duygusu, kendine zarar verme eylemleri ve yoğun ve istikrarsız ilişkilerdeki krizler ile karakterizedir. İmpulsif tipte ise dürtü kontrolünün yokluğu ve duygusal oynaklık ağırlıklı olan özelliklerdir (WHO, 2004).

5. Borderline Kişilik Bozukluğu Etiyolojisi

BKB gelişimi, birçok faktörün etkili olduğu karmaşık bir süreçtir. Bu yüzden BKB oluşumunu sağlayan salt bir risk faktörü söz konusu değildir. Genel

olarak biyolojik ve psikososyal faktörlerin etkileşiminin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022).

a. Biyolojik ve genetik faktörler

Yapılan ikiz çalışmalarında BKB'nin kalıtsallığının %40 olduğu tahmin edilmekle beraber özellikle dürtüsellik ve düzensiz duygulanım semptomlarının aile ile ilişkili olduğu (Ruocco vd., 2019; Ruocco vd., 2021) ve kalıtsallık oranlarının sırasıyla %30 ve %41 olduğu belirtilmektedir (Fruzzetti vd., 2005). BKB'si olan kişilerin birinci derece akrabalarında dürtüsellikle ilişkili bozukluklar olduğu belirtilmektedir (White vd., 2003).

MRI ve fMRI araştırmalarında BKB'deki düzensiz duygulanım sıklıkla amigdala ile ilişkilendirilmektedir (Ahluwalia Cameron vd., 2018). Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda, borderline hastalarda amigdalanın duyguların yüz ifadelerinde ve duygusal resimlerde aşırı aktivasyon gösterdiği (Donegan vd., 2003; Hazlett vd., 2012) ve BKB teşhisi konan kişilerin kontrol grubuna göre amigdalalarının %16 oranında daha küçük olduğu (Driessen vd., 2000) bulgulanmaktadır. Amigdala ile beraber anterior singulat korteks, medial frontal korteks ve dorsolateral prefrontal kortekste işlevsel anormallikler de duyu işleme ve kontrolde BKB ile ilişkilendirilen beyin bölgeleridir (Paris, 2020).

b. Psikososyal faktörler

i. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları kısaca, kişinin 18 yaşından önce gördüğü fiziksel ve duygusal kötü muamele olarak tanımlanmaktadır (Piontek vd., 2021). Cinsel, fiziksel ve duygusal istismar, duygusal ve fiziksel ihmal ile aşırı korumacılık/kontrol olmak üzere toplamda altı çocukluk çağı travması tanımlanmaktadır (Şar vd., 2020). Cinsel istismar, 18 yaşından küçük bir çocuk ile yetişkin biri arasındaki cinsel temas ya da davranış olarak tanımlanmaktadır. Duygusal istismar, çocuğun benlik saygısına ve/ya da değer duygusuna yönelik aşağılayıcı tutum ve davranışlar; fiziksel istismar ise çocuğa yetişkin tarafından uygulanan bedensel bütünlüğü bozma riski taşıyan ve yaralanma ile sonuçlanabilen kötü muamele olarak açıklanmaktadır. Fiziksel ihmal, çocuğun ona bakmakla yükümlü olan yetişkin tarafından temel fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmaması; duygusal ihmal ise bakıcı tarafından çocuğun temel duygusal ve

psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır (Bernstein vd., 2003). Aşırı korumacılık/kontrol, bakıcılar tarafından çocuğa karşı gerekenden fazla bir koruma ve çocuğu aşırı düzeyde kontrol altında tutmaya yönelik tutum ve davranışlar olarak açıklanmaktadır (şar vd., 2020).

BKB'nin gelişimine ilişkin risk faktörlerini belirlemeyi amaçlayan araştırmalar; istismar öyküsü, istikrarsız aile ortamı ve ihmal yaşantısı gibi çocukluk dönemine ait olumsuz yaşantılar üzerinde durmaktadır (Bozzatello vd., 2021). Çocukluk ağı istismarları arasından özellikle cinsel istismar, BKB gelişiminde en önemli risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Zanarini vd., 2019). Herman vd. (1989) BKB tanısı almış kişilerin %81'inin çocuklukta hem fiziksel hem de duygusal istismar öyküsü olduğunu göstermektedir. Benzer çalışmalarda duygusal istismarın borderline kişilik özelliklerini güçlü bir şekilde yordadığı (Rosenstein vd., 2018), BKB ve duygusal istismarın ilişkili oldukları (Xie vd., 2021), çocukluk çağında istismar öyküsü bildirenlerin daha fazla borderline kişilik özelliği gösterdiği (Hecht vd., 2014) belirtilmektedir. Yakın zamanda yapılan bir meta analiz çalışmasında; BKB tanısı almış bireylerin, psikiyatrik tanı almış gruplara kıyasla çocukluk çağında daha fazla ihmal ve cinsel istismar bildirdikleri ortaya konulmaktadır (Porter vd., 2020).

BKB özelliklerinden düzensiz duygulanım ve duyguların tolere edilme yetersizliği, olumsuz çocukluk ağı yaşantıları ile ilişkilendirilmektedir (Bozzatello vd., 2021). Bu durum yaşamın erken evrelerindeki travmatik yaşantıların, duyguları zihinselleştirme ve sembolize etme yeteneğini defekt edebilmesi ile açıklanabilmektedir (Gunderson ve Link, 2008; Bozzatello vd., 2021).

ii. Ebeveyn zellikleri ve Bağlanma Stilleri

BKB'ye sahip kişilerin büyüdükleri ortam ve ebeveynlerinin nitelikleri hakkında birçok tanımlama bulunmaktadır. Genellikle ebeveynlerin istismarcı ve/ya da ihmalkr bir tutum sergiledikleri ifade edilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022). BKB gelişiminde; çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamayan, kaliteli ebeveynlik niteliklerinden yoksun, istikrarlı bir şekilde kötü muameale gösteren, çocuğu reddeden bir tutum sergileyen ve duyguların ifadesini cezalandıran

ebeveyn özelliklerinin rol oynadığı belirtilmektedir (Paris, 2020; Faraji ve Tezcan, 2022).

BKB için risk faktörü oluşturabilecek aileyi tanımlamak adına Zancarini vd. (2000) iki ebeveynli başarısızlık kavramını geliştirmişken, Fruzzetti vd. (2005) çatışmacı ve eleştirel aile üzerinde durmuştur. Ebeveynlerin yetersiz oldukları, diğer ebeveynlere kıyasla daha düşük işlevsellik gösterdikleri ve anne ile babanın kronik bir şiddetli çatışma halinde oldukları belirtilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022). Bununla beraber annenin gebelik sürecindeki kaygı ve depresyonunun (Stepp vd., 2014) ve ailedeki rol karmaşasının (Lyons-Ruth vd., 2015) erken gelişen BKB'yi yordadığı bulgulanmaktadır.

Linehan (1993) BKB gelişiminde hem biyolojik yatkınlığın hem de geçersiz kılan deneyimlerin üzerinde durmaktadır. Geçersiz kılan ortamda çocukların duygu, düşünce ve davranışlarının ifadelerine karşı reddedici, cezalandırıcı ve önemsenmeyen bir tutumun sergilendiğini ifade etmektedir. Bu olumsuz bağlamda büyüyen çocukların; duygu, düşünce ve davranışlarını ifade ettiklerinde süregelen bir şekilde uygun olmayan tepkiler aldıkları için duyguları anlama, ifade etme ve düzenleme konusunda güçlük yaşayabileceklerini ve bunun duyguların ketlenmesi, bastırılması ve istikrarsız duygulanım ile sonuçlanabileceğini öne sürmektedir (Linehan, 1993; Set, 2020).

BKB tanısı gelişiminde, erken bağlanma güçlüklerinin önemli bir rol oynadığı öne sürülmektedir (Set, 2020). Bakım verenle kurulan iletişimin; yetişkinlikte duygu düzenleme, zihinselleştirme ve ilişki kurma ve sürdürebilme yetisini etkileyebileceği belirtilmektedir (Payne ve Brooks, 2019; Hashworth vd., 2021). Yapılan çalışmalarda BKB özellikleri güvensiz bağlanma stillerinden olan korkulu ve saplantılı bağlanma ile ilişkilendirilmektedir (Hashworth vd., 2021). Gunderson (1996) BKB'deki yalnızlık, terk edilme ve reddedilme korkusunu, güvensiz bağlanma ile açıklamaktadır.

B. Somatizasyon

1. Somatizasyonun Tanımı

Somatizasyon, Yunanca beden anlamına karşılık gelen Soma kelimesinden türetilmiştir. Somatizasyon terimi, uzun yıllar boyunca çeşitli klinik olgulara

atıfta bulunmak için farklı şekillerde tanımlanmıştır (Woolfolk ve Allen, 2007). Geleneksel görüş, somatizasyonu duygusal sıkıntıyı ifade edememek ya da ifade etmek istememe olarak tanımlarken (Kleinman, 1977), somatizasyonu, gizli bir anksiyete ya da depresif bozukluğun varlığında beliren somatik şikayetler olarak açıklayan alternatif bir görüş de mevcuttur (Goldberg ve Bridges, 1988). Barsky (1999) ise somatizasyonu, tıbbi olarak açıklanamayan bedensel semptomlar olarak betimleyen üçüncü bir görüş sunmaktadır. Farklılıklarına rağmen, bu tanımlar ortak olarak somatizasyonu organik bulgularla net bir şekilde açıklanamayan somatik semptomların varlığı olarak açıklamaktadırlar (De Gucht ve Fischler, 2002; Fink, 2009). Somatizasyon teriminin yaygın bir kullanım alanı olmasına rağmen, kullanımının somatik semptomların tanımlanabilir bir duygusal bozukluğun ifadesi olduğu durumlar ile sınırlandırılması gerektiği düşünülmektedir (Sharpe, 2002).

Rosen ve diğerleri (1982) somatizasyonu, duygusal problemlerin ve psikososyal stresin fiziksel semptomlar aracılığıyla ifade edilmesi olarak açıklamaktadır. Somatizasyon terimi, kişilerin psikolojik ve kişilerarası sorunlarını somatik sıkıntı ve tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar şeklinde deneyimleme ve iletme eğilimini tanımlamak için kullanılmaktadır (Lipowski, 1988; Abbey, 2005). Sırt ağrısı, baş ağrısı, çarpıntı, baş dönmesi, hazımsızlık ve uyku bozuklukları buna örnek olarak verilebilir. Bu eğilimin sıklıkla, kişide gerilim yaratan stresli yaşam olayları ve durumlara yanıt olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Ancak somatize eden kişiler, genel olarak yaşadıkları bedensel sıkıntıları salt fiziksel bir şikâyet olarak görüp tıbbi yardım arayışına girmektedirler. Mevcut somatik belirtileri ile bu belirtilerin varsayılan psikolojik kaynağı arasında bir bağlantı kuramamakta ya da bu bağlantıyı reddetmektedirler (Lipowski, 1988).

Somatizasyon, koşullara bağlı olarak "bir hastalık ya da bozukluk göstergesi, belirli bir psikopatolojinin kriteri, intrapsişik çatışmanın sembolik bir yoğunlaşması, kültürel olarak onaylanmış bir sıkıntı ifadesi, sosyal hoşnutsuzluğu ifade etmek için bir araç ve hastaların kendilerini yerel dünyalarında yeniden konumlandırmaya çalıştıkları bir mekanizma olarak görülebilir" (Kirmayer ve Young, 1998). Somatizasyon genel olarak ayrı bir bozukluk olarak değil, süregelen bir biçimde varolma hali olarak karakterize edilmektedir (Abbey, 2005).

Somatizasyonda fiziksel semptomların varlığı, tanımlanabilir bir nedensel mekanizma ile açıklanamamaktadır. Somatize eden hastalar ya organik bir hastalığa sahip olmamalarına rağmen tekrarlayan şekilde fiziksel şikayetlerle sağlık kurumlarına başvurmakta ya da kanıtlanabilir bir organik sorunları olması ile beraber bu semptomları olduğundan daha şiddetli bir halde deneyimler ve sık sık sağlık hizmetlerini kullanmak istemektedirler. Birincil sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların büyük bir bölümünü bu hastalar oluşturmaktadır ve tedaviye dirençli olma eğilimindedirler (Rosen vd., 1982; Woolfolk ve Allen, 2007). Somatizasyon uğraşı devamlılık gösteren bireyler, sıklıkla özel bir bakımı hak ettiklerini düşünme eğilimindedirler ve bu doğrultuda yüksek maliyetli taramalar, hastane yatışları ve tıbbi operasyonlar talep etmektedirler (Peters vd., 1998). Bu nedenle hem doğrudan hem de dolaylı olarak artan tıbbi maliyete katkıda bulunmaktadırlar (Lipowski, 1988).

2. Somatizasyonun Tarihçesi

Somatizasyon ile ilişkili vakalara, hekimler tarafından yıllar boyunca çeşitli isimler verilmiştir. Histeri, hipokondriyazis ve melankoli bunlardan birkaçıdır (Lipowski, 1988). Ancak hiçbirisi tam olarak bugünkü somatizasyon kavramını karşılamamaktadır.

Somatizasyonun tarihi 4000 yıl kadar önce Mısırlılar tarafından kaydedilen histeri vakaları ile başlamaktadır. Bahsedilen vakalarda herhangi bir patoloji ya da yaralanma olmaksızın hissedilen yoğun ağrı dikkat çekmektedir. Ancak rahim anlamına gelen histeri kelimesini (hystera) alanyazına kazandıranlar Yunanlılar olmuştur. Öyle ki Mısırlılar gibi Yunanlılar da ağrının kaynağının vücutta gezinen rahmin yarattığı hareketler olduğunu düşünmüşlerdir. Bu düşünce histerinin yalnızca kadınlarda görülebileceği inancını doğurmuştur (Veith, 1965; Woolfolk ve Allen, 2007). Hipokrat da aynı görüşü benimsemiş ve histerinin kadınlara özgü bir bozukluk olduğunu ifade etmiştir. Örneğin solunum güçlüğünün, karın boşluğunda ve boğazda dolaşan rahmin baskısından kaynaklandığı düşünülüyordu. Tedavi yöntemi olarak da rahmi korkutmaya çalışmak, kişiyi soğuk suda yıkamak ve rahmin yer değiştirebileceği düşüncesiyle kişiye kilo verdirmek gibi teknikler denenmiştir. Bununla beraber Platon da tedavi yöntemi olarak kadınlara evlenmelerini tavsiye etmekteydi. Kadının

rahminin eğer çocuk olursa amacına ulaşacağını ve artık vücudun içerisinde dolaşmayacağını düşünüyordu (Veith, 1965; Fink, 1996). Histerinin bu formülasyonu, sinir sistemi ve duygularla açıklandığı XVII. ve XVIII. yüzyıllara kadar geçerliliğini sürdürmüştür (Woolfolk ve Allen, 2007).

XVII. yüzyılda Charles Le Pois, histerinin kaynağının rahim değil, dalak olduğunu savunmuş ve erkeklerde de histerinin meydana gelebileceğini iddia etmiştir. 1682 yılında ise önemli bir gelişme yaşanmış, Thomas Sydenham, kadın hastalığı olarak görülen histerinin hem fiziksel hem de zihinsel semptomlarının bir tanımını yapmış ve bunun erkeklerdeki karşılığını "hipokondriyazis" olarak adlandırmıştır (Boss, 1979).

XVIII. yüzyılda Joseph Raulin histerinin organik temelini sorgulamış, histeriyi kadınların düzensiz hayal güçleri ile icat ettikleri ve abartarak tekrarladıkları bir hastalık olarak tanımlamıştır. Öyle ki bu dönemde doktorlar, histeri belirtilerini kadınların uydurduklarına inanmaktaydılar (Woolfolk ve Allen, 2007). Sims (1799) histeri, hipokondriyazis ve melankoliyi birbirinden açıkça ayırmıştır. Hipokondriyazisi, kişilerin zihinlerinin sağlık durumlarının kötü oluşu ile meşgul olması ve kendilerini neredeyse bildikleri her hastalığa yakalanmış olarak görmeleri olarak açıklamıştır. Hipokondriyazisin her iki cinsiyeti de etkileyebildiğini belirtmiştir. Histerinin daha değişken bir ruh hali ile karakterize olduğunu, melankolinin ise çökkün bir ruh hali ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir (Sims, 1799; Lipowski, 1988).

Bugünkü somatizasyon kavramı anlayışımızın temelini oluşturan Paul Briquet'in 1859 yılında *Traité Clinique et Thérapeutique de L'hystérie* (Histeri Üzerine Klinik ve Terapötik İnceleme) adlı eserini yayınlaması, somatizasyonun tarihinde önemli bir dönüm noktası olmuştur. Makalesinde birbiriyle ilişkili üç sendrom tanımlamıştır: konversiyon fenomeni, histerik kişilik ve çoklu kronik açıklanamayan somatik semptomlar (Mai ve Merskey, 1980; Dongier, 1983; Woolfolk ve Allen, 2007). Histeri tanısı için belirli kriterler öneren ilk kişiler ise Perley ve Guze (1962) olmuştur. Histeri hastaları ile yaptıkları gözlemler sonucunda histeri tanısı koymak için gereken semptomların sayısal bir tanımını ilk kez formüle etmişlerdir; bu tanım, olası on semptom grubundan en az dokuzuna dağılmış en az 15 ayrı semptomun varlığını içermekteydi (Escobar ve Dimsdale, 2017). Ayrıca histeri terimi yerine "Briquet Sendromu" terimi

benimsenmiştir (Guze vd., 1972). Daha sonra John P. Feighner ve arkadaşları tarafından geliştirilen Feighner kriterlerinde, bozukluğun 30 yaş öncesinde başlaması şartı eklenmiş ve histeri tanısı için eşik, on olası gruptan dokuzuna dağılmış en az 25 semptom olarak yükseltilmiştir (Escobar ve Dimsdale, 2017).

XIX.yüzyılın ikinci yarısında Charcot histeriyi nörolojik bir bozukluk olarak açıklamıştır. Ancak histerideki organik temeli ve değişimleri açıklamakta yetersiz kalmıştır (Micale, 1990). Charcot histerinin karakteristiği olarak üç tür belirti tanımlamıştır: duyuşal bozukluklar, görme ve işitme gibi özel duyuların bozukluğu ve motor bozukluklar ile konvülsif nöbetler (Veith, 1965). 1885-1886 senelerinde Charcot'un histerik semptomları gidermek için hipnozu kullanışını gözlemleyen Freud, Viyana'ya döndüğünde Breuer ile bu gözlemlerini paylaşmış ve beraber "Histeri Üzerine Çalışmalar" (1895) adlı eseri yazarak "konversiyon" kavramını geliştirmişlerdir. Ayrıca bu çalışma ile beraber fiziksel semptomların duyuşal acıdan kaçınmanın bir yolu olabileceği, kişinin bilinçsizce kullandığı bir iletişim biçimi varsayılabilceği ve ikincil kazancı güvence altına almak için bir araç olarak kullanılabilceği düşüncesi ortaya konmuştur. Freud'un histeri ile ilgilenmesi, psikanalizin de temelini oluşturmuştur. Öyle ki Fenichel (1945) psikanaliz tekniğinin histeri vakalarına en kolay şekilde uygulanabilen ve en verimli terapötik sonuçları veren tedavi yöntemi olduğunu ifade etmektedir.

Freud ve Breuer (1895), travmatik histeri kavramı ile bastırılan travmaların daha sonra çeşitli fiziksel biçimlerde ortaya çıkabileceğini açıklamışlardır. Ancak gözlemlenen fiziksel semptomun kaynağının daima tek bir psişik yahut belirgin bir travmadan değil, kısmi birçok travmanın toplamından oluştuğunu öne sürmüşlerdir (Fink, 1996; Freud ve Breuer, 2004). Freud (1937)'a göre somatik belirtiler, bilinçdışının psikolojik sıkıntıyı iletilediği bir mekanizmaydı ve bu sayede kaygı ve gerilim gibi rahatsız edici hisler daha kabul edilebilir bir acı çekme biçimine dönüştürülüyordu (Woolfolk ve Allen, 2007). Fenichel (1945) ise konversiyonda, bilinçsizce ve çarpıtılmış bir biçimde, daha önce bastırılmış olan dürtülere ifade veren fiziksel işlevde semptomatik değişiklikler meydana geldiğini ifade ederek bu açıklamayı genişletmiştir (Fenichel, 1945; Fink, 1996).

1890'larda histerinin nörolojik bir bozukluk değil, zihinsel süreçler ile ilişkili bir durum olduğu düşüncesinin ortaya atılması, özellikle de Kraepelin'in histeriyi zihinsel bir bozukluk olarak sınıflandırması, somatizasyon tarihinde bir

dönüm noktası olmuştur (Shorter, 1992). Bir diğer önemli dönüm noktaları ise psikosomatik tıp ve psikanalizin gelişimi ile ilişkilidir. İlk olarak 1818 yılında Heinroth tarafından kullanılan "Psikosomatik" terimi, sağlık ve hastalıkta zihin ve beden arasındaki etkileşimi sistematik bir şekilde inceleme olanağı tanımıştır. Ancak modern psikosomatik tıp ancak 1930'larda kurulabilmiştir (West, 1982; Lipowski, 1986). Psikosomatik tıbbın kurulması ile birlikte hastalık etiolojisinde ve hastaların bakımında psikolojik faktörlere verilen önem artmış, bütüncül bir tıp yaklaşımı oluşmaya başlamıştır (Lipowski, 1986).

Psikanalizin psikiyatriye hâkim olması ile beraber psikolojik çatışmaların bedensel semptomlara dönüştürülmesi fikri geniş bir kitlede benimsenmeye başlanmıştır (Woolfolk ve Allen, 2007). Psikanalist Stekel 1911 yılında somatizasyon kavramını öne sürmüştü ve bu kavramı "duygusal durumların fiziksel semptomlara dönüştürülmesi" olarak tanımlamıştır (akt.; Escobar ve Dimsdale, 2017). Stekel, somatizasyonda psikolojik sorunların bilinçli olarak kabul edilmediği ve bunun yerine somatik şikayetlere dönüştürüldüğü fikrini savunarak psikanalitik çerçeveye bağlı kalmıştır (akt.; Smith vd., 2009). Nitekim ifade ettiği dönüştürme mekanizması, Freud ve Breuer'in histerideki duygusal ya da motor semptomların gelişimini nasıl açıkladıkları ile benzerlik göstermektedir. Zihin ve beden ilişkisini inceleyen Groddeck (1977) de benzer bir şekilde somatik belirtilerin, bilinçdışıdaki güdülerin sembolik birer ifadesi olabileceğini savunmuştur. Ancak Freud (1917)'dan farklı olarak, histeri ile somatik hastalıkların gelişim süreçlerinin aynı mekanizmalar ile açıklanabileceğini öne sürmüştür.

Amerikan psikosomatiğinin öncülerinden Franz Alexander (1950), psikosomatik semptomların ayırt edilebilmesi adına iki tür psikosomatik semptom tanımlamıştır: "psikolojik çatışmanın dönüştürülerek fiziksel semptomlar yoluyla sembolik olarak ifade edildiği vakalar ve somatik semptomların duygusal uyarılmanın doğrudan ve dolaylı fizyolojik etkilerinden kaynaklanan vakalar." Birincil tür vakaların, ruhsal aygıtta sembolizasyon kapasitesi olduğundan psikanaliz ile açıklanabilen olgular olduğunu, ikincil tür vakaların ise psikanalizden ziyade ana akım bilimsel çalışmalarla açıklanması gereken olgular olduğunu öne sürmüştür (Woolfolk ve Allen, 2007). Psikosomatik tarihinin bir diğer önemli ismi Deutsch ise tıbbi ve psikiyatrik yaklaşım ile beraber nesne

ilişkileri kuramının da dahil edildiği bir psikosomatik sınıflandırmanın kullanması gerektiğini savunmuştur (Parman, 2005).

1960'larda Lipowski somatizasyona daha geniş bir bakış açısı getirmiş ve somatizasyonu; psikolojik durumları, beden duyuları, işlevsel değişiklikler ya da somatik metaforlar olarak deneyimleme, kavramsallaştırma ve iletme eğilimi olarak tanımlamıştır (Lipowski, 1967; Escobar ve Dimsdale, 2017).

1980 yılında, somatizasyon bozukluğu tanısı ilk olarak DSM-III'teki sınıflandırmada yer almıştır (APA, 1980). Daha sonra DSM-IV'te Somatoform Bozukluklar grubunda sınıflandırılmıştır (APA, 2000). Günümüzde somatoform bozukluklar, DSM-5'te bedensel belirti bozuklukları ismiyle ve yenilenen tanı kriterleri ile yer almaktadır (APA, 2013).

Bugün halen somatizasyonun tanı ölçütleri konusunda fikir ayrılıkları olsa da genel olarak somatizasyon bozukluklarının tanı ve sınıflandırılması ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems, Dünya Sağlık Örgütü) ve DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Amerikan Psikiyatri Birliği) olmak üzere iki temel sınıflama sistemi üzerinden yapılmaktadır.

3. Somatizasyon Etiyolojisi

Somatizasyon için kesin bir risk faktörü mevcut değildir. Somatizasyonu açıklamak için birçok etiyolojik faktör kullanılmaktadır. Çeşitli psikopatolojilerde olduğu gibi, somatizasyon bozukluklarında da genetik yatkınlık ile bireyin yaşam öyküsünün etkileşiminden bahsedilmektedir (Mai, 2004). Genel olarak genetik yatkınlık, biyolojik kırılganlık, çevresel etkiler ile psikolojik ve davranışsal unsurları içeren biyopsikososyal bir model belirlenmesi önerilmektedir. Bu modele göre somatizasyon, bir dizi genetik ve çevresel etkilerin, erken çocukluk deneyimlerinin ve öğrenme faktörlerinin bir araya geldiği karmaşık bir süreç olarak açıklanmaktadır. Somatizasyon, organik bozuklukların aksine psikolojik acıları tanımlayamayan, küçümseyen ya da etiketleyen belirli toplumlarda daha fazla tezahür edebilmektedir. Somatizasyon eğilimi, psikiyatrik komorbiditeler ve ikincil kazançlar tarafından teşvik edilebileceği ve pekişebileceği için risk faktörlerini belirlemek oldukça önemlidir (Escobar ve Dimsdale, 2017).

a. Biyolojik ve genetik faktörler

Nörofizyolojik çalışmalar; somatoform bozuklukların strese verilen tepkide önemli bir rol oynayan Hipo-talamo-pituiter adrenal (HPA) eksen ile ilişkili olabileceğini belirtmektedir (Dinan 2001; Pukhalsky vd, 2008). Somatizasyonun nörobiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalar, önemli metabolik işlevler için ihtiyaç duyulan bir amino asit olan triptofana dikkat çekmektedir (Çetin ve Varma, 2021). Somatik belirti bozukluğu gösteren kişilerin; plazma triptofan seviyelerinin düşük olduğu ve triptofan metabolitleriyle ilgili bulgularının uzun süre değişim göstermediği gözlenmiştir (Anderson vd, 2012; Krause vd, 2019).

Beyin görüntüleme tekniklerini kullanan çalışmaların bulgularından kesin bir çıkarım yapmak zor olsa da somatik sendromlara sahip hastaların, sağlıklı kontroller ya da organik patolojisi kanıtlanmış hastalar ile arasında nörobiyolojik farklılıklar olduğunu söylemek mümkündür (Escobar ve Dimsdale, 2017; Çetin ve Varma, 2021). Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda ağrının duyuşal işleme, odaklanma ve duygusal farkındalık alanlarından sorumlu anterior singulat korteksteki aktivite artışının, somatik belirti duyularına karşı hassasiyet artışı ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca bu hastaların seçici dikkatle ilgili problemler yaşadıkları belirtilmektedir (Guggenheim, 2000; Harrison vd., 2009). Anterior insula ve anterior singulat bölgelerinin beden duyularının algılanması ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu bölgelerin aktivitesindeki artışın, somatik belirtilere olan eğilimin artışı ve ağrılı uyaranların deneyimlenme şiddetini etkileyebileceği ifade edilmektedir (Mayer vd., 2005; Price vd., 2009). Ayrıca depresyon ve anksiyete de anterior singulat bölgesindeki aktivite artışı ile ilişkilidir. Hem fiziksel hem de duygusal acıların anterior singulat ve anterior insula bölgesindeki aktivite artışı ile ilişkili olduğu görülmektedir (Wiech ve Tracey, 2009; Villemure ve Bushnell, 2009).

Somatoform bozukluklara sahip hastalar ile sağlıklı bireyler arasında farklılık gösteren nöronal alanları belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada, premotor ve suplementer motor korteksler, orta frontal gyrus, anterior singulat korteks, posterior singulat korteks alanlarının sağlıklı kontroller ve hasta grubu ile farklılık gösterdiği bulgulanmıştır. Bu alanların somatik belirti bozukluklarının oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir (Boeckle vd., 2016). Atmaca vd. (2011), somatizasyon bozukluğu tanısına sahip kişilerin hem stres hem de duygu

düzenleme ile ilişkili olan sağ ve sol amigdala hacimlerinin sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak daha küçük olduğunu ve somatizasyon bozukluğunun amigdala ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Somatik belirti bozukluğunda kaygı ve felaketleştirme ilişkisinin nöropsikopatolojisine odaklanan bir çalışmada, dmPFC'nin GMD'sinin (dorso-medial prefrontal korteks gri cevher hacminin) somatik belirti bozukluğunda felaketleştirme ve kaygı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği ortaya konmaktadır (Pan vd., 2021). Sonuç olarak, somatik belirti bozukluğuna sahip hastaların çoğunlukla prefrontal ve singulat korteks, amigdala, hipokampus, hipotalamus ve hipofiz bezi (stresle ilişkili bölgeler) ile somatosensoryel ve motor kortekslerde yapısal değişiklikler gösterdiği belirtilmektedir (Rossetti vd., 2021).

Genetik risk faktörlerinin somatizasyondaki rolünün net olmadığı görülmektedir. Alanyazındaki ikiz çalışmaları kesin ve tutarlı sonuçlar sağlayamasa da (Guze, 1993; Torgersen, 1986) serotonerjik yollar, HPA-ekseni tepkisi ve immün aktivasyon gibi genetik faktörlerin biyolojik sistemler ile birlikte somatik şikayetlere katkıda bulunabileceği düşünülmektedir (Rief vd., 2004; Rief vd., 2010). Ayrıca bağışıklıkla ilgili genlerin de bedensel belirti ile ilişkili bozukluklarda etkili olduğu belirtilmekte ve somatizasyonun genetik aktarımının, kısmen bağışıklık sistemi aracılığıyla oluştuğu düşünülmektedir (Kerr vd., 2008; Rief vd., 2010).

Somatik belirtilerin genetik risk faktörlerine odaklanan araştırmalarda, monoaminerjik sistemle ilgili genetik değişiklikler üzerinde durulmakta ve somatik semptomlarla ilgili genlerin ağrı, kalp şikayetleri ve yorgunluk ile ilişkili olduğuna inanılmaktadır (Klengel vd., 2011; Espiridion ve Kerbel, 2020). Somatik bozukluklar ile ilişkili semptomların gelişimi ve sürdürülmesinde, serotonin nörotransmitterine dikkat çekilmektedir. Özellikle ağrı semptomlarının gelişiminde ve sürdürülmesinde, serotonerjik yolların rol oynadığı düşünülmektedir (Rief vd., 2010). Somatik belirti bozukluğu tanısı almış hasta grubunda glukokortikoid reseptör geni (NR3C1) metilasyon düzeylerinin sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir (Çetin, 2018). Doğum öncesi stresin, erken yaşam stresör faktörlerinin ve annenin bakım verme durumunun NR3C1 ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Weaver, 2005; Tsankova, 2007). Ancak somatizasyonda genetik ve biyolojik risk faktörlerinin rolünün daha

iyi anlaşılabilmesi adına çevresel ve bireysel diğer önemli etmenlerin de araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

b. Çevresel ve kültürel faktörler

Somatizasyon olgusu farklı ülkeler ve etnik gruplarda araştırılan bir olgudur. Elbette kültürlerin birbirinden farklı sağlık sistemleri ve bedene yükledikleri anlam; somatik belirtilerin nasıl tanımlanacağını, tedavi yöntemi geliştirme biçimlerini ve bu belirtilerin sunumunu etkilemektedir (Escobar ve Dimsdale, 2017). Farklı toplum ve kültürler arasında somatizasyonun özelliklerinin değişkenlik gösterebileceği açıktır. Bu yüzden sosyal ve psikolojik stresin, bedensel ifadeleri nasıl etkilediği oldukça tartışmalı ve karmaşık bir konudur (Çetin ve Varma, 2021). Ancak ortak görüş, her toplum ve kültürde duygusal sıkıntıları bedensel olarak ifade etme eğiliminin mevcut olduğudur (Beyazyüz ve Göka, 2013).

Bireyin duygularının somatik ifadesi, yaşadığı toplumun bir yansımasını gösterebilmektedir. Psikiyatrik muayeneye gitmenin yalnızca çok ağır hastalara uygun görüldüğü toplumlarda yahut sağlık sisteminin bunu dayattığı ülkelerde, kişinin duygusal sıkıntısını bedensel olarak ifade edebileceği belirtilmektedir (Kirmayer ve Young 1998). Örneğin, Çin ve Kore gibi Asya ülkelerinde, depresyonun somatik semptomlar ile ifade edilme olasılığının Batılılardan daha fazla olduğu belirtilmektedir (Zhou vd., 2015; Kim vd., 2019; Ma vd., 2022) ayrıca Güneydoğu Asya toplumlarında kişilerin, bir sağlık kuruluşuna başvururken depresif belirtiler değil, bedensel belirtiler sunmanın daha meşru olduğunu düşündükleri ifade edilmektedir (Beiser ve Fleming, 1986). Araştırmalar, somatik şikayetlerin psikolojik sıkıntıyı ifade etmek ve yardımı dolaylı yoldan çağırmak için uygun bir yol olabileceğini göstermiştir. Somatik belirtilere yapılan vurgu, belirli yerel kültür etkilerinin bir sonucu olarak anlaşılabilir (Koh, 2018).

Sıkıntı veren duyguların vücutta huzursuzluk ve gerilim olarak tezahür etmesi, geleneksel toplumlarda sık karşılaşılan bir duygu ifade biçimidir. Bireyin sahip olduğu kültürel kodların, psikososyal streslerin oluşturduğu sıkıntı ve olumsuz duyguları ifade ediş biçimini etkilediği düşünülmektedir. Örneğin batı toplumlarında somatizasyon, gelişmemiş ve regresif bir süreç olarak

görülmekteyken; ilkel ve geleneksel olarak tanımlanan toplumlarda, bedenselleştirme yaygındır ve doğal bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Bu tür toplumlarda bireyin yaşadığı rahatsızlık salt bireye değil, topluma ait olarak da görülmektedir. Yaşanılan bedensel belirtilere ve hastalıklara kişisel bir sorun olarak bakılmaz. Hastalıklar, toplumu da yakından ilgilendiren örtük anlamlar barındırmaktadır. Somatik belirtiler sadece kişisel sıkıntıların dışavurumundan ziyade, aynı zamanda psikososyal sorunlardan kaynaklanan negatif duyguların toplumsal olarak da bedenselleştirilmesi olarak görülebilmektedir (Fabrega 1990; Şahin, 2009). Bununla beraber toplumların gösterilmesinden hoşnut olmadıkları duygular da çeşitlilik göstermektedir. Örneğin Güney Kore’de Konfüçyüsçülük ve geleneksel ataerkillik, özellikle öfke duygusunun bastırılması ve otorite figürlerine karşı gelinmemesi gerektiğini öğütlemektedir. Öyle ki Güney Kore’de öfke sendromu olarak da bilinen Hwabyung adında somatik bir sendromun bulunması şaşırtıcı değildir. Hwabyung, uzun süreli öfke bastırılmasından kaynaklanmaktadır ve çarpıntı, iştahsızlık, nefes darlığı ve yorgunluk gibi fiziksel belirtiler ile karakterizedir (Koh, 2018).

Sıkıntı veren duyguların bedensel olarak ifade edilmesi, gelişmemiş toplumlarda damgalanmamayı ve çevre ile uyumlu olmayı sağlamaktadır (Kirmayer ve Young, 1998). Ayrıca bu tür toplumlarda, bireyin gösterdiği bedensel belirtilerin çevre tarafından bakım ve destek kazanılması ile sonuçlanabileceği belirtilmektedir. Nitekim, geleneksel toplumlarda sosyal uyumsuzluğun somatik sendromlarla beraber meydana geldiği ifade edilmektedir. Bu noktada somatizasyonun, özellikle duyguların beden ile ifade edilmesinin daha meşru görüldüğü toplumlarda, kişiye sosyal uyum, çevresel destek ve dayatılan zor iş yükümlülüklerinden kurtulmak gibi ikincil bir kazanç daha sağladığı düşünülmektedir (Baskak ve Çevik 2007; Şahin, 2009).

Sözel iletişim eksikliği, somatizasyon için önemli bir kültürel risk faktörüdür. Somatizasyonun yaygın olarak görüldüğü bazı kültürlerde, sahip oldukları dilin duygularla ilgili kelime dağarcığının sınırlı olduğu dikkat çekmektedir. Kişide sıkıntı veren hislerin, dil ile ifade edilemediğinde yahut dilde karşılığı bulunmadığında, bu hislerin farklı yollarla dışavurulabildiği bilinmektedir. Dolayısıyla duygular açısından gelişmiş bir dil kullanmayan toplumlarda sözel olarak ifade edilemeyen hisler, bedensel yollarla

iletilebilmektedir (Escobar vd., 1987; Akbıyık vd., 1999). Bu bedensel ileti kendisini daha sonra sözel ifade üzerinden de gösterebilmektedir. Örneğin Türk kültüründe üzüntü, kaygı ve huzursuzluğu tanımlamak için sıklıkla kalbe vurgu yapan sözel ifadeler kullanıldığı görülmektedir. “Kalbim sıkışıyor, kalbim acıyor, kalbim dayanmıyor, göğsüm daralıyor” bu ifadelerden bazılarıdır (Mirdal, 1985; Şahin, 2009). Sonuç olarak bedenselleştirilen duygu, dilde yine bedensel tanımlamalarla açıklanmaktadır ve duygudan hiç söz edilmemektedir.

Somatizasyonun kültürel risk faktörleri arasında göç, araştırmacıların dikkat çektiği olgulardan biridir. Farklı ülkelerdeki Türk göçmenlerle yapılan çalışmalarda, somatizasyon eğiliminin yaygın olduğu ve göğüste sıkışma, kalpte sıkıntı ile yürek kalkması olarak adlandırdıkları bedensel belirtilerden şikâyet ettikleri belirtilmiştir (Mirdal, 1985; Baarnheim ve Ekbländ, 2000; Bengi-Arslan vd., 2002). Psikanalitik bakış açısına göre, kişinin bilinçdışında göç ile beraber kendilik ve nesne tasarımları arasında olmak üzere çeşitli çatışmaların meydana gelebileceği, kişinin bu çatışmalardan doğan gerilim ile baş etmek için, diline ve kültürüne yabancı olduğu bir toplumda, daha ilkel savunmalar kullanmaya yatkınlaşabileceği ve bedenselleştirme savunma mekanizmasını kullanabileceği belirtilmektedir (Grinberg ve Grinberg, 1999; Şahin, 2009). Bununla beraber özellikle kişinin yetiştiği ve tanıdığı kültürden uzak bir yere yaptığı göç, iletişim sorunları ve kendini ifade etmek için dil dışındaki yolları araması ile sonuçlanabilmekte ve bedenselleştirme meydana gelebilmektedir (Akbıyık vd., 1999).

Duyguların ifade edilmesinin ayıp karşılandığı yahut tasvip edilmediği toplumda büyümek, bedenselleştirme için bir risk faktörüdür (Berry ve Pennebaker, 1993). Bununla beraber kişinin yetiştiği aile ortamının kaotik olmasının ve antisosyal kişilik bozukluğuna sahip ve alkol bağımlılığı olan ebeveynler ile büyümesinin somatizasyon eğilimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Ford, 2000; Çetin ve Varma, 2021).

Alanyazın incelendiğinde, batılı olmayan toplumların somatizasyon eğiliminin daha fazla olduğuna dair bir inancın paylaşıldığı görülmektedir (Singh ve Lee, 1997; Merskey ve Mai, 2006). Ancak Kirmayer ve Ryder (2016) bu düşüncenin farklı etnik gruplara karşı yapılan aşırı genellemeler ile ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Günümüzde batılı toplumların daha az somatizasyon

gösterdiği düşüncesi artık eskisi kadar benimsenmemektedir. Çünkü somatizasyona aracılık edebilecek birçok faktörün daha kültür ile beraber araştırılması gerekmektedir. Örneğin Kuzey Amerika'da yaşayan ve anksiyete bozukluğuna sahip bir kişi, somatik belirtiler göstermeye Japonya'daki bir bireyden daha yatkın olabilir (Kirmayer ve Ryder, 2016). Kùltürler arasında somatik belirtiler açısından bir fark olduğu açıktır (Ma-Kellams, 2014) ancak bu farkı batılı/ batılı olmayan toplumlardaki sıkıntı verici duyguların bedenselleştirilme eğilimi düzeyi üzerinden açıklamak yetersiz olacaktır. Bunun yerine toplumlar arasında; somatizasyonun nasıl, neden ve hangi koşullar ile ortaya çıktığını kıyaslamamızın, daha niteliksel bir temelde farklılıklara odaklanmanın, somatizasyonun çevresel ve kültürel etiyojisinin daha net anlaşılmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Son olarak somatizasyonun kültürel ve çevresel etiyojisi ile ilişkili çalışmalar, yaşlı olmanın (Escobar, 1987), düşük ekonomik seviyeye sahip olmanın (van Eck van der Sluijs vd., 2018), kolektivist toplumlarda yaşamının (Hofstede, 2001) ve duyguları ve psikolojik belirtileri tanımlayacak kelime dağarcığının sınırlı olduğu bir dil kullanmanın (Escobar vd., 1987; Kito ve Lee, 2004) bedenselleştirme eğilimi için risk faktörleri olduğunu göstermektedirler. Ancak tek başına bu sebepler somatizasyonu açıklamaya yetmemektedir.

c. Kişisel- psikolojik faktörler

Somatizasyon, temelde kişinin fiziksel bir hastalığa yahut bedensel belirtilere, organik bir rahatsızlığı olmaksızın, sahip olduğuna inanmasıdır (Lipowski, 1988). Bu bakımdan somatizasyonun oldukça öznel bir yönü olduğu açıktır. Dolayısıyla somatizasyonun risk faktörlerini belirlemede, psikolojik nedenlerin belirlenmesi hem somatizasyonu daha iyi tanımlamada hem de verimli tedavi yöntemlerinin geliştirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Somatizasyondaki psikolojik ve kişisel risk faktörleri; kadın olmak, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik düzey, sosyal destek eksikliği, erken dönem travmatik yaşantıları, aleksitimi, kaygı, depresyon, öfke yönelimi, duygu düzenleme problemleri ve iletişim biçimleri olarak sınıflandırılabilir (Creed vd., 2012; Koh, 2018; Ünal ve Coşar, 2021).

i. Çocukluk çağı travmaları

Erken dönemde yaşantılanan olumsuzlukların, özellikle çok sayıda travmatik deneyimin, uzun süreli fiziksel ve zihinsel hasar ile sonuçlanabileceği belirtilmektedir (Petruccelli, vd., 2019). Alanyazın incelendiğinde, çalışmalar çocukluk çağı travmalarının somatik bozukluklar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Waldinger vd., 2006; Creed vd., 2012; Granot vd., 2018; Piontek, 2021).

Erken dönem travmatik yaşantıların erişkinlikteki somatik eğilime katkıda bulunabileceği risk faktörleri genel olarak; cinsel istismar, duygusal ve fiziksel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal ile kişinin çocuklukta kendisinin ya da aile üyelerinin ciddi bir hastalık geçirmesi olarak değerlendirilebilir (Waldinger vd., 2006; Piontek vd., 2021; Ünal ve Coşar, 2021).

Granot vd. (2018), cinsel ya da fiziksel istismar gibi erken dönem travmatik yaşantılarının, erişkin dönemde artmış kronik ağrı riski ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Cinsel istismar ile yaşam boyu somatik bozukluklar arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir meta analiz çalışmasında, cinsel istismar ile kronik pelvik ağrı, spesifik olmayan kronik ağrı ve gastrointestinal bozukluklar gibi somatik belirtiler arasında bir ilişki olduğu gösterilmektedir (Paras, 2009). Duncan vd. (2019), çocuklukta cinsel istismar öyküsü ile tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtiler riskini güçlü bir şekilde ilişkilendirmektedir. Taycan vd. (2014), Türkiye'deki somatizasyon bozukluğu olan kadınlarla yaptıkları çalışmada, çocuklukta strese yüksek oranda maruz kalan kadınların yetişkinlikte çoklu somatik belirtiler gösterdiğini ve ayrıca kontrol grubuna göre daha sık çocukluk ve/ya da yetişkinlik travmatik deneyimleri bildirdiklerini bulgulamaktadır.

Çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantıların, somatizasyona katkıda bulunan belirli duygusal eğilimlerin gelişimini etkileyebileceği düşünülmektedir. İhmalkâr ve istismarcı bir bakım veren ile büyüyen çocukların, bakım verene karşı oluşan negatif duyguları işlemekte zorluk yaşayabileceği ve duyguları ile sağlıklı baş etme yollarını öğrenme fırsatından yoksun kalabileceği ifade edilmektedir (Fonagy ve Allison, 2012). Böyle bir süreçte, duygusal farkındalığın

da gelişimi sekteye uğrayabilmektedir ve sembolize edilemeyen duygular, bedenselleştirilebilmektedir (Kealy vd., 2018).

ii. Aleksitimi

Duyguları tanıma ve ifadede güçlük olarak tanımlanan aleksitimi, çeşitli psikopatolojilere yatkınlık ile ilişkilendirilmektedir (Leweke vd., 2012). Aleksitimi kavramı ilk olarak psikosomatik belirtileri açıklamak için Peter Sifneos tarafından ortaya atılmıştır (Sifneos, 1973). Aleksitimik hastaların yaşadıkları duyguları ne sözel ne de sözel olmayan bir biçimde tarif etmeye dair bir arzuları yoktur, zayıf bir sembolizasyon yetisine sahiptirler ve düşünce biçimleri olayların psikolojik deneyimine odaklanmaktan ziyade, detaylı olgusal yönlerini analiz etmeye yöneliktir (Mattila vd., 2008; Koh, 2018). Bu noktada aleksitiminin duyguları deneyimleme ve ifade etmedeki güçlük sebebi ile kişide; duygulanımların eşlikçisi olabilecek bazı somatik semptomları, salt fiziksel belirtiler olarak görme eğilimine yol açabileceği düşünülmektedir. Ayrıca somatik hislerin, fiziksel hastalıkların belirtileri olarak görülüp, yanlış yorumlanabileceği belirtilmektedir (Sayar ve Ak, 2001). Bu özelliği ile aleksitiminin, somatizasyonun risk faktörleri arasında merkezi bir rol oynayabileceği ifade edilmektedir (Lumley vd., 1996; Kooiman vd., 2000).

Somatizasyon ile aleksitimi ilişkisi, araştırmacılar tarafından dikkat çekilen bir olgudur ve alanyazında somatizasyon aleksitimi ilişkisini bulgulayan çalışmalar mevcuttur (Farhoumandi vd., 2022). Her ikisi de bedeni, psikolojik ve duygusal sıkıntıları ifade etmek için kullanma ile karakterizedir. Somatize eden kişilerin, duygularını sözel biçimde ifade etme konusunda zayıf bir yeteneğe sahip oldukları bilinmektedir (Woolfolk ve Allen, 2007) ve aleksitimik kişilerin duygularını somatik kanallar üzerinden iletme olasılıkları daha yüksektir (Farhoumandi vd., 2022). Duygusal duyumlara bedensel atıflar yüklenilerek bunlar birer hastalık belirtisi olarak yorumlanabilmektedir (Mattila vd., 2008). Duygu düzenleme eksikliğinin hem somatizasyonu hem de aleksitimiyi önemli ölçüde yordadığı belirtilmektedir (Ayık vd., 2023). Ayrıca aleksitimik bireylerin %95,9'unun somatik şikayetler bildirdiği ve somatizasyon ile aleksitimi arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (Raffagnato vd., 2020). Bununla beraber somatizasyonu olan hastaların, somatizasyonu olmayanlara göre duyguları

tanımada daha fazla zorluk yaşadığı ve daha yüksek düzeyde aleksitimi gösterdikleri belirlenmiştir (Lanzara vd., 2020).

Somatizasyonun, aleksitimiye karşı bir savunma olarak kullanıldığı düşünülmektedir (Levine, 2013). Bandyopadhyay ve Mahato (2021), somatizasyonlu hastalarda, Rorschach Testi uygulayarak, aleksitimi sendromu tablosuna hâkim olan faktörleri belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında, bu hastaların hissettiklerini kasıtlı olarak engellemediklerini daha çok duyguları oldukları gibi tamamen anlayamadıklarını belirtmektedirler. Bununla beraber aleksitiminin duyguları tanımlama ve ifadede eksiklik, olumsuz benlik algısı ve kişilerarası çatışmalar gibi kişisel faktörler ile beraber somatizasyonda çatışma geliştirme eğilimine yol açabileceğini öne sürmektedirler. Bu çatışmanın dilde tezahür edemeyeceğini vurgulamaktadırlar. Ayrıca çatışmanın şiddeti arttıkça somatize edilerek dışavurulmasının daha olası olduğunu belirtmektedirler (Bandyopadhyay ve Mahato, 2021).

Alanyazında somatizasyon ve aleksitimi ilişkisini destekleyen çalışmalar olsa da tersini bulgulayan çalışmalar da mevcuttur (Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 2001; Kooiman vd., 2004; Karvonen vd., 2005). Ancak bunun sebebinin aleksitimi ve somatizasyonun daha çok özbildiri ölçekleri ile değerlendirilmesinden dolayı olduğu düşünülmektedir. Nitekim her iki klinik olguda da doğaları gereği bir duygusal farkındalık eksikliğinin mevcut olduğu belirtilmektedir (Bandyopadhyay ve Mahato, 2021). Bu konuda yapılan çalışmalarda projektif değerlendirme envanterleri kullanım sayısının artmasının, somatizasyon aleksitimi ilişkisine dair daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesine olanak sağlayacağı varsayılmaktadır.

iii. Anksiyete

Anksiyete ile somatizasyon, birincil sağlık hizmetlerinde en sık karşılaşılan psikopatolojik sorunlardandır ve komorbiditelerinin yüksek olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Bener vd., 2012; Ma vd., 2022). Anksiyete bozukluklarına belirgin fiziksel semptomlar eşlik etmektedir ve alanyazında anksiyete ile somatizasyon ilişkisinin güçlü olduğu görülmektedir (Farhoumandi vd., 2022; Brambila-Tapia vd., 2022; Huang vd., 2023). Bu örtüşme sebebiyle, anksiyete ve

somatizasyonun birbirlerinin gelişimi açısından risk faktörü olabilecekleri düşünülmektedir (Bener vd., 2012).

Somatik semptomların risk faktörlerini belirmeye çalışan Creed (2012), kaygının somatizasyona bir yatkınlık kazandırdığını belirtmektedir. Anksiyetenin somatik belirtileri önemli oranda yordadığı belirlenmiştir (Zegarra-López vd., 2022). 2008 yılında yapılan bir araştırmada, anksiyetesi olan çocukların anksiyetesi olmayan gruba göre daha fazla somatik şikâyet belirttiği bulgulanmaktadır (Hughes vd., 2008).

Yüksek düzeydeki kaygılar, genellikle bedensel belirtiler ile kendini göstermektedir. Duygusal uyarının yüksekliği, güçlü bir ego kapasitesinin yokluğunda, ruhsal özümseme çabasının yanında bedensel olanın da eklenmesini gerektirmektedir (Kandemir ve Ak, 2013). Özellikle yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hastalarında; göğüs ağrısı, çarpıntı, düzensiz kalp atışı ve baş ağrısı gibi somatik semptomlar yaygındır (Rogers vd., 1996; Koh, 2018). Söz konusu fiziksel belirtilerin, korkunun da eşlik etmesiyle beraber kişide bedeni ile daha fazla uğraşa ve seçici algıda artışa neden olarak daha fazla anksiyeteye yol açabileceği ve bu durumun da somatik belirtilerin artışına sebep olarak kısır bir döngü meydana getirebileceği düşünülmektedir (Kellner, 1992; Sayar ve Ak, 2001). Örneğin panik bozukluğu bulunan bireylerin, panik nöbetleri esnasında duyumsadıkları fiziksel semptomları, ani gelişen ciddi bir organik hastalığa bağlayabilecekleri ifade edilmektedir (Asmundson vd, 2001). Böylece panik bozukluğun temelindeki kaygı ile ilişkili bedensel belirtiler, hastalık kaygısına sebebiyet vererek, hipokondriyak uğraşlar ile sonuçlanabilmekte ve bu da somatik belirtileri arttırabilmektedir (Karapınar vd., 2011).

Somatizasyon ile ilişkili bozukluklara sahip olan kişilerin, eşlik eden kaygılarını psikiyatrik bir bozukluk olarak görmek yerine bedensel belirtilerine bağlama eğilimi gösterdikleri ve bu belirtileri bedensel bir hastalık olarak yorumlamaya yatkın oldukları ifade edilmektedir (Henning, 2020). Oysa bedensel belirtiler, kaygının yarattığı huzursuzluğun bir yansıması da olabilmektedir (Lipowski, 1988). Ancak somatize eden kişilerin kaygılarını bedensel belirtilerin kaynağı olarak görmekten ziyade bedensel belirtilerini kaygının bir sebebi olarak görme eğiliminde oldukları düşünülmektedir.

iv. Öfke

Öfke eğilimi ve öfkenin bastırılması, somatizasyon için önemli risk faktörleridir (Koh, 2018). Alanyazında öfkeyi deneyimleme eğiliminin somatizasyonla ilişkili olduğu (Liu vd., 2011), öfkenin bastırılmasının somatoform bozukluk hastalarında bedensel belirtileri yordadığı gösterilmektedir (Koh vd., 2005; Koh vd., 2008; Koh ve Park, 2008). Kang ve diğerleri (2020), bedensel belirti bozukluğu olan hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre sürekli öfke düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedirler. Ayrıca öfkenin kişinin kendisine yöneltilmesinin, somatizasyon semptomlarının şiddeti ile ilişkili olduğunu belirtmektedirler (Kang vd., 2020). Bu durumda ötekine olan saldırgan tutum ve davranışların, içe yöneltildiğinde, kişinin kendi bedenine karşı somatizasyon yoluyla bir zarar vermesi ile sonuçlanabileceği düşünülmektedir.

Öfkenin somatizasyon ile ilişkili bozukluklardaki gelişimi farklılık göstermektedir. Örneğin depresif bozuklukta somatik semptomlar, hissedilen öfkenin bir dışı vurumu olarak görülmekteyken, kaygı bozukluklarında somatik belirtilerin kaynağı öfkenin bastırılması olarak belirtilmektedir (Güleç, 2004).

Literatür incelendiğinde, öfkenin somatik şikayetlerden biri olan ağrıya zemin hazırlayabileceği, şiddetlendirebileceği ya da ağrının kronikleşmesine yol açabileceği görülmektedir (Burns vd., 2015; Sommer vd., 2019). Kronik ağrısı olan hastaların, sağlıklı bireylere göre daha sık ve daha yoğun öfke bildirdikleri ve öfkeye karşı daha fazla savunmasızlık gösterdikleri ifade edilmektedir (Sturgeon vd., 2015; Sommer vd., 2019). Bununla beraber öfke yoğunluğunun ve düzenlemesinin ağrı üzerinde zararlı etkileri olabileceği belirtilmektedir (Bruehl vd., 2012; Burns vd., 2015). Ancak kronik ağrı bildiren kişilerin sıklıkla öfke duygusunu hissetmelerine rağmen bunu ağrı ile ilişkili bulma eğilimi göstermedikleri belirtilmektedir. Bu yüzden yaşadıkları öfkeyi inkâr ettikleri düşünülmektedir (Sayar, 2004). Kişinin öfkeyi ifade ediş biçimi, ağrı ve fiziksel yeti eksikliği oluşumunda önemli bir etken olarak değerlendirilmektedir. Özellikle içe yönelik öfkenin kronik ağrı geliştiren kişilerde daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Sayar vd., 2001; Güleç, 2004). Bu noktada öfke duygusunu bastırmanın yahut içe yöneltilmesinin, bedende işlevsel yeti kayıpları ve ağrı gibi semptomlar ile sonuçlanabileceği düşünülmektedir.

Öfke ve düşmanlık gibi olumsuz duygular, sempatik sinir sistemini aktifleştirerek artan kalp atış hızı ve solunum düzensizliği gibi bedensel uyarılmalara neden olabilmektedir (Mendes vd., 2008). Artan fiziksel uyarılmaların, öfke eğilimi olan saldırgan bireylerde kalıcı hale gelebileceği yahut bu fiziksel uyarılmalara karşı hassaslaşabilecekleri düşünülmektedir (Yang, 2020). Yang (2020), bir bireyin düşmanca bilişler ve öfke ifadesi ile sık meşgul olma eğilimi olarak tanımlanan yüksek düzeyde sürekli saldırganlığın daha fazla günlük somatik semptomu öngördüğünü göstermektedir.

v. Depresif duygulanım

Somatizasyon, depresif bozukluklarda oldukça yaygındır (Rief vd., 2010; Bekhuis vd., 2015). Alanyazın incelediğinde depresyon ile somatizasyonun ilişkili olduğu görülmektedir (Farhoumandi vd., 2022; Brambila-Tapia vd., 2022; Huang vd., 2023). Depresif bozukluğu olan hastalar, depresyonda olmayan hastalara göre daha fazla somatik belirti gösterme eğilimindedir (Hanel vd., 2009; Koh, 2018) ve genel olarak depresif bozukluğu olan hastalarda; huzursuzluk, gerilim ve çökkün ruh halinin yansıması olarak somatik belirtilerin meydana geldiği düşünülmektedir (Lipowski, 1988). Bu durumun, depresyonun psikofizyolojik eşlikçileri, somatosensoryel amplifikasyon (bedensel duyumları aşırı düzeyde yoğun, ve rahatsız edici olarak deneyimleme eğilimi) ve bedensel semptomların kötü sağlık göstergesi olarak algılanmasına yol açabilen depresif atıf tarzı ile açıklanabileceği ifade edilmektedir (Abbey, 2005).

Depresyonun somatik belirtileri baş ağrısı, mide ve bağırsaklarla ilgili sorunlar gibi vücudun belirli kısımları ile lokalize olabilirken aynı zamanda yorgunluk, enerji kaybı, iştah değişiklikleri ve uyku sorunları gibi tüm bedeni etkileyen yaşamsal durumlar da olabilmektedir (Kapfhammer, 2006). Majör depresif bozukluk tanısı almış hastaların %50 ya da daha fazlasının, birinci basamak sağlık hizmetlerine depresyonun bilişsel ya da duygusal semptomlarından ziyade somatik şikayetleri için başvurduğu belirtilmektedir (Simon ve Gureje, 1999). Merkezi somatik belirtilerin çoğunlukla; uyku sorunları (çoğunlukla uyuyamama), yorgun hissetme, kilo ve iştah kaybı (Grover vd., 2019), nefes darlığı, yorgun hissetme (Ma vd., 2022) mide bulantısı, mide yanması ve karın ağrısı gibi gastrointestinal somatik semptomlar (Yanartaş vd.,

2019) olduğu ifade edilmektedir. Ancak depresyon hastaları genellikle en çok kronik ağrıdan yakınmakadrlar (Bair vd., 2003; Vaccarino vd., 2009).

Depresyon ve somatizasyonun ortak semptomlar geliştirdikleri düşünülmektedir (Rief vd., 2010) ve depresif belirtilerin somatizasyonu yordayabileceği belirtilmektedir (Gureje ve Simon, 1999). Yüksek süreğen somatik semptom sayısı için risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada, depresyonun da süreğen bedensel belirtiler için önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir (Creed, 2012).

Depresyon ile beraber gelişen somatizasyon çok daha zorlayıcı bir klinik tablo ile sonuçlanabilmektedir. Mevcut depresif belirtilerin zayıflatıcı etkisine ek olarak gelişen somatik semptomlar, özellikle ağrı, hastalığın seyrini daha şiddetli hala getirebilmektedir (Kapfhammer, 2006). Farklı ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetleri başvurularında, depresyonun somatizasyonunu incelemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) verilerini kullanan Simon ve diğerleri (1999), depresyon hastalarının üçte ikisinin depresif duygudurumlarını yalnızca somatik semptomlarla gösterdiğini ve yarısından fazlasının tıbbi olarak açıklanamayan birden fazla somatik semptomdan şikâyet ettiğini belirtmektedir. Boylamsal bir çalışma, mevcut depresif epizotların, gelecekteki bel ağrısı, boyun-omuz ağrısı ve kas-iskelet semptomlarını öngördüğünü göstermektedir (Leino ve Magni, 1993).

Depresif duygu durumunu tanımak, ifade etmek yahut göstermek yerine bu çökkün ruh halinin ve huzursuzluğun somatik belirtiler ile yansıtılmasında birçok faktör etkili olabilmektedir. Kadın cinsiyetinin somatizasyonla yakından ilişkili olduğu, çeşitli teorileri ele alan birçok çalışmada görülmektedir. Örneğin, majör depresif bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, depresif bozukluklarda bildirilen somatik belirtilerin kadınlarda erkeklerin iki katı olduğu belirtilmektedir (Wenzel vd.,2005). Kültürel etki de depresyonun somatik belirtiler ile ifade edilmesinde önemli bir faktör olarak görülmektedir. Çünkü bazı kültürlerde bedensel semptomlar, iletişim kurmanın, acıyı deneyimlemenin yahut yardım istemenin daha normatif ve meşru bir yolu olarak kabul edilebilmektedir (Ma vd., 2022). Depresyonun ağırlıklı olarak somatik belirtilerle tezahür etmesindeki diğer önemli faktörlerin ise yaş ve sosyoekonomik düzey olduğu belirtilmektedir (Kirmayer vd., 1993; Kapfhammer, 2006).

vi. Cinsiyet

Somatizasyon, tanımlandığı ilk zamanlardan itibaren rahim kaynaklı olduğu düşüncesi ile uzun bir süre bir kadın hastalığı olarak görülmüştür (Veith, 1965). Günümüzde bu düşünce mevcut olmasa dahi yapılan çalışmalarda kadın olmanın somatizasyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Çetin ve Varma, 2021). Dönmez vd. (2000) Antalya’da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalar ile yaptıkları çalışmalarında, kadın olmanın somatizasyon riskini 1,90 kat arttırdığını göstermektedirler.

Somatizasyon ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, somatik belirtilerin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Somatik belirti bozukluğunun kadınlarda, erkeklere oranla 5-10 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Ünal ve Coşar, 2021). Alman genel nüfusunda somatik semptom bildirim yükünün ve modellerinin 38 yıl boyunca nasıl geliştiğini inceleyen bir çalışma, somatik semptomları kadın cinsiyeti ile ilişkilendirmektedir ancak cinsiyetin somatik semptom bildirim üzerindeki etkisinin zamanla azaldığını da ortaya koymaktadır (Beutel vd., 2020).

Erkek ve kadınlardaki farklı somatizasyon oranları için yalnızca varsayımsal açıklamalar mevcuttur. Erkeklerin psikolojik rahatsızlığı kabul etmeme eğilimi ve kadınlara göre daha az tıbbi tedavi arama isteklerinin, daha az somatik belirti bozukluğu tanısı almalarında etkili olduğu düşünülmektedir (Wool ve Barsky, 1994). Bununla beraber toplumsal cinsiyet önyargılarının hekimlerde kadın ve erkeklerdeki somatik belirtilere dair farklı bakış açıları oluşmasına yol açabileceği öne sürülmektedir. Bu görüşe göre hekimlerin bir erkeğin bedensel semptomlarını somatizasyon için olası bir açıklama olarak görme olasılığı, bir kadının semptomlarına göre daha düşük olabilmektedir (Golding vd.,1991; Woolfolk ve Allen, 2007).

Toplumlarda dezavantajlı grupların, somatizasyonu benimsediği belirtilmektedir (Koh, 2018). Erkek egemen toplumlarda, kadınlar dezavantajlı bir konumda yer alabilmektedirler. Böyle toplumlarda, çocukluktan itibaren kadınların erkeklere göre daha pasif konumda kalmasının ve çocuk bakımı gibi salt kadına atfedilen sorumlulukların ağırlığının da somatizasyon bozukluklarının kadınlarda daha sık görülmesine neden olabileceği ifade edilmektedir (Kaya,

2002; Tan ve Şahin, 2020). Nitekim çocuk sayısı ile somatizasyonun ilişkili olduğu görülmektedir (Tan ve Şahin, 2020). Bununla beraber somatizasyon için önemli bir risk faktörü olarak vurgulanan düşük eğitim düzeyi göz önüne alındığında da kadınların erkeklere oranla daha az düzeyde eğitim alabildiği toplum ve dönemlerde yaşamasının, erkeklerden daha fazla somatizasyon geliştirilmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Almanya’da genel nüfusun 1975 yılından 2013 senesine kadar olan somatik semptom belirtilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, zamanla kadınların daha az somatik semptom bildirdiği gösterilmekte ve bu durumun kadının eğitim düzeyinin ve iş gücüne katılım oranının artması ile açıklanabileceği belirtilmektedir (Beutel vd., 2020).

vii. Kişilik bozuklukları ve mizaç

Somatizasyonda mizaç ve karakter özelliklerini açıklayan çalışmalar sınırlı olmakla beraber somatik psikopatolojiler için ortak bir karakter ve mizaç profili yoktur (Güleç, 2009). Literatürde somatizasyon ve mizaç ile ilgili yapılan çalışmalarda; somatizasyon gösterenlerin kendini feda etme ve kendini eleştirme savunmalarını sağlıklı kontrollere göre anlamlı bir şekilde daha fazla kullandıkları (Hyphantis vd., 2013), kronik ağrı belirtilerine sahip kişilerin, özyönelim ve iş birliği konularında önemli karakter bozuklukları sergiledikleri (Conrad vd., 2007), somatize eden hastaların kontrol grubuna göre daha fazla depresif ve negativist özellikler gösterdiği (Noyes vd., 2001), somatizasyon ile yüksek öfke hassasiyetinin, düşük yenilik arayışının, içe dönük ve endişeli özelliklerin ilişkili olduğu görülmektedir (Macina vd., 2021).

Somatizasyon ve kişilik bozukluklarının erken başlangıçlı olmaları ve kronik bir hastalık seyri göstermeleri bakımından benzer özelliklere sahip oldukları düşünülmektedir. Somatizasyonu olan kişilerin, somatizasyonu olmayanlara göre daha sık kişilik bozukluğu komorbiditesi gösterdiği belirtilmektedir (Macina vd., 2021). Somatoform tanısını karşılayan kişilerin belirttikleri klinik semptomların aslında kalıcı kişilik özelliklerinin bir tezahürü olduğu ifade edilmektedir (Bass ve Murphy, 1995).

Kişilik ve somatizasyon çalışmalarında; histrionik kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve çekingen kişilik bozukluğu ile

somatizasyonun ilişkili olduğu görülmektedir (Espiridion ve Kerbel, 2020). Bu ilişkiyi her bir kişilik bozukluğu için açıklayan çeşitli varsayımlar mevcuttur. Antisosyal hastaların belirttikleri somatik belirtilerin bir temaruz (bilinçli bir şekilde hasta rolü yapmak) göstergesi olabileceği ve yüksek oranda madde kullanımının da somatik belirtileri arttırabileceği ifade edilmektedir (Pietrzak ve Petry, 2005). Bununla beraber cinsel istismar gibi erken travmatik deneyimler ve kişinin duygusal farkındalık eksikliği ve düşük serotonin seviyesi, iki hastalık için de ortak risk faktörleri olarak belirtilmektedir (Espiridion ve Kerbel, 2020).

Çekingen kişilik bozukluklarında, sözel olarak ifade edilmemiş olumsuz duyguların bedensel semptomlar ile tezahür edebileceği belirtilmektedir (Bridges ve Goldberg, 1985; Bornstein ve Gold, 2008). Borderline kişilik bozukluğunda somatizasyonun anksiyete ile başa çıkmak için kullanılan ilkel bir savunma mekanizması olduğu öne sürülmektedir (Kernberg, 1967) ve her ikisi için de travma/istismar geçmişi risk faktörleri olmakla beraber (Bornstein ve Gold, 2008) düşük duygu düzenleme ve duygu farkındalığı söz konusudur (Schmaling vd., 2021; Faraji, 2022). Bununla beraber borderline hastaların yaşadıkları ayrılık ve terk edilme gibi olumsuz duygularla baş etmek adına somatik belirtiler gösterebileceği düşünülmektedir (Faraji, 2022).

Bağımlı kişiliklerde, somatik belirtilerin doktorlar ve önemli kişilerden gelecek ilgi ile ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (Bornstein ve Gold, 2008). Histrionik kişilik bozukluğunda dolaylı bir şekilde dikkat çekme ve ilgi uyandırma arzusunun, bedensel semptomların altında yatan sebepler olabileceği öne sürülmektedir (Craig vd., 2004; Bornstein ve Gold, 2008).

Obsesif kompulsif kişilikte küçük fiziksel belirtilerin tekrarlı düşünülmesinin kritik fiziksel belirtiler olarak yorumlanması ile sonuçlanabileceği varsayılmaktadır (Bornstein ve Gold, 2008). Paranoid kişilikler rahatsız edici duygularını dış nedenlere bağlayarak bu gerginlikle başa çıksalar da bu duyguları kendi bedenlerine de yansıtabilecekleri düşünülmektedir (Rost vd., 1992; Stern vd., 1993).

viii. Algılanan ebeveyn reddi

Ebeveyn kabul-reddi teorisine göre, çocukluk döneminde temel bakım verenden algılanan reddedilme, birtakım psikolojik sorunların gelişimini

kolaylaştırabilmektedir (Rohner, 2016; Faraji ve Sucu, 2021). Ebeveyn tarafından reddedilme, çocuklarda ebeveynleri tarafından kabul deneyimini içeren; sıcaklık, şefkat, ilgi, bakım, destek ve sevgi gibi özelliklerin yoksunluğunu ifade etmektedir (Rohner, 2016). Somatizasyon geliştiren kişilerin, genel olarak aileleri ile güvenli bir bağ kuramadıkları ve sağlıklı bir aile ile büyümedikleri ifade edilmektedir (Kulaksız ve Erensoy, 2021). Bazı toplumlarda otorite figürüne karşı duygu ve düşüncelerin rahatça ifade edilmesi zor olabilmektedir. Çocuğun tanıştığı ilk otorite figürleri olan anne ve babasının, duyguların rahatça ifade edilmesine yönelik bir ortam sağlamamasının duyguların beden üzerinden tezahür etmesine yol açabileceği düşünülmektedir (Kulaksız ve Erensoy, 2021). Bununla beraber ebeveynlerden algılanan reddedilmenin, çocuktaki uyumlu davranma becerisini defekt edebileceği ve endişe ile beraber somatizasyonu arttırabileceği ifade edilmektedir (Kaya ve Gündüz, 2019).

Somatizasyon ile ebeveyn kabul/red ilişkisini araştıran çalışmalarda; ebeveyn reddi ve somatizasyon bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ebeveynlerden algılanan düşmanlık/saldırganlık ve ilgisizlik/ihmalin somatizasyon bozukluğunu yordadığı (Naz, 2012; Kulaksız ve Erensoy, 2021), babadan algılanan soğukluk, ihmal/kayıtsızlık, düşmanlık/saldırganlık ile somatizasyonun ilişkili olduğu (Kulaksız ve Erensoy, 2021), babanın ebeveynlik davranışlarının somatizasyonu yordadığı (Lackner vd., 2004), somatik belirtilerin en çok babadan algılanan düşmanlık ile ilişkili olduğu (Kaya ve Gündüz, 2019) ve anneden algılanan farklılaşmamış reddedilmenin somatizasyonun yordayıcısı olduğu görülmektedir (Direktör, 2017).

4. Somatizasyonun Epidemiyolojisi ve Komorbidite

Somatizasyon ile ilgili tanımlanmış bozuklukların epidemiyolojisine dair güvenilir bir bilgi elde etmek, sınıflandırma sistemlerindeki farklı tanı kriterleri ve somatize eden kişilerin çoğunlukla salt fiziksel belirtilerine yönelik sağlık hizmet alanına başvurmaları sebebi ile güçleşebilmektedir (Ünal ve Coşar, 2021).

DSM 5 sınıflandırma sistemine göre, bedensel belirti bozukluğu prevalansı genel popülasyon için %3,8 ve tıbbi hastalık tanısı olan kişiler için ise yaklaşık olarak %6 oranında belirtilmektedir (Dimsdale vd., 2013). İsveç'te genel ergen popülasyonundaki somatik belirtilerin yaygınlığının incelendiği bir çalışmada,

genel popülasyonun %10,5'inde ciddi psikolojik endişeyle birlikte bir ya da daha fazla sürekli sıkıntı veren somatik semptom bildirildiği ifade edilmektedir (van Geelen vd., 2015). Almanya'da yapılan bir araştırmada katılımcıların %4,5'inin bedensel belirti bozukluğu tanı kriterlerini, %9,6'sının ise ICD-11 tek organlı bedensel endişe bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı görülmektedir (Häuser vd., 2020). Bedensel belirti bozukluğu bozukluğu oranı ayakta tedavi gören Çinli hastalarda %33,8 (Cao vd., 2020) ve birinci basamak sağlık merkezine başvuran Ummanlı yetişkinlerde %17,8 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Alalawi vd., 2022). Türkiye'de psikiyatri kliniğine başvuran hastaların incelendiği bir çalışmada ise %1,3'nün DSM-IV tanı kriterlerine göre somatoform bozukluğu tanısı aldığı ifade edilmektedir (Yağcı vd., 2014).

Hastalık kaygısı bozukluğunun, ilk defa DSM-5'te yer alan yeni bir tanı olması sebebi ile görülme sıklığı belirsiz olsa da genel popülasyonda yaygınlığının %13 oranında olduğu tahmin edilmektedir (Scarella vd., 2019). Psikiyatrik popülasyonlarda hipokondriyazis görülme oranı %1,6 ila %3,5 arasında belirtirtilirken (Scarella vd., 2019), genel popülasyonda bu oran %0.4 ila %4,5 arasında gösterilmektedir (Weck vd., 2014). Bununla beraber yetişkin popülasyonda sağlık anksiyetesi %2,1 ila %13,1 arasında gösterilmekleyen (Weck vd., 2014), psikiyatrik popülasyonda bu oranın %19 ila %31 arasında olduğu belirtilmektedir (Scarella vd., 2019).

Somatizasyona eşlik eden psikopatolojilerde depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğunun oranının yüksek olduğu belirtilmektedir (Astill Wright vd., 2021; Ma vd., 2022). Bununla beraber somatoform bozuklukları/ somatik belirti bozukluğu hastalarının %41-63'ünde en az bir kişilik bozukluğu eş tanısının olduğu ifade edilmektedir (Macina vd., 2021).

5. Sınıflandırma Sistemleri İçerisinde Somatizasyon

Somatizasyon, duygusal sıkıntının bedensel şikayetlere dönüştürüldüğü bilinçdışı bir süreci tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu yüzden kendi başına bir tanı kategorisi niteliği taşımamakla beraber kişilerin deneyimsel, bilişsel ve davranışsal özelliklerini tanımlamak için kullanılan genel bir kavramdır (Lipowski, 1986; Koh, 2018). Zamanla birçok hastanın mevcut fiziksel

ya da psikolojik bozukluklar sınıflamasına uymayan bedensel sıkıntıları, bu alan için tanımlanmış bir sınıflandırma gerekliliği doğurmuştur (Koh, 2018).

a. DSM perspektifinden somatizasyon bozuklukları

Günümüz somatizasyon anlayışının temelini oluşturan “briquet sendromu”nun Perley ve Guze (1962) tarafından yapılan tanılama çalışmaları ve Feighner tanı kriterlerinin geliştirilmesi (Feighner vd., 1972), somatizasyonun sınıflandırılmasındaki ilk adımlardandır. Bu çalışmalar üzerinden temellendirilerek oluşturulan Somatizasyon Bozukluğu terimi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (1980) sınıflandırma sistemi olan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) üçüncü baskısında (DSM-III) ilk kez kullanılmıştır.

DSM-III'ün ilk versiyonunda somatizasyon bozukluğu tanı kriterleri için cinsiyet ayrımı bulunmaktaydı. B kategorisinde listelenmiş 37 semptom arasında, erkekler için yaşam boyu tıbbi olarak açıklanamayan en az 12 fiziksel semptom bulunması şartı aranırken kadınlar için bu semptom sayısı en az 14'tü. Revize edilmiş olan DSM-III-R versiyonunda bu cinsiyet ayrımı ortadan kaldırılmıştır ve her iki cinsiyet için de somatizasyon bozukluğu tanı kriterleri, yaşam boyu tıbbi olarak açıklanamayan en az 13 fiziksel semptom olarak belirlenmiştir (APA, 1987).

DSM-IV'te somatoform bozukluğu tanısı için gerekli semptom sayısı birden fazla bedensel sistemi etkileyen sekiz belirtiyeye düşürülmüştür: en az dört açıklanamayan ağrı semptomu, iki açıklanamayan ağrı dışı gastrointestinal semptom, bir açıklanamayan cinsel belirti ve bir psödonörolojik semptom (APA, 1994). DSM-IV, 2000 yılında revize edilerek DSM-IV-TR adını almıştır. Ancak bu versiyonunda somatizasyon tanı kriter ve kategorilerinde neredeyse hiçbir değişiklik yapılmamıştır. Yenilikler daha çok bozuklukların etiyolojisi ve epidemiyolojisi üzerine olmuştur (APA, 2000).

DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre Somatoform Bozukluklarda yer alan patolojiler; somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluğu, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, beden dismorfik bozukluk, başka türlü sınıflandırılmamış somatoform bozukluklar ve hipokondri idi (APA, 2000). Bugün halen geçerliliğini sürdüren DSM 5'te ise Somatoform Bozukluklar ismi

Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar olarak değiştirilmiştir. Bu versiyonda yer alan bozukluklar ise şu şekildedir: Bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, dönüştürme (konversiyon) bozukluğu, diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler, yapay bozukluk ve tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk (APA, 2013).

DSM-IV-TR'de birbirini kapsayabilecek somatoform bozukluklar ayrı olarak değerlendirilmekteydi ve tanı koymak oldukça zordu. Örneğin ağrı bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu DSM-IV-TR'de ayrı kategoriler olsa da sık sık birbirini kapsayabildiği için tanı koymak güçleşmekteydi. DSM 5'te Bedensel Belirti Bozukluğu kategorisi bu iki tanıyı da karşılamaktadır. Ayrıca DSM-IV'te somatoform bozuklukların temel tanımlayıcı kriteri olan tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar, klinisyenler tarafından farklı değerlendirildiği ve güvenilir olmayan bir sınıflandırma sunduğu için DSM 5'te kaldırılmıştır. Bunun yerine DSM-5 psikopatolojinin duygu, düşünce ve davranış boyutunu merkez almıştır. Son olarak DSM-III ve DSM-IV'te yer alan fiziksel belirtilerin 30 yaşından önce başlama şartı, DSM 5'te yer almamaktadır.

i. Bedensel Belirti Bozukluğu

Bedensel belirti bozukluğu, kişinin fiziksel semptomları ve sağlığı hakkında aşırı ve abartılı uğraş göstermesidir. DSM 5'te önceki tanı kriterlerinde yer alan; somatizasyon bozukluğu, hipokondri ve ağrı bozukluğu yerine tek bir tanı kategorisini karşılamak için oluşturulmuştur. DSM 5'e göre tanı konulabilmesi için üç temel kriter gereklidir. Süreklilik gösteren (6 aydan daha uzun süreli) ve sıkıntı veren bedensel belirtiler (Kriter A ve B) ile bu belirtilerin önemiyle orantısız sağlıkla ilişkili duygu ve düşüncelerin varlığı (Kriter C). (APA, 2013). Bedensel belirtiler, bedenin birçok yerinde farklı şekillerde deneyimlenebileceği gibi kimi vakalarda ağrı daha ön planda olabilmektedir (Kring vd., 2013). Ağrı baskınsa belirtilmesi gerekmektedir (APA, 2013).

ii. Hastalık Kaygısı Bozukluğu

Hastalık kaygısı bozukluğu, kişinin fiziksel bir belirtisi olmamasına rağmen ciddi bir hastalığa yakalanmaktan endişe ve korku duyması olarak tanımlanmaktadır. DSM 5 tanı kriterlerine göre tanı konulabilmesi için en az 6 aydır kişinin bedensel belirtileri olmamasına ya da ağır olmayan belirtileri

bulunmasına rağmen ciddi bir hastalığı olacağını düşünmesi (Kriter A, B ve E), sağlıkla ilgili sürekli endişe duyması ve aşırı uğraş (Kriter C ve D) göstermesi gerekmektedir. Aynı zamanda başka bir tanı ile (yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluk gibi) daha iyi açıklanamaması gerektiği belirtilmektedir (Kriter E). Hastalık kaygısı olanların bazıları sürekli sağlık kuruluşlarına başvurup bakım arayabilirken bazıları da bundan kaçınabilmektedirler. Bakım arama durumunun belirtilmesi gerekmektedir (APA, 2013).

iii. Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu

Konversiyon bozukluğu, herhangi bir bedensel hastalıkla açıklanamayan nörolojik semptomlardır. Tıbbi olarak normal olunmasına rağmen aniden kör olma ya da felç gibi istemli motor ve duyu fonksiyonunu etkileyen nörolojik semptomlarla kendini göstermektedir. Günümüz sınıflandırma sistemlerinde histerinin karşılığı olarak düşünülmektedir. DSM-5 tanı kriterlerine göre; bir ya da birden çok motor ve duysal işlev değişikliğini gösteren belirtiler (Kriter A), klinik bulguların mevcut belirti ile tutarlılık göstermemesi (Kriter B), belirtinin gündelik işlevselliği etkilemesi ve bu belirtilerin başka bir fiziksel yahut ruhsal tanı ile açıklanamaması gerekmektedir (Kriter C ve D). Söz konusu belirtiler akut ya da kronik olabilmektedir. Ayrıca tetikleyici bir ruhsal faktör de bazı vakalarda görülebilmektedir (APA, 2013).

iv. Yapay Bozukluk

Yapay bozukluk, hasta olarak görülmek ve tıbbi bakım alabilmek için, belirgin bir kazanç elde etme arzusu olmaksızın, kasıtlı olarak bedensel belirtiler üretilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kendine yüklenen ve bir başkasına yüklenen yapay bozukluk olarak iki'ye ayrılmaktadır. DSM-5'e göre kendine yapay bozukluk tanısı için dış pekiştireçler olmadan da hastalık ya da yaralanma ile ilgili yanıltıcı belirtiler üretilmesi (Kriter A ve C), kişinin kendisini başkalarına hasta olarak tanıtmaması ve başka ruhsal bir bozuklukla açıklanamıyor olması gerekmektedir (Kriter B ve D). Başkasına yüklenen yapay bozuklukta ise bu kriterler başkası üzerinden sağlanmaktadır. Her ikisi de tek bir dönemde yahut yaşamın tekrarlayan dönemlerinde gözlemlenebilmektedir (APA, 2013).

b. ICD perspektifinden somatizasyon bozuklukları

Somatizasyon ile ilişkili bozukluklar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan Uluslararası Hastalık Sınıflaması'nın (International Classification of Diseases and Related Health Problems- ICD), ilk kez 10. Baskısında "Nevrotik, Stresle İlişkili ve Somatoform Bozukluklar" kategorisi grubunda yer almıştır. ICD 10'da somatoform bozukluklar; çoklu, tekrarlayan, klinik olarak anlamlı ancak tıbbi bir açıklaması bulunmayan fiziksel şikayetlerle karakterize edilmiştir. Somatoform bozuklukları içerisinde; Somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluğu, hipokondriak bozukluk somatoform otonomik disfonksiyon, kalıcı ağrı bozukluğu, diğer somatoform bozukluklar ve somatoform bozukluk (tanımlanmamış) hastalıkları bulunmaktaydı (WHO, 1992). ICD 11'de Bedensel Sıkıntı ya da Bedensel Deneyim Bozuklukları kategorisi başlığı içerisinde; bedensel sıkıntı bozukluğu (hafif, orta, şiddetli ve tanımlanmamış olarak dörde ayrılır), beden bütünlüğü disforisi, bedensel sıkıntı ve bedensel deneyimin diğer tanımlanmış bozuklukları ve bedensel endişe ve bedensel deneyimin diğer tanımlanmamış bozuklukları yer almaktadır (WHO, 2019).

i. Bedensel Sıkıntı (Endişe) Bozukluğu

Bedensel sıkıntı bozukluğu, bireyin rahatsız edici bulduğu ve sağlık hizmetleri ile temasta tekrarlı bir şekilde gösterilen semptomlara yönelik aşırı dikkat ile karakterizedir. Mevcut aşırı dikkat herhangi bir klinik güven ve bulgu ile azaltılamamaktadır. Fiziksel belirtiler kalıcıdır ve en az birkaç aydır mevcuttur. Söz konusu bedensel belirtiler zamanla değişebilmektedir. Bedensel belirtiler, kişinin işlevselliği üzerinde bir etkiye sahiptir (WHO, 2019).

ii. Beden Bütünlüğü Disforisi

Beden bütünlüğü disforisi, erken ergenlik döneminde başlamaktadır ve kişinin üretkenliği ile sosyal işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen fiziksel olarak engelli olmaya yönelik sürekli bir istek olarak tanımlanmaktadır. Bu arzu, fiilen sakat kalmaya yönelik girişimler ile sonuçlanabilmektedir. Kişinin sağlığı ya da yaşamı önemli ölçüde tehlikeye atılmaktadır. ICD 11'e göre bu bozukluk; başka bir zihinsel, davranışsal ya da nörogelişimsel bozuklukla ya da temaruzla daha iyi açıklanamaktadır (WHO, 2019).

6. Somatizasyon Gelişimine İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar ve Tedavi

a. Bilişsel- davranışçı yaklaşım

Bilişsel davranışçı model somatizasyon bozukluklarını; biliş, davranış, duygu ve çevrenin etkileşimi üzerinden açıklamaktadır (Liu vd., 2019). Somatik belirtilerin gelişiminde ve sürdürülmesinde bilişsel değerlendirmelerin, davranış kalıplarının ve tetikleyici faktörlerin oynadığı rolü vurgulamaktadır (Woolfolk ve Allen, 2007).

Bilişsel yaklaşıma göre, somatizasyon bozukluklarına sahip kişiler bedenleri ve sağlık durumları hakkında mantıksız ya da çarpıtılmış inançlara sahiptirler. Aksi kanıtlar bulunmasına rağmen bedenlerinin abartılı bir şekilde zayıf olduğuna ya da ciddi bir hastalığa sahip olduklarına dair düşünceleri mevcuttur. Birçoğu ağrı, yorgunluk ya da herhangi bir sıkıntı veren fiziksel belirtinin, ölümcül bir hastalık belirtisi olduğuna inanıp mevcut durumu felaketleştirebilmektedir (Woolfolk ve Allen, 2007).

İşlevsel olmayan düşünce ve inançlar, olumsuz duygular ve uyumsuz davranışlar karmaşık bir örüntü halindedir. Zaman zaman bu örüntü kısır bir döngü ile sonuçlanabilmektedir (Liu vd., 2019). Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre, olası hastalık düşünceleri kaygı ve korku gibi olumsuz duyguları harekete geçirmesi ile beraber fizyolojik uyarılma ve fiziksel semptomatoloji meydana gelmektedir. Oluşan bedensel belirtiler, ciddi hastalıkların ya da bedensel kırılganlığın kanıtı olarak yorumlanmaktadır. Böylece fiziksel uyarılma, fiziksel duyumlara ilişkin olumsuz bilişsel değerlendirmeler ve felaketsel düşünme eğilimi birleştiğinde, kalıcı fiziksel belirtiler somatize eden kişi tarafından ölümcül bir hastalığın belirtileri olarak yanlış yorumlanabilmektedir (Woolfolk ve Allen, 2007).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), somatizasyon bozukluklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Orzechowska vd., 2021). Somatizasyondan muzdarip hastalar, terapide, hastalıklarının zihinsel bir temeli olma olasılığını düşünmek yerine somatik semptomlarının ayrıntılı bir tanımına odaklanma eğiliminde olabilmektedirler. Bu noktada bedensel semptomların psikolojik sebeplerini inkâr etmek ve dikkati sadece somatik arka plana yönlendirmek için terapinin etkisizliğini kanıtlamaya çalışabilmektedirler (Liu vd., 2019);

Orzechowska vd., 2021). Bu yüzden terapi süreci boyunca hastanın sağlığı ve bedensel belirtileri hakkındaki işlevsiz otomatik düşüncelerinin, ara inançlarının ve temel inançlarının dikkatlice sorgulanması gerektiği belirtilmektedir. Bu doğrultuda hastalıkla ilgili inançlar için alternatif açıklamalar getirmek ve bedensel belirtilerin psikolojik temelleri lehine kanıt toplamak gibi bilişsel teknikler kullanılmaktadır. Bununla beraber hastanın felaketleştirmesine yönelik olarak seçici dikkat ve ruminasyonun etkilerini göstermeye odaklanan davranışsal deneyler ile psikoeğitim ve gevşeme teknikleri de sürece dahil edilmektedir (Liu vd., 2019; Agarwal vd., 2020).

BDT'nin somatizasyon bozukluklarında etkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Liu vd., 2019; Agarwal vd., 2020; Orzechowska vd., 2021). İlgili metanaliz çalışmalarında, BDT'nin tıbbi olarak açıklanamayan semptomların tedavisinde (Menon vd., 2020), fiziksel semptomları ve psikolojik sıkıntıyı azaltarak somatoform bozuklukların tedavisinde (Liu vd., 2019) ve sağlık anksiyetesi tedavisinde (Cooper vd., 2017) etkili olduğu görülmektedir. Bununla beraber somatizasyon bozukluklarında bireysel BDT'nin grup BDT'sine göre daha fazla tedavi sonrası iyileşme sağladığı belirtilmektedir (Moreno vd., 2013).

b. Şema teorisi

Young ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen şema teorisi erken dönem uyum bozucu şemalara odaklanmaktadır. Erken dönem uyum bozucu şemalar; kişinin kendisi, diğerleri ve dış dünyaya yönelik yıkıcı, duygusal ve bilişsel örüntüleri içermektedir. Şema teorisine göre uyum bozucu şemalar bireyin kişiler arası ilişkilerini, davranış ve düşüncelerini etkilemektedir (Young vd., 2003). Bu şemalar genellikle çocukluk ya da ergenlik dönemindeki travmatik deneyimler ile gelişse de hepsinin kaynağı erken dönem travmatik yaşantıları değildir (Başçelik vd., 2022).

Şema teorisi, beş alan içinde bulunan 18 adet erken dönem uyum bozucu şema tanımlamaktadır ve çocukluk çağında yaşanan kötü muamelenin şemalar ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Başçelik vd., 2022). Somatoform hastalarında, erken dönemde yaşanan istismarcı ya da öngörülemez aile ortamının önemli bir rol oynadığı göz önüne alındığında (Waldinger vd., 2006; Ünal ve Coşar, 2021)

şema teorisi somatizasyonun tanı ve tedavisinde yardımcı olabilecek bir yaklaşım olarak düşünülmektedir.

Henker ve diğerleri (2019) somatoform bozukluğu olan hastalardaki şemaları incelediği çalışmalarında, bedenselleştirme ile tüm şemalar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulgulamaktadırlar. Bu konuda yapılmış çalışmalar kısıtlıdır ancak somatizasyon bozukluklarına sahip kişilerde bulunan şemaların ağırlıklı olarak; yüksek standart, kendini feda (Voderholzer vd., 2014; Henker vd., 2019), dayanıksızlık, güvensizlik, terk edilme, duygusal yoksunluk, yetersiz özdenetim ve duyguları bastırma olduğu görülmektedir (Henker vd., 2019). Kendini feda şeması, kişinin kendi ihtiyaçlarını hiçe sayarak önemli diğerlerinin ihtiyaçlarına odaklanmasını ifade eder. Yüksek standartlar, mükemmeliyetçi bir bakışı ve esneklikten uzaklığı içermektedir (Başçelik vd., 2022). Somatoform bozukluğu olan hastalar için bu şemaların süregelen bir stres kaynağı olabileceği düşünülmektedir (Henker vd., 2019). Dayanıksızlık şemasında; sağlığa, çevreye ve ruhsal duruma dair kaygılar yer almaktadır. Bu şemaya sahip kişiler felaketleştirmeyi sık sık kullanabilmektedirler. Güvensizlik şeması baskın olan kişiler, genellikle çocukluklarında bakım verenleri tarafından istismara uğramaktadırlar. Nitekim yetişkinlikteki somatizasyon eğiliminin çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Piontek vd., 2021; Ünal ve Coşar, 2021). Duyguları bastırma şemasına sahip kişilerin çocukluklarında koşulsuz sevgi ve kabulü alamadıkları bir çevrede yaşadıkları, bu nedenle duygu, düşünce ve dürtülerini güçlü bir şekilde bastırma eğilimi oluşturdukları belirtilmektedir (Başçelik vd., 2022). Bu noktada şema terapinin somatoform hastalıklardaki etkinliği henüz kanıtlanmamış olsa da somatizasyon ile ilişkili şemaların hastalar tarafından fark edilmesinin, kronik sorunlarının anlaşılmasının ve hastayı bedenselleştirme eğilimine götüren sürecin anlaşılması adına faydalı olabileceği düşünülmektedir.

c. Psikodinamik yaklaşımlar

i. Freud'un bakış açısı ve psikanalitik yaklaşım

Freud (1917) bedensel belirtiler ile ilişkili olarak güncel nevrozlar ve psikonevrozlar üzerinde durmuştur. Bu iki olgu arasında çatışmaların kaynakları üzerinden kesin bir ayırım yapan Freud; güncel nevrozların somatik bozukluklara

yol açtığını, psikonevrozların ise ruhsal belirtilere ve histerik konversiyonlara yol açtığını belirtmiştir (Parman, 2005). Güncel nevrozlarda çatışmaların kaynağı çocukluk çatışmalarında değil, güncel olandadır. Güncel nevrozlardaki bedensel belirtiler, simgesel bir duşavurum yahut psikolojik bir anlamdan yoksundur. Söz konusu belirtiler ağırlıklı olarak bedende ortaya çıkmaktadırlar ve kendileri de tamamen somatik süreçlerdir. Bastırma yahut herhangi bir zihinsel mekanizma söz konusu olmadığından bu bedensel bozukluklar yorumla tedavi edilemezler (Freud, 1917; Parman, 2005). Freud (1895) nevrasteni, hipokondri ve anksiyete nevrozunu güncel bir nevroz olarak sınıflandırmış ve etiyojisinde, öznenin kişisel yaşamındaki cinsel tatmin eksikliğinin rol oynadığını savunmuştur. Burada söz konusu olan dürtülerin doğrudan beden yolu ile boşaltılmasıdır, herhangi bir simgeselleştirme süreci mevcut değildir (Parman, 2005).

Psikonevrozlardaki bedensel belirtiler, çocukluk çatışmalarının duşavurumudur. Freud bastırılmış olanın beden üzerinden ifade edilmesini histerik konversiyon kavramı ile açıklamaktadır (Freud, 1917) Psikonevrozdaki semptomlar, ruhsal bir çatışmanın bilinçdışı süreçlerden geçmesi ile oluşmaktadır. Dolayısıyla semptomların her zaman simgesel bir anlamı vardır. Bununla beraber psikonevroz ve güncel nevrozun ikisinde de belirtiler libidodan kaynaklanır ve libidonun anormal kullanımı, ikame edici tatminlerdir (Freud, 1917; Chapman 1999).

Chapman (1999) günümüzde kullanılan psikosomatik bozukluklar kavramının, Freud'un güncel nevrozlarını karşıladığını ifade etmektedir. Psikosomatik belirtiler, psikonevrozların somatik semptomları gibi, bastırma ortadan kalktığında engellenmez. Travma doğrudan gerçek beden üzerinden deneyimlenir. Dille ifade edilemeyen dürtüler, beden üzerinden kendini göstermektedir. Somut bir olaya dayanmaktadır ve dürtü doğrudan bedende boşaltılır. Psikonevrozlarda ise ortada bastırılmış bir travmadan kaynaklanan hayali, narsisistik bedende bir rahatsızlık mevcuttur (Freud, 1895; Freud, 1917; Chapman, 1999).

Freud sonrasında da histerik konversiyonlar ve somatik semptomların ayrı tutulması gerektiğini savunanlar (Pierre Marty, Léon Kreisler, Michel Fain vb.) olduğu gibi histerik konversiyon modelini kullanmayı savunanlar da (Angel Garma, Franz Alexander vb.) olmuştur (Parman, 2005).

ii. Georg Groddeck

Psikosomatiğin önemli isimlerinden biri olarak görülen Groddeck, bedensel hastalıkların temeline id'i yerleştirmiştir. Ona göre id, sadece nevrotik bir semptom değil, aynı zamanda karakter özellikleri ve somatik bir hastalık da üretebilmektedir. Psikanalitik bir organik hastalık modeli geliştiren Groddeck, bedensel her hastalığa sembolik bir değer atfetmiş ve bedesenele ve ruhsal hastalıklar arasında bir ayrım yapmamıştır. Ancak psişik düzeyler ile biyolojik ve fizyolojik düzeyler arasında herhangi bir ayrım olmaması, Groddeck'in yaklaşımının eleştirilen ve zayıf bulunan noktalarından biri olmuştur (Groddeck, 1977; Smadja, 2011).

iii. Sandor Ferenczi

Sandor Ferenczi, organik hastalıkların psikanalizi üzerine çalışmalar yapmıştır. Freud gibi Ferenczi de güncel nevrozlar ile psikonevrozları birbirinden ayırmıştır. Organik bir hastalığın ardından ortaya çıkabilecek nevrotik ve buna bağlı olarak psikotik ya da narsistik dönüşümleri açıklamak adına patonevroz kavramını ortaya koymuştur. Bununla beraber psişik kökeni olan hastalıkların bazı organlarda işlev bozukluğu meydana getirebileceğini savunmuştur (Parman, 2005; Smadja, 2011).

iv. Chicago Okulu ve Franz Alexander

Amerikan psikosomatiğinin öncülerinden Franz Alexander, kurucusu olduğu Chicago Okulu bünyesinde psikosomatik çalışmalar yürütmüştür. Ferenczi'nin organik nevroz kavramı ile Dunbar'ın termodinamik varsayımını birleştirerek özgün psikodinamik yapılanmalar kavramını geliştirmiştir (Parman, 2005). Psikanalitik bakış açısı ile fizyopatolojiyi birleştirerek dualist bir yaklaşım olan psikosomatik tıp yaklaşımını ortaya koymuştur. Alexander, her duygunun belirli bir bedensel belirtiyeye karşılık geldiğini varsaymıştır (Parman, 2005; Smadja, 2011). Ona göre her hastalık psikosomatiktir ve somatik bozuklukların ortaya çıkması için 3 koşul gereklidir: özgül bir çatışma, kişinin bedenine özgü bir yatkınlık ve güncel bir çatışma. Alexander ve Chicago okulundaki meslektaşlarının çalışmaları, belirli somatik hastalıklarla bağlantılı kişilik tiplerinin belirlenmesine yol açmıştır (Parman, 2005; Smadja, 2011; Debray, 2015).

v. Jean Paul Valabrega

Tüm bireylerin bir dönüşüm çekirdeğine sahip olduğunu öne süren Valabrega, bu fikir temelinde genelleştirilmiş dönüştürme (konversiyon) kavramını geliştirmiştir. Bu görüşte beden, anlam yüklü bir bellek olarak açıklanmaktadır ve tüm somatik semptomlar, psikanalitik tedavinin keşfetmeyi ve detaylandırmayı amaçladığı bir anlam içermektedir. Ancak Valabrega, somatik semptomun anlamları ile psikanaliz sonrası değişikliklerle beraber ortaya çıkan anlamları birbirinden ayırmamıştır (Smadja, 2011; Aisenstein ve De Aisemberg, 2022).

vi. Paris Psikosomatik Okulu ve Pierre Marty

Kurucuları Pierre Marty, Michel Fain, Michel De M'Uzan ve Christian David olan Paris Psikosomatik Okulu, çalışmalarını tıbbi gelişmeler ve Freud'un psikosomatik görüşleri ile temellendirmektedir. Marty ve çalışma arkadaşları somatik semptomların ikame oluşumları olduğunu ancak konversiyon histerisi semptomlarında bulunan sembolik boyutu barındırmadıklarını vurgulamaktadırlar (Marty ve De Muzan, 1963; Marty, 1968; Debray, 2015).

Paris Psikosomatik Okulu'nun en önemli isimlerinden biri olarak görülen Pierre Marty, psike ve somanın bütüncül olarak değerlendirilmesi gerektiğini, bu bütünün karmaşık bir doğası olduğunu ve kişinin yaşam dönemlerindeki değişiklikler ile beraber genel bir denge yahut dengesizlik ile sonuçlandığını öne sürmektedir (Smadja, 2011; Debray, 2015).

Marty ve De Muzan (1963) farklı tanıları olan hastalarla yaptıkları çalışmalarda, belirli bir kişilik özelliği tanımlamışlardır. Onlara göre bu hastaların düşünceleri olgusal ve güncel olanla karakterizedir ve düşsel yaşamdan yoksundur (Marty ve De Muzan 1963; Aisenstein ve De Aisemberg, 2022). Sifneos (1973) tarafından yapılan aleksitimi tanımının temelini de bu karakter özellikleri oluşturmaktadır (Sifneos, 1973; Debray, 2015).

Pierre Marty'nin geliştirdiği; işlemsel düşünce, nesnesiz depresyon, alerjik nesne ilişkisi, ilerleme ve gerileme devinimleri, zihinselleştirme ve önbilinç kavramları psikosomatiğin anlaşılmasında önemli rol oynamıştır (Marty, 1998; Smadja, 2011).

İşlemsel Düşünce: Şimdiki zaman ve somut olanla karakterize, duygulardan arındırılmış ve düşsel olandan yoksun bir düşünme tarzıdır. Sembolize edici bir faaliyetle bağlantı barındırmaz. Süreklilik göstermez ve kişinin hayatında belli dönemlerde varolabilir. Psikosomatik hastalarda bu düşüncenin hâkim olduğu belirtilmektedir. İşlemsel düşüncenin genelleştirilmiş formu ise işlemsel hayat olarak tanımlanmaktadır (Marty, 1998; Smadja, 2011).

Nesnesiz Depresyon: Herhangi bir nesneye bağlı olmayan, genel bir canlılık azalması olarak tanımlanmaktadır. Semptomatik ifadenin yokluğu ile karakterizedir. Kişi tarafından suçluluk duygusu yahut üzüntü ifade edilmez. Depresif duygulanım algılanmaz. Davranışsal uyum söz konusu olduğundan çevre tarafından anlaşılmaz fakat psikanalist, karşı aktarımı ile nesnesiz depresyonu kolayca tespit edebilmektedir. Kişinin zihinsel yaşamı yoksunlaşır ve mekanik bir tavır sergiler (Marty, 1998; Parman, 2005; Smadja, 2011).

Alerjik Nesne İlişkisi: Marty (1958), psikosomatik bozuklukların salt bir kişilik profili yahut özgün bir bilinçdışı çatışma ile açıklanamayacağını savunmuştur. Ancak Marty, alerjik rahatsızlıkları bu kuraldan ayrı, istisnai bir durum olarak açıklamaktadır. Alerjik hastaların; çatışmalı bir ilişki deneyimlemeyi zor bulduklarını, nesne ile olan sınırlarını nesne ile kaynaşacak kadar ortadan kaldırmaya çalıştıklarını ve nesneyi kalıcı bir misafire dönüştürme arzusunda olduklarını belirtmektedir (Marty, 1958; Jaeger, 2019). Nesne ile yakınlık girişimindeki bir başarısızlığın kendilik ve nesnenin açıkça farklılaşmadığı arkaik bir takılma düzeyine gerileme ile sonuçlanacağını ve bu durumun astım, egzama ve ürtiker gibi alerjik reaksiyonları tetikleyeceğini ifade etmektedir (Marty, 1958; Parman, 2005; Jaeger, 2019).

İlerleme ve Gerileme Devinimleri: Psikosomatik çalışmalarda tanımlanan gerileme, Freud'un gerilime kavramından farklılık göstermektedir. Freud için gerileme bir basamakta takılı kalmak iken burada bahsedilen gerileme libidinal eksik ve kayıplardır, ilerleme ise libidinal gelişmenin artması olarak açıklanmaktadır. Bu anlayışa göre, artan ruhsal çatışmalar ve dürtülerin azalan ruhsal çıkış kaynakları, somatik davranım ile sonuçlanmaktadır (Marty, 1998).

Zihinselleştirme: Psikanalitik psikosomatikçiler tarafından kullanılan anahtar kavramlardan biridir ve ruhsal aygıtın kullandığı tüm simgesel işlevleri

içermektedir. Bir kişinin temsil edebilme ve fantezileştirebilme kapasitesini ifade eder. Zihinselleştirme, temsillerin niteliği ve niceliği ile ilişkilidir. Ruhsal temsiller; öteki ile olan ilişkilerde, düşlemlerde, çağrışımlarda, düşüncelerde ve rüyalarda kullanılmaktadırlar. İnsanların maruz kaldığı iç ve dış uyarımlar sonucunda gerilim meydana gelmektedir. Gerilim ile ortaya çıkan enerji; zihinselleştirme yoluyla boşalamadığında, eylem yahut bedensel yol üzerinden boşalmaktadır (Marty, 1998; Parman, 2005).

Önbilinç: Marty'e göre önbilinç; kalınlığı, esnekliği ve kalıcılığı olmak üzere 3 nitelik üzerinden değerlendirilmelidir. Önbilincin esnek olması, bilinç ve bilinçdışı arasında bir kavşak rolü üstlenebilmesi açısından önemlidir. Önbilincin kalınlığı, şeylerin ve kelimelerin tasarımlarının zenginliği ile ilgilidir. Bu noktada, zihinselleştirme kalitesi için önemlidir. Önbilincin kalıcılığı ise ruhsal işleyişin düzenliliği açısından önemli görülmektedir (Marty, 1998; Parman, 2005; Smadja, 2011).

vii. Kendilik Psikolojisi

Kendilik psikologları benliği, deneyimin uyumlu bir bütünlük ve süreklilik sağladığı psikolojik bir yapı olarak tanımlamışlardır (Atwood ve Stolorow, 1984). Bazı araştırmacılar, Freud (1923) tarafından ortaya konulmuş olan benliğin her şeyden önce bedensel bir benlik olduğu fikrinden yola çıkarak beden deneyiminin, bu benlik algılarının etrafında gelişen bir çekirdek olduğunu ileri sürülmüştür (Bauman, 1981; Stern, 2018). Benlik deneyimi, stresli durumlarda gerileme ile beraber somatik olabilmektedir. Kohut (2009) en yoğun kaygı olarak tanımladığı benliğin parçalanma tehdidinin somatik tezahürleri olacağını savunmuştur. Hipokondriyak anksiyeteyi, algılanan psikolojik parçalanma ya da dağılma tehdidinin bir tezahürü olarak değerlendirmiştir (Rodin, 1991; Kohut, 2009).

viii. Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne ilişkileri kuramına göre kişinin ilk nesnesi ile kurduğu ilişki ve nesne ile kendiliğine dair oluşturduğu imgeler, yetişkinlikte ötekiler ile oluşacak ilişkilerde önemli bir rol oynamaktadır. Temelde bireyin ilk nesnesi ile kurduğu ilişkiye odaklanılmaktadır (Klein, 2011). Kuramın önemli temsilcileri (M. Klein, D. Fairbairn, D. Winnicott, E. Jacobson vb.) bulunmaktadır ancak bu çalışmada

somatizasyonu nesne ilişkileri üzerinden anlatırken Winnicott'un nesne ilişkileri modeli kullanılmıştır.

ix. Winnicott'ın Nesne İlişkileri Modeli

Winnicott'a göre başlangıçta kendilik bütüncül bir yapıda değildir. Bir çocuğun büyüdüğü ortam ve ilk nesne ile kurduğu ilişki, çocuğun kendilik bütünlüğünün gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Bunun için gerekli olan koşullar ise, kucaklayıcı bir çevre, annenin çocukla ilgili bütünleşmiş tasarımlarının oluşması ve annenin çocuğa eşduyumlu yanıtlar vermesidir (Winnicott, 1965).

Winnicott'ın "yeterince iyi anne" kavramı, destekleyici, eşduyum gösteren, çocuğun ihtiyaçlarını karşılayan ve narsisistik endişeler taşımayan bir nesneyi karşılamaktadır. Yeterince iyi anne sayesinde çocuk bireyselleşme, yalnız kalabilme ve hayal kırıklığına tahammül etme kapasitesi kazanmaktadır. Başlangıçta bebeğin tüm ihtiyaçlarını anında karşılayan yeterince iyi anne, çocukta tümgüçlü bir özne olduğuna dair bir yanılsama anının yaşanmasını sağlar (Winnicott, 1965; Tathan, 2014). Zamanla ihtiyaçların karşılanma süresi uzar ve yeterince iyi anne, çocuğun her ihtiyacı olduğunda hemen yanında olamaz. Böylece bebeğin gerçek kendiliğinin temelleri oluşmaya başlar. Bu süreçte gelişebilecek bir defekt yahut yeterince iyi anne ile kucaklayıcı bir çevrenin mevcut olmayışı, çocukta gerçek kendilik yerine sahte kendiliğin oluşması ile sonuçlanabilmektedir (Winnicott, 1965; Başçelik vd., 2022).

Winnicott (1965) gerçek kendilikte psikosomatik birliğin kurulabileceğini ancak sahte kendilikte bunun mümkün olmayacağından bahseder. Sahte kendilik geliştiren biri, duygularını ifade etmek yerine somatik belirtiler gösterebilmektedir. Yeterince iyi olmayan annelere sahip kişilerin çocuklarında somatizasyon bozukluklarına benzer bedensel şikayetler gelişebileceği ifade edilmektedir (Tathan, 2014).

d. Bağlanma teorisi

Bağlanma teorisi, bakım veren ile çocuğun erken dönem yaşantılarının sonraki kişilerarası ilişki örüntüleri ve algıları üzerindeki etkisine odaklanmaktadır (Payne ve Brooks, 2019). Kurama göre, erken çocukluk döneminde güvenli ve tatmin edici bağlar kurulmadığında yahut bu bağ defekt

olduğunda, yetişkinlik hayatında güvensiz bağlar ile fiziksel ve zihinsel bozukluklar meydana gelebilmektedir (Bowlby, 1969; Payne ve Brooks, 2019).

Yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma stillerinden korkulu bağlanma ve saplantılı bağlanma stilleri ile somatik şikayetler arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Wearden vd., 2005; Waldinger vd., 2006; Liu vd., 2011). Meredith ve arkadaşları (2008) güvensiz bağlanan insanların, ağrıyla baş edebileceklerine daha az inandıklarını ve fiziksel acılarını tehdit olarak yorumlama olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirtmektedirler.

Stuart ve Noyes (1999) olumsuz çocukluk deneyimlerinin güvensiz bağlanma stillerinin gelişmesi üzerinden somatizasyon eğilimi oluşmasında etkili olabileceği belirtmektedirler. Bununla beraber güvensiz bağlanan kişilerin, uyumsuz kişilik özelliklerinin ve bakım arama davranışlarının stresli durumlarda sağlık uzmanları ve aile üyeleri gibi önemli ötekilerle ilişkilerinde reddedilme yaşamalarına yol açabileceğini ifade etmektedirler. Bu durumun uyumsuz bakım arama davranışını daha da şiddetlendirebileceğini ve kısır bir döngü oluşturabileceğinden bahsetmektedirler. Yavuz vd. (2019) bağlanma kalitesi ile somatik semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulgulamaktadır. Tremblay ve Sullivan (2010), ergenlerde bağlanma stilleri ile ağrı şiddeti/depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında ağrıyı felaketleştirme ve bağlanma biçimlerinin ilişkili olduğunu göstermektedir.

e. Borderline kişilik örgütlenmesi ve somatizasyon gelişiminde ortak olgular dışsallaştırma

Borderline kişilik örgütlenmesi ve somatizasyon gelişiminde dışsallaştırmanın ortak bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Masterson (2005) kişilik bozukluğu olan ve/ya da bedensel aktarımı olan hastaların sorunlarının kaynağını ve çözümünü dışarıda arama eğiliminde olduğunu ifade etmektedir. Dolayısıyla terapiye geliş amaçları da çoğunlukla kendilerini değiştirmek yahut keşfetmek değildir. Sorunun dışsal olmadığına dair herhangi bir müdahale, yorum yahut yüzleştirme; hastanın öfkelenmesi, reddetmesi ve eyleme dökmesi ile sonuçlanabilmektedir. Başlangıçta farkındalıkları olmadığından, kendi gerçekliklerine uygun olmayan müdahalelere karşı kuvvetli bir direnç ortaya koymaktadırlar. Kendi doğrularını terapistle anlatmak için aşırı

uğraş göstermektedirler. Aktarımları kendilik üzerine düşünme olarak değil, eylem ile kendini göstermektedirler. Borderline hastaların özellikle reddedilmeye dair algılarının terapi sürecinde öfke ve eyleme dökme ile sonuçlandığı belirtilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022).

i. Sembolleştirme

Sembolleştirme, duyu organlarımızın işlediği ve algıladığımız her sembolün dönüştürülme süreci olarak açıklanmaktadır (Aragno, 1992). Üç tür sembol tanımlanmaktadır: gösterge, işaret ve gerçek sembol. Gerçek sembol oluşumunun, erken dönemdeki ayrılma- bireyleşme süreci ile başlayıp göstergeden işarete ve işaretten gerçek sembole doğru adım adım gerçekleştiği varsayılmaktadır (Aragno, 1992; Masterson, 2005). Gerçek semboller bir temsil ve düşünme aracıdır, ifade ettikleri kavramın birebir karşılığı değildir. Ancak gösterge ve işaretler belirttikleri şeyi tamamen karşılamaktadır. Göstergeler, olay ve hareketi bildirir, işaretler ise gösterir ve eylemi yönlendirir. Her ikisi de anlaktır ve duyulara bağlıdır. Gerçek sembolün oluşması için nesnenin kaybedilmesi yani ayrılık yaşanması gerekmektedir. Nesne, ancak ondan ayrılmanın sonucunda bellekte gerçek bir sembol ile temsil edilebilmektedir. Bu sürece dil aracılık etmekte ve yaşam boyu devam etmektedir (Aragno, 1992; Masterson, 2005).

Masterson (2005) karakter bozukluğu olanların parça nesne temsillerinin kaybı ile oluşacak depresyon ile yüzleşmemek için nesnenin parça temsillerinden vazgeçemediklerini dolayısıyla göstergeden sembole geçemediklerini ifade etmektedir. BKB gelişimini, ayrılma- bireyleşme dönemindeki defektler ile açıklayan araştırmacılar mevcuttur (Mahler vd., 1975; Masterson vd., 1975). Borderline hastaların kendilik ve nesne temsilleri, parça-kendilik temsili ve parça-nesne temsili olarak bölünmüş bir niteliktedir (Faraji ve Tezcan, 2022). Benzer bir şekilde ayrılma- bireyleşme dönemindeki zorlukların somatizasyon hastasında da gösterge ile sınırlı kalmaya yol açtığı ve gerçek sembole geçilemediği düşünülmektedir. Psikosomatik hastalar, işlemsel düşünce ile karakterizedirler. Dolayısıyla düşünceleri şimdi ve somut olanı barındırmaktadır ve duygulardan arındırılmıştır (Marty ve De Muzan, 1963). Freud'a (1915) göre, bedenselleştiren hastalar somut olanı yapmaya eğilim göstermektedirler ve sembolik bir anlayışa yatkın değildirler. İki durumda da zihinsel olarak

tanımlanamayan ve dil ile ifade edilemeyen duyguların, eyleme vurma ve bedenselleştirme ile tezahür edilebileceği düşünülmektedir.

ii. Örtük Bellek ve Travma

Terr (1991) çocukluk çağı travmasını; bir ya da birden fazla ani dış darbenin, çocuğu çaresiz kılarak geçmişte kullanılan sıradan başa çıkma mekanizmalarını ortadan kaldırdığı, birikimli olayların zihinsel bir sonucu olarak tanımlamaktadır.

Çocukluktan itibaren kullanılan süreğen savunma yöntemleri, zihin durumları halinde beyinde yer alarak karakter özelliklerine dönüşebilmektedir. Yaşam hem örtük hem de açık bellek etkisi ile şekillenebilmektedir. Erken dönemde yaşantılanan istismar ve ihmal başarılı bir şekilde çözümlenmediğinde, açık bellekte semantik ve epizodik olarak bütünleşip işlenememektedir. Böyle bir durumda açık bellekte yer alamamış örtük unsurlar, sembolik olarak anımsanamamaktadır. Bunun yerine travmayı tetikleyen yahut çağrıştıran durumlar, özneye şimdiki zamanda, geçmişteki travmatik deneyimi şu an yaşıyormuş duygusunu vermektedir (Siegel, 1999; Masterson, 2005).

Travmaların örtük unsurları, bireyin farkındalığı dışında yaşamını etkileyebilmektedir. Kişilerarası ilişkiler ve bireysel deneyimler bu örtük unsurların etkisinde şekillenmeye devam edebilmektedir. Örtük belleğin beyindeki duygusal uyaran işlevinin, geçmişteki acı veren deneyimlerin şu anki ilişkilere de tezahür etmesine yol açtığı düşünülmektedir (Masterson, 2005). BKB etiolojisinde önemli bir risk faktörü olarak görülen çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlik dönemindeki travmatize edici deneyimler arasında reddedilme duyarlılığının aracı bir rolü olabileceği belirtilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022). Erken dönem travmalarının örtük unsurlarının, BKÖ'ye sahip kişiyi yetişkinlikteki ilişkilerinde reddedilmeye dair ipuçlarına karşı duyarlı hale getirebileceği düşünülmektedir. Kişilerarası bağlamda travmayı çağrıştıran durumlarda, tekrar aynı acı verici deneyimi yaşayabilecekleri ve şiddetli tepkiler verebilecekleri tahmin edilmektedir. Benzer bir şekilde çocukluk çağı travmaları somatizasyon için de bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. İhmal ve istismar yaşantıları, negatif duyguların düzenlenmesinde ve işlenmesinde zorluklar oluşturabilmektedir (Fonagy ve Allison, 2012). Somatizasyon hastalarının

geçmişteki travmatik deneyimlerde, olumsuz duygularla işlevsel bir şekilde baş edemeyip duygularını sembolize edemedikleri ve bedenselleştirdikleri düşünülmektedir. Borderline hastada olduğu gibi somatizasyon hastasında da travmanın işlenmemiş örtük unsurlarının yetişkinlikte erken dönem travmalarını çağrıştıran durumlarda farkında olmadan aynı acının tekrar yaşanmasına ve kişinin daha önce kullandığı bedenselleştirme savunmasını tekrar kullanmasına yol açacağı tahmin edilmektedir.

iii. Bağlanma ve Zihinselleştirme

Sağlıklı bir kendilik oluşumu için çocuğun büyüdüğü çevrede anlayışlı, olgun ve uyum sağlayıcı zihinlerle etkileşim halinde olması önemlidir. Çocuk kendi davranış, duygu ve düşüncelerine çevresindekilerin verdiği uygun tepkiler yoluyla sağlıklı bir kendilik oluşturabilmektedir (Fonagy vd., 2002; Masterson, 2005).

Bağlanma araştırmacıları kendiliğin diğer zihinlerle uygun etkileşiminin gelişiminde beş farklı öznelik düzeyi belirtmektedirler. Bunlar sırasıyla: fiziksel, sosyal, teleolojik, amaçsal ve temsili düzeylerdir. Fiziksel evrede, eylemlerin iki yönlü nedensel ilişkileri bulunmaktadır. Özne hem nedensel enerji kaynaklarına sahip kişilerle etkileşim halindedir hem de kendisi de nedensel enerji kaynaklarına sahiptir (Fonagy vd.,2002; Masterson, 2005). Fonagy vd. (2002) bu evrede bebeğin çevresindeki fiziksel değişikliklere yol açan eylemlerin bir faili, sosyal evrede ise bakım verenleri ile olan etkileşiminde onlar üzerinde oluşturduğu tepkilerin bir faili olarak görülmesi ve çevreden bir miktar onay alması gerektiğini ifade etmektedir.

Bebekler yaklaşık olarak 8-9 aylıkken Teleolojik dönem olarak adlandırılan evreye geçmektedirler. Bu evrede benlik çevresel engeller ve kısıtlamalar arasından alternatif seçimler yapabilmektedir. Amaçsal düzeyde benlik, eylemlerine arzuları doğrultusunda yön verebildiğini ve eylemlere kasıtlı zihinsel durumların yol açabildiğini görmeye başlamaktadır. Benlik artık kendini kasıtlı bir fail olarak yorumlamaktadır (Fonagy vd., 2002).

Yaklaşık 3-4 ve 5 yaşlarına denk gelen temsili evrede, çocuk kasıtlı eylemlerine arzu ve inançların neden olduğunu anlamaya başlamaktadır. Masterson (2005) 3 yaşındaki normal bir çocuğun ruhsal denklik döneminde

olduğunu ve ruhsal gerçekliğinin iki yönlü bir nitelik taşıdığını ifade etmektedir. Çocuk, bu dönemde hayal ve gerçekler arasında bir ayrım yapabilmekte ve taklit ile rol yapmayı kavrayabilmektedir. Ancak fikirler her zaman temsili nitelikte bir taklit olarak algılanmamakta, bazen de gerçekliğin bir kopyası olarak değerlendirilmektedir (Fonagy vd., 2002). Bu dönemde taklit oyunları, çocukta henüz fikir ve duyguların temsili özelliğini kavrama yetisi gelişmediğinden gerçekmiş gibi algılanabilmektedir. Dolayısıyla temsili bir kavrama için bakım verenin gerçeklikle çocuğun zihni arasında uygun bir çerçeve yaratması gerekmektedir (Fonagy vd., 2002; Masterson, 2005).

Winnicott (1971), yaşamın ilk yıllarında dış ve iç gerçekliğin ayrımından doğan gerilim ile başa çıkmanın yolu olarak bir ara deneyim alanından bahsetmektedir. Bu alanı çocuğun oyun alanı ile ilişkilendirmekte ve yeterince iyi anne ile kucaklayıcı çevrenin bu noktada kritik bir rol oynadığını belirtmektedir. Başlangıçta anne, çocuğun ihtiyaç ve davranışlarına eşduyumlu yanıtlar verdiğinde çocukta her isteğinin gerçekleştiğine ve her ihtiyacının karşılandığına dair bir tümgüçlülük yanılması meydana gelmektedir. Bu yanılma sayesinde çocukta, gerçeklikte yaşanabilecek güçlüklerle karşı güçlü bir özgüven duygusunun temeli oluşmaktadır. Ancak zamanla çocuğun anneye eskisi kadar ihtiyacı kalmamaktadır (Winnicott, 1965; Winnicott, 1971). Bu noktada yeterince iyi anne, çocuktan yavaşça uzaklaşmakta ve ilgisini azaltmaktadır. Bu aynı zamanda anneden ayrılma ve bireyleşme anlamına da gelmektedir ve Mahler'in kavramları ile benzerlik göstermektedir. Nitekim Mahler (1975) de Winnicott (1971) ile benzer şekilde annenin, çocuğun dış gerçeklik ile ilişkisinde bir ara bellek rolü üstlendiğini ve çocuğa yol gösterdiğini ifade etmektedir. Mahler'in ayrılma bireyleşme evresi, çocukta ruhsal denkleğin geliştiği 3 yaş ile örtüşmektedir (Masterson, 2005). Çocuk bu dönemde ilk nesneden ayrılarak kendilik tasarımı geliştirmeye başlamaktadır. Ancak ilk nesnenin tutarsız, hayal kırıklığı yaratan yahut ulaşılamaz bir nitelikte olması, çocukta tümgüçlülüğün aniden ve acı verici bir şekilde yıkılmasına yol açabilmektedir. Böyle bir durumda çocuk nesne ve kendilik temsillerini bütünleştirmede zorluk yaşamaktadır (Mahler, 1975; Faraji ve Tezcan, 2022). Mahler (1975) nesne imgelerini bütünleştirmede güçlük yaşayan çocuğun iyi nesneyi kötü nesneden korumak adına onları ayırdığını ve bunun da ileride borderline kişilik özellikleri

gelişimi ile sonuçlanabileceğini ifade etmektedir. Bu bağlamda BKB geliştiren kişilerin, temsili kavrama yetisini kazanabilecekleri bir ortam ve bakım verene sahip olmadıkları düşünülmektedir. Dolayısıyla yetişkinlikte düşüncelerinin gerçekliği yansıttığına inanabilecekleri ve kendi arzu ve inançlarının eylemleri üzerindeki rolünü kavramakta güçlük yaşayabilecekleri tahmin edilmektedir.

Winnicott'a (1971) göre yeterince iyi anne, kendisinin yokluğu ile baş edebilmesi için çocuğun fantezi ve oyuna yönelmesine yardımcı olacak bir ara deneyim bölgesi sağlamaktadır. Bu bölge, kişinin yaşamı boyunca sanat, din ve felsefe gibi alanlarda ve düşlemsel yeti ile yaratıcılık gerektiren durumlarda varlığını sürdürmektedir. Ara deneyim bölgesinin eksikliğinde, kişinin düşüncelerinin düşlemsel ve yaratıcı yönden yoksun olabileceği ve fikir ve duyguların temsili özelliğini kavrama yetisini kazanamayabileceği düşünülmektedir.

Temsili dönemi başarıyla atlatan çocuk, kasıtlı zihinsel durumların (arzu, kanı, inançlar) sebep olduğu eylemlerin "temsili faili" olarak bir benlik anlayışı gösterebilmektedir. Böylelikle deneyimlerinin anılarını tutarlı bir nedensel-zamansal organizasyon içinde ilişkilendirmeye yönelik temsil kapasitesine sahip olmaktadır (Fonagy vd., 2002). Çocuk artık kendi fikir ve inançlarının gerçek olmak zorunda olmadığını fark edebilmektedir. Bu evrenin tamamlanması, gerçek ya da otobiyografik kendiliğin oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Dolayısıyla kendilik ve nesne temsillerinin bütüncül bir nitelik kazanmasına öncülük etmektedir (Masterson, 2005).

Kendi içsel dünyasıyla meşgul olduğundan çocuk ile eşduyumlu bir etkileşime ruhsal kaynağı kalmayan ebeveynler; çocuğun duygu, düşünce ve davranışlarına uygun yanıtlar verememektedirler. Kronik bir şekilde devam eden bu etkileşim biçimi, çocukta kararsız bir kendilik oluşumuna ve sonraki yıllardaki ilişkilerinde erken dönemde elde edemediği tepkilerin telafisi için aşırı uğraşa yol açabilmektedir. (Masterson, 2005). Uzun süreli kötü muamelenin, duygusal olarak önemli ilişkilerde mükemmele yakın tepki beklentisini doğurabileceği belirtilmektedir (Fonagy vd., 2002). Birey, yetişkin ilişkilerinde, önemli ötekinin tepkilerinde kendi arzuladığını göremediğinde örtük travmatik unsurlar aktivite olmakta ve şiddetli tepkiler ortaya çıkabilmektedir. İstenilen tepki olumsuz bir tepki ve beklenmeksizin gelen tepki olumlu bir tepki olsa dahi, birey ötekinin

zihni olan bağımsızlığının travmatik acısına ve ruhsal denklik durumuna gerilemektedir. Dolayısıyla önemli öteki, geçmişteki travmatik deneyimlerin de bir sorumlusu haline gelmektedir (Masterson, 2005).

iv. Anne

Anne kavramı, biyolojik temelde bir çocuğu doğuran kişiyi ifade etse de esas olarak içerisinde birçok niteliği barındırmaktadır. Bir baba, üvey anne yahut büyük anne de annelik rolünü üstlenebilmektedir. İyi anne, şefkatli, besleyici ve koruyucu bir tutum üstlenen herhangi bir yetişkine atıfta bulunabilir (Cori, 2017).

İçsel ve muğlak olanın varlığının farkına varma, onu kavrama ve anlamlandırma süreci çocuğun zihinsel durumları ve gerçek kendiliğine eşduyumlu bir annenin varlığı ile ilişkilendirilmektedir (Masterson, 2005). Çocuk bir başkası tarafından tanınarak kendini tanımaya başlamaktadır. Mahler (1968) annenin çocuğun sözel olmayan ihtiyaçlarını tanınması ve çocuk ile işaretleşme yolunu kullanarak aynalayıcı referans çerçevesi sağlamasının çocuğun ilkel kendiliğini düzenlemesini sağladığını belirtmektedir. Bununla beraber gelişecek olan anne ve çocuk arasındaki iletişimsel örtüşme, çocukta özerklik duygusunun oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Mahler, 1968; Faraji ve Tezcan, 2022). Fonagy (2001) bu tanıma sürecini “zihninin farkına zihnimdeki zihin ile varması” olarak açıklamaktadır. Çocuğun kendi deneyimleri, bakım verenin uyumlu yankılarında yansıtılmaya devam ettikçe, çocuk için gerçek kendilik ortaya çıkmakta ve sağlamlaşmaktadır (Masterson, 2005). Çocuk gerçek kendiliğini aynı zamanda yalnız kaldığı zamanlarda da keşfetmektedir. Bu yüzden annenin çocuğun yalnız kalma ihtiyacına da uyum sağlaması gerekmektedir (Winnicott, 1971). Anne ile çocuk arasındaki bu uyumlu etkileşim, doğal olarak aksamalar yaşayacaktır. Ancak aksaklığın tekrar tekrar onarılması, bir anlamda annenin çocuğa “sana sinirlendiğim için gidersem geri döneceğim” mesajını vermesi çocukta içsel bir onarımın temelini oluşturacaktır (Masterson, 2005).

Canlının kendini iç ve dış uyaranlara karşı korumasını sağlayan işlev, uyarım kalkanı olarak adlandırılmaktadır (Freud, 1923). Yaşamın erken dönemlerinde uyarım- kalkanları henüz mevcut olmadığından yahut yeterince gelişmediğinden, annenin çocuğun hem ihtiyaçlarını karşılaması hem de bebeği iç ve dış uyarımlara karşı koruması gerekmektedir. Anne, uyarım kalkanlarının

rolünü üstlenebilmelidir. Bunun olabilmesi için elbette annenin uyarım kalkanlarının da işlevsel ve kullanılabilir olması gerekmektedir. Anne kendi uyarım kalkanlarını çocuk için kullanamadığında, aşırı uyarılmış çocuk kendisini yatıştırılmamakta ve boşaltımı beden üzerinden gerçekleştirebilmektedir. Öte yandan annesel eksiklik de çocuğun kendi kendisini uyarmasına yol açarak bedensel belirtiler ortaya çıkarabilmektedir (Parman, 2005).

v. Beden ve Dokunuş

Freud (1923) beden yüzeyini, herhangi bir nesne olarak görülmesine rağmen, dokunma vasıtasıyla iç ve dış olmak üzere iki farklı duyumun algılandığı yer olarak tanımlamaktadır. Benliğin doğuşunu bedene bağlı olan altbenlik ile açıklayan Freud (1923) Ben ve İd adlı eserinde, “Ben, her şeyden önce bedenseldir; yalnızca bir yüzey varlığı değil, bir yüzeyin yansıtılmasıdır da.” ifadesi ile bu görüşünü açık bir şekilde belirtmektedir. Benlik, ruhsal aygıtın görünümünü temsil etmesinin yanında, beden yüzeyinde oluşan duyuların ruhsal bir yansıması olarak da görülebilmektedir (Baudin, 2005).

Beden ile olan ilişkiyi tanımlamak, değerli bir benlik algısı gelişimi ve gerçeklik hissinin oluşması için öncelikle bedene sevecen ve besleyici dokunuşların sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Yaşamın ilk yıllarında yeterli düzeyde dokunulmayan kişiler, kendi bedenlerine yabancılaşabilmektedirler. Dokunuşun ihmal edilmesi, aşırı bedensel uyarılma yahut taciz gibi kötü niyetli bedensel temaslar, dissosiyasyona yol açabilmektedir (Cori, 2017).

Dissosiyasyon, kişinin kendisini güvenilir bir bedende hissetmesi ile yakından ilişkilidir. Çocuğun ihtiyacı olan dokunuşların sağlanması gerçeklik hissini güçlendirirken, bunların eksikliği, bedenden ruhsal bir ayrılmayı yahut bedende bir hapsolmuşlük hissini yaratabilmektedir. Kendi bedeninde hapsolme hissi, daha sonra bedene gelebilecek herhangi normal bir dokunuşun dahi bir tehlike olarak görülmesi ya da dokunulmaya karşı duyarsızlık gibi temas savunmacılığı belirtileri ile sonuçlanabilmektedir (Cori, 2017).

Zihinsel yetilerin gelişiminin, bedenin duyuları ve ötekinin varlığı olmak üzere iki temel boyuta bağlı olduğu belirtilmektedir. İnsan yavrusu, doğduğu ilk anda yalnızca fetal yaşamdan getirilen algı kayıtlarına sahiptir. Daha sonraki tüm zihinsel yapılanmaların bu duyular temelinde geliştiği ifade edilmektedir

(Kayaalp, 2005). BKB ve somatizasyonun temelindeki zihinselleştirme problemlerinin, yaşamın ilk yıllarında paylaşılan bedensel sorunlar olduğu düşünülmektedir.

C. Reddedilme Duyarlılığı

Reddedilme duyarlılığı, olası bir reddedilmeye dair endişeli bekleme, reddedilmeyi kolayca algılama ve reddedilmeye karşı aşırı tepki verme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Downey ve Feldman, 1996). İnsanların genellikle ait olmak ve dışlanmamak gibi çeşitli motivasyonlarla olası reddedilme belirtilerini algılamaya ve buna uygun bir şekilde yanıt vermeye hazır olduğu belirtilmektedir (Baumeister ve Leary, 1995). Ancak reddedilme duyarlılığı olan kişiler, reddedilmeye karşı uyumsuz duygu, düşünce ve davranışları içeren yanıtlar vermektedirler (Downey ve Feldman, 1996).

1. Reddedilme Duyarlılığı Modeli

Reddedilme duyarlılığı modeli (RDM), insanların sosyal kabul ihtiyacının reddedilmekten kaçınmaya yol açtığı ve erken dönem kabul/red deneyimlerinin gelecekteki kabul/red beklentilerini oluşturduğu varsayımlarına dayanmaktadır (Romero-Canyas vd., 2010).

Downey ve Feldman (1996), reddedilme duyarlılığını bir bilişsel-duygusal işleme eğilimi olarak kavramsallaştırmakta ve erken dönemdeki akut ya da süregelen reddedilme deneyimlerinin, kişi tarafından içselleştirilerek, yetişkinlikteki kişilerarası güçlüklerin kaynağı olan reddedilme duyarlılığına yol açabileceğini öne sürmektedirler. RDM'ye göre ebeveynler, akranlar ve önemli ötekiler tarafından maruz kalınan reddedilme, yetişkin bireyin yakın ilişkilerinde reddedilme beklentisi ve reddedilmekten kaçınmaya aşırı yatırımı ile sonuçlanmaktadır (McLachlan vd., 2010). İhmal ve istismar gibi reddedilme yaşantılarını deneyimleyen çocuk, reddedici ortamlarda her an tetikte olması gerektiğine dair bir inanç geliştirebilmekte ve bir savunma biçimi olarak reddedilmeye yönelik ipuçlarına karşı aşırı uyanık ve tetikte olabilmektedir (Romero-Canyas vd., 2010; McLachlan vd., 2010). Ancak bu strateji, ayırım gözetmeksizin en ufak bir reddedilme tehdidine karşı yapılması ve kişinin diğer

hedeflerini baltalaması yönünden uyumsuz bir baş etme mekanizması olarak nitelendirilmektedir (Romero-Canyas vd., 2010; Feinstein, 2020).

RDM'ye göre reddedilme duyarlılığı olan kişiler, herhangi bir reddedilme belirtisine dair yoğun bir kaygı ile beklenti halindedir. Bu yüksek uyarılma hali, mevcut durumun ve ötekinin reddedici algılanmasına ve uyumsuz baş etme stratejilerinin kullanımına yol açmaktadır. Algılanan reddedilme yoğun öfke ile beraber aşırı tepkiyi doğurmaktadır. Bu saldırganlık hali ötekinden gelen gerçek bir reddedilme ile sonuçlanabilmekte ve kendini gerçekleştiren kehanet söz konusu olabilmektedir. Böylelikle reddedilme duyarlılığı olan kişinin korkuları bu olaylarla pekişebilmekte ve reddilmeye dair endişeleri yoğunluk kazanabilmektedir (Downey ve Feldman, 1998).

Reddedilme Duyarlılığı, aynı zamanda bir savunma motivasyonel sistemi olarak görülmektedir (Downey vd., 2004). Downey vd. (2004) savunma motivasyonel sisteminin, yüksek reddedilme duyarlılığı olan kişilerde otomatik olarak aktivite olduğunu öne sürmektedir. Bu durum, kişinin sosyal bir tehditle ilgili ipuçlarının izlemesine ve tespit etmesine yardımcı olmakta ve olası tehdiye karşı acil tepki vermesini sağlamaktadır. Mevcut reddedilme ipuçlarının, kişinin ani savunma tepkilerini harekete geçireceği ve bu amaçla kendini gelecekteki reddedilmeye karşı koruma amacıyla bir duyarlılık geliştireceği varsayılmaktadır (Downey vd., 2004; Romero-Canyas vd., 2010).

2. Reddedilme Duyarlılığı ve İlişkili Bozukluklar

Çocukluk döneminde reddedilme yaşantıları gibi olumsuz deneyimlerin sonraki dönemlerde gelişen psikopatolojiler üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Gao vd., 2017). Reddedilme duyarlılığının, bireyin erken dönem reddedilme, ihmal ya da istismar gibi olumsuz deneyimlerinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir (Ayduk ve Gyurak, 2008). Feldman ve Downey (1994) çocuklukta ebeveynleri tarafından şiddete maruz kalan yetişkinlerin maruz kalmayanlara göre daha yüksek reddedilme duyarlılığı bildirdiği ve reddedilme duyarlılığı yüksek olanların daha fazla güvensiz bağlanma stilleri geliştirdiğini göstermektedirler.

Reddedilme duyarlılığı ile psikolojik sorunların ilişkili olduğu düşünülmektedir (Gao vd., 2017). Downey vd. (1998) reddedilmeyi öfke ile

bekleyen çocukların, bir akranı tarafından reddedildikten sonra sıkıntı artışı gösterdiklerine dair deneysel bulgular sunmaktadır. Aynı çalışmada reddedilmeye duyarlı çocukların daha agresif davrandıklarını ve ilerleyen süreçte kişiler arası zorluklarda artış gösterdikleri bulgulanmaktadır.

Reddedilme duyarlılığındaki savunmacı motivasyonel sistemin depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları gibi bozuklukların oluşumunda etkili olabileceği belirtilmektedir (Gao vd., 2017). Yapılan çalışmalar reddedilme duyarlılığı ile depresif bozukluklar (Pegg vd., 2021), beden dismorfik bozukluğu (Webb vd., 2015), kaygı bozukluğu (Feldman ve Downey, 1994; Thomas ve Bowker, 2015) ve borderline kişilik bozukluğu (Foxhall vd., 2019; Cavicchioli ve Maffei, 2020) arasında bir ilişki olduğunu bulgulanmaktadır. Ayrıca reddedilme duyarlılığı ile narsistik kişilik bozukluğu ve çekingen kişilik bozukluğu da ilişkilendirilmektedir (Poggi vd., 2019).

3. Borderline Kişilik Bozukluğunda Reddedilme Duyarlılığı

DSM-5'teki BKB tanı kriterlerinden biri olan gerçek yahut hayali bir terk edilmeye karşı endişe duymak, bir reddedilme korkusu olarak değerlendirilebilmektedir (APA, 2013; Staebler vd., 2011). Reddedilme duyarlılığı ile BKB gelişimindeki risk faktörlerinin benzerlik gösterdiği belirtilmektedir (Staebler vd., 2011; Foxhall vd., 2019). Her ikisi de çocukluk dönemindeki geçersiz kılan ortam (duygu, düşünce ve davranışlara uygun yanıtlar ve onay verilmeyen bağlam), erken reddedilme deneyimleri, çocukluk çağı travmaları, istismarcı ve reddeden aile ortamları ve güvensiz bağlanma stilleri ile ilişkilendirilmektedir (Feldman ve Downey, 1994; Zanarini, 2005; Foxhall vd., 2019; Set, 2020). Ayrıca reddedilme duyarlılığının borderline kişilik bozukluğu için bir risk faktörü olabileceği de belirtilmektedir (Chesin vd., 2015).

Borderline hastaların reddedilme belirtileri ile uyumlu bir şekilde başa çıkabilecek güçlü bir egolarının olmadığı belirtilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022). Olası yahut mevcut reddedilme durumuna karşı aşırı tepki verebilmekte ve yoğun duygular hissedebilmektedirler. Ancak bu tepkiler farklılık gösterebilmektedir. Örneğin kişi ötekine karşı aşırı öfke ile saldırganca bir tutum sergileyebilirken kimi zaman ise bu öfke ve saldırganlık kendisine yöneldiğinde,

reddedilmeyi hak ettiğini ve değersiz biri olduğunu düşünebilmekte ve kendine zarar verebilmektedir (Gunderson ve Links, 2008).

BKB'ye sahip olan bireyler kişilerarası ilişkilerinde reddedilme deneyimlerini sık yaşadıklarını düşünmektedirler (Rosenbach ve Renneberg, 2014; Foxhall vd., 2019). Günlük hayattaki bir gecikme yahut randevu iptali gibi en ufak bir olayı, reddedilme biçimleri olarak yorumlayabilmekte ve ötekinin kendisini değersizleştiren ve onaylamayan bir tutum sergilediğini düşünebilmektedirler (Staebler vd., 2011). Bu işlevsel olmayan inançlar; bilişsel perspektiften borderline hastaların “Ben doğuştan kabul edilemez biriyim” ve “Dünya tehlikeler ve kötü niyetlerle doludur” temel varsayımları ile karakterize olan düşünceleriyle, (Bhar vd., 2008) şema teorisi çerçevesinde ise borderline hastalarda gözlemlenen incinmiş çocuk modu ile (Arntz ve Genderen, 2021) açıklanabilmektedir. Kaygı ve korkunun baskın olduğu bu modda kişi genel olarak dışlanmış, yetersiz ve onaylanmamış hissetmektedir (Başçelik vd., 2022).

Borderline hastalar, reddedilme kaygısı ile başa çıkabilmek için kendilerini diğer insanlardan izole etme, alkol/madde kullanma, kendilerine zarar verme, bedenselleştirme ve cinsel ilişkilerde işlevsel sınırlar koyamama gibi uyumsuz stratejiler kullanabilmektedirler (Gunderson ve Links, 2008; Faraji ve Tezcan, 2022).

III. YÖNTEM

A. Araştırmanın Modeli

Araştırma, ilişkisel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin Türkçe uyarlaması ile güvenirlik ve geçerlik çalışmalarını yapan kişilerden gerekli izinler ve ölçek bilgileri alınmıştır. Ardından İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından etik kurul onayının (20.10.2022 tarihli ve 2022/18 sayılı karar) alınmasıyla beraber araştırmaya başlanmıştır. Ölçekler yönergeleri ve bilgilendirme formuyla birlikte çalışmaya gönüllü olarak katılan kişilere elden ve online platformlardan olmak üzere iki şekilde iletilmiştir. Katılımcılardan herhangi bir kimlik bilgisi alınmamıştır. Ölçeklerin doldurulması ortalama 20 dakika sürmüştür. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 25 programı ile analiz edilmiştir.

B. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evreni Türkiye’de yaşayan 18 yaş üstü bireylerden oluşurken, örnekleme ise araştırmacının basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle belirlediği, 2023 yılında Türkiye’de yaşayan ve çalışmaya gönüllü destek sağlayan 18- 45 yaş arası toplam 430 katılımcıdan oluşmaktadır. Toplam katılım sağlayan 471 katılımcı arasından 41 kişi analize dahil edilmemiştir. Dışlama kriteri, ruh sağlığı bozukluğu tanısı almış olmalarıdır.

C. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, çalışmanın amaçları doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık geliri, medeni durumu ve ruhsal bir tanısının olup olmadığını sorgulamayı amaç edinen maddeleri içermektedir.

2. Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ)

Borderline Kişilik Ölçeği, borderline kişilik özelliklerini öz bildirim dayalı olarak değerlendirme amacıyla Poreh ve diğerleri (2006) tarafından geliştirilmiştir. Borderline kişilik ölçeği; dürtüsellik, duygulanımda kararsızlık, terk edilme, ilişkiler, kendilik imgesi, intihar/kendini yaralama davranışı, boşluk duygusu, yoğun öfke ve psikoz benzeri durumlar olmak üzere 9 alt boyut ve 80 maddeden oluşmaktadır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach Alpha katsayıları dürtüsellik boyutu için 0.53, duygulanımda kararsızlık boyutu için 0.68, terk edilme boyutu için 0.46, ilişkiler boyutu için 0.65, kendilik imgesi boyutu için 0.65, intihar/ kendini yaralama davranışı boyutu için 0.68, boşluk duygusu boyutu için 0.63, yoğun öfke boyutu için 0.81 ve psikoz benzeri durumlar boyutu için 0.65, toplam puan için 0.89 olarak saptanmıştır (Ceylan, 2017). Bu çalışma için iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alpha katsayısı toplam puan için .91, dürtüsellik için .61, duygulanımda kararsızlık için .72, terk edilme için .62, ilişkiler için .74, kendilik imgesi için .71, intihar kendini yaralama davranışı için .64, boşluk duygusu için .72, yoğun öfke için .80, psikoz benzeri durumlar için .69 olarak saptanmıştır.

3. Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği (SDÇÖ)

Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği, somatizasyonun sıklığını, şiddetini ve somatizasyon deneyimlenirken oluşan duyguları ölçme amacıyla Borckardt ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilmiştir. 42 somatik belirtinin yer aldığı ölçekte, maddelerden ikisi sadece erkekler (20 ve 32. maddeler) ve sadece kadınlar (37 ve 40. maddeler) içindir. Bu somatik şikâyetler, baş ağrısı, ishal, mide ağrısı ya da sancısı, iştah problemleri ve uykuda zorluk gibi semptomlardan oluşmaktadır. Ölçekte katılımcılardan her bir semptom için 5'li likert ölçeğinde (0-4) semptom görülme sıklığını (A Sütunu; 0=bu problemi hiç yaşamadım, 4=ayda dört kereden fazla) semptomun görülme şiddetini (B Sütunu; 0=hiçbir zaman problem olmuyor, 4=hayatımda büyük olumsuz etkileri var) ve somatik şikâyet esnasında oluşan duyguları (C sütunu; stresli, depresif, sinirli vb. 0 ya da 1) belirtmeleri istenmektedir. Ölçeğin araştırma için kullanılan Türkçe versiyonunun tüm alt ölçekler için Cronbach Alfa katsayılarının .82 ila .90 arasında değiştiği belirtilmektedir (Bilge ve Tütüncü, 2020). Bu araştırma

kapsamında, iç tutarlılık katsayısı olarak adlandırılan Cronbach Alpha katsayısı Sıklık için .93, Şiddet için .94, Duygusal Durum için.97 olarak tespit edilmiştir.

4. Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği (RDÖ)

Bireylerin reddedilme duyarlılığı düzeylerini belirlemek için Downey ve Feldman (1996) tarafından geliştirilen RDÖ, tek faktörlü bir ölçek olup 18 maddeden oluşmaktadır. Erözkan (2004) tarafından ölçeğin Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Ölçekte yer alan 18 madde, bireylerin kişilerarası ilişkilerde, reddedilme karşısında yaşadıkları kaygıyı ve reddedilmeye dair beklentisini ölçmeye yöneliktir. Ölçekte hiçbir ters madde bulunmamaktadır ve 6'lı likert tipi bir ölçektir. Katılımcılardan ölçekte varsayıma dayalı olarak verilen olaylara “beni hiç endişelendirmez (1)” ile “beni çok endişelendirir (6)” puan aralıklarıyla her bir olayın sonucunu değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçekten toplam alınabilecek puan 18-108 aralığındadır. Ölçeğin dilimize uyarlanmış halinin genel güvenilirlik katsayısının 0.81 olduğu belirtilmektedir (Erözkan, 2004). Bu çalışma için iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alpha katsayısı, reddedilme duyarlılığı ölçeği için .90 olarak saptanmıştır.

D. Veri Analiz Teknikleri

Tüm veriye ilişkin analizler SPSS 25 kullanılarak yapılmıştır. Ölçüm araçları arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon analiz, demografik değişkenlere göre ölçek puanlarını kıyaslamak için Bağımsız Gruplar t-testi ve ANOVA, aracı rol analizi için Process Macro 3.5 kullanılmıştır. Son olarak, bu araştırma için güven aralığı %95, p değeri 0.05 olarak referans alınmıştır.

IV. BULGULAR

Çizelge 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	309	71.9
	Erkek	121	28.1
	Toplam	430	100.0
Medeni Durumu	Bekar	408	94.9
	Evli	22	5.1
	Toplam	430	100.0
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	32	7.4
	Ortaöğretim	294	68.4
	Lisans	80	18.6
	Lisansüstü	24	5.6
	Toplam	430	100.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	86	20.0
	Çalışmıyor	344	80.0
	Toplam	430	100.0
Aylık Geliri	Düşük	79	18.4
	Orta	304	70.7
	Yüksek	47	10.9
	Toplam	430	100.0
Psikiyatrik Bozukluk	Yok	430	100.0

Katılımcıların %71,9'u kadın, %28,1'i erkek, %94,9'u bekar, %5,1'i evlidir. %7,4'ü ilköğretim, %68,4'ü ortaöğretim, %18,6'sı lisans, %5,6'sı lisansüstü mezunudur. %20'si çalışıyor, %80'i çalışmıyor. %18,4'ünün aylık geliri düşük, %70,7'sinin orta, %10,9'unun yüksektir. %100'ünün bilinen ruhsal bir rahatsızlığı yoktur.

Çizelge 2. Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı Değerler

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Yaş	430	18	45	21.60	3.60

Katılımcıların yaşlarının ortalaması ($\bar{X}=21.60$, $SS=3.60$), en küçük yaş 18, en büyük yaş 45'tir.

Çizelge 3. Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Tanımlayıcı Değerleri

	n	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Borderline Kişilik Ölçeği	430	1	58	24.36	12.09
Dürtüsellik	430	0	7	1.51	1.59
Duygulanımda Kararsızlık	430	0	10	4.37	2.46
Terk Edilme	430	0	10	2.67	1.92
İlişkiler	430	0	8	3.03	2.28
Kendilik İmgesi	430	0	9	1.71	1.92
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	430	0	6	1.23	1.35
Boşluk Duygusu	430	0	10	3.50	2.42
Yoğun Öfke	430	0	10	3.89	2.80
Psikoz Benzeri Durumlar	430	0	7	2.43	1.92
Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği	430	18	108	43.30	17.32
Somatizasyonun Sıklığı	430	0	113	35.82	24.54
Somatizasyonun Şiddeti	430	0	121	29.17	24.73
Somatizasyonun Duygusal Durumu	430	0	42	14.55	13.40

Borderline Kişilik Ölçeği ortalaması ($\bar{X}=24,36$ SS=12,09), Dürtüsellik ortalaması ($\bar{X}=1,51$ SS=1,59), Duygulanımda Kararsızlık ortalaması ($\bar{X}=4,37$ SS=2,46), Terk Edilme ortalaması ($\bar{X}=2,67$ SS=1,92), İlişkiler ortalaması ($\bar{X}=3,03$ SS=2,28), Kendilik İmgesi ortalaması ($\bar{X}=1,71$ SS=1,92), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ortalaması ($\bar{X}=1,23$ SS=1,35), Boşluk Duygusu ortalaması ($\bar{X}=3,50$ SS=2,42), Yoğun Öfke ortalaması ($\bar{X}=3,89$ SS=2,80), Psikoz Benzeri Durumlar ortalaması ($\bar{X}=2,43$ SS=1,92), Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ortalaması ($\bar{X}=43,30$ SS=17,32), Sıklık ortalaması ($\bar{X}=35,82$ SS=24,54), Şiddet ortalaması ($\bar{X}=29,17$ SS=24,73), Duygusal Durum ortalaması ($\bar{X}=14,55$ SS=13,40) ‘dır.

A. Korelasyon Analizi

Bu bölümde değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bulgulara ilişkin sonuçlar Çizelge 4’te verilmiştir.

Çizelge 4. Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1-Borderline Kişilik Ölçeği	1													
2-Dürtüsellik	.365**	1												
3-Duygulanımda Kararsızlık	.755**	.107*	1											
4-Terk Edilme	.765**	.164**	.513**	1										
5-İlişkiler	.714**	.152**	.474**	.591**	1									
6-Kendilik İmgesi	.658**	.097*	.454**	.511**	.358**	1								
7-İntihar Kendini Yaralama Davranışı	.356**	.324**	.108*	.216**	.155**	.120*	1							
8-Boşluk Duygusu	.771**	0.077	.571**	.616**	.515**	.659**	0.092	1						
9-Yoğun Öfke	.665**	.246**	.465**	.352**	.399**	.266**	.177**	.366**	1					
10-Psikoz Benzeri Durumlar	.561**	.208**	.378**	.368**	.285**	.241**	.239**	.312**	.251**	1				
11-Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği	.424**	-0.012	.301**	.358**	.300**	.424**	0.094	.454**	.228**	.188**	1			
12-Somatizasyonun Sıklığı	.439**	0.030	.372**	.318**	.258**	.351**	0.058	.394**	.309**	.296**	.293**	1		
13-Somatizasyonun Şiddeti	.371**	0.008	.361**	.256**	.214**	.328**	0.022	.346**	.225**	.247**	.259**	.764**	1	
14-Somatizasyonun Duygusal Durumu	0.034	-.117*	0.072	-0.004	-0.013	.144**	-0.081	.104*	0.004	0.016	.125**	.452**	.553**	1

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$ Uygulanan testin ismi: Pearson Korelasyon Testi

Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=.424$, $p<0.01$), Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=.301$, $p<0.01$), Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ile Terk Edilme ($r=.358$, $p<0.01$), Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ile İlişkiler ($r=.300$, $p<0.01$), Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ile Kendilik İmgesi ($r=.424$, $p<0.01$), Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ile Boşluk Duygusu ($r=.454$, $p<0.01$), Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ile Yoğun Öfke ($r=.228$, $p<0.01$), Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=.188$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük ve orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Somatizasyonun Sıklığı ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=.439$, $p<0.01$), Somatizasyonun Sıklığı ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=.372$, $p<0.01$), Somatizasyonun Sıklığı ile Terk Edilme ($r=.318$, $p<0.01$), Somatizasyonun Sıklığı ile İlişkiler ($r=.258$, $p<0.01$), Somatizasyonun Sıklığı ile Kendilik İmgesi ($r=.351$, $p<0.01$), Somatizasyonun Sıklığı ile Boşluk Duygusu ($r=.394$, $p<0.01$), Sıklık ile Yoğun Öfke ($r=.309$, $p<0.01$), Somatizasyonun Sıklığı ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=.296$, $p<0.01$), Somatizasyonun Sıklığı ile Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ($r=.293$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Somatizasyonun Şiddeti ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=.371$, $p<0.01$), Somatizasyonun Şiddeti ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=.361$, $p<0.01$), Somatizasyonun Şiddeti ile Terk Edilme ($r=.256$, $p<0.01$), Somatizasyonun Şiddeti ile İlişkiler ($r=.214$, $p<0.01$), Somatizasyonun Şiddeti ile Kendilik İmgesi ($r=.328$, $p<0.01$), Somatizasyonun Şiddeti ile Boşluk Duygusu ($r=.346$, $p<0.01$), Somatizasyonun Şiddeti ile Yoğun Öfke ($r=.225$, $p<0.01$), Somatizasyonun Şiddeti ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=.247$, $p<0.01$), Somatizasyonun Şiddeti ile Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ($r=.259$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Somatizasyonun Duygusal Durumu ile Dürtüsellik ($r=-.117$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon, Somatizasyonun Duygusal Durumu ile Kendilik İmgesi ($r=.144$, $p<0.01$), Somatizasyonun Duygusal Durumu ile Boşluk Duygusu ($r=.104$, $p<0.05$), Somatizasyonun Duygusal Durumu ile Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği ($r=.125$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

B. Aracı Rol Analizi

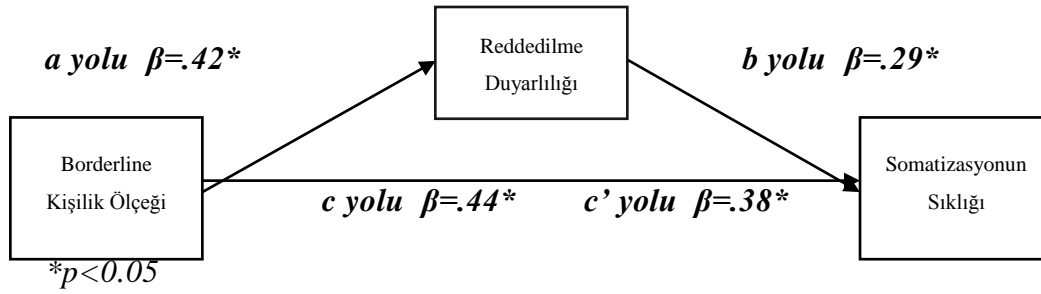
Bu bölümde, bağımsız değişkenin bağımlı değişken ile ilişkisinde aracı değişkenin rolü Process 3.5 ile test edildi. Bulgulara ilişkin sonuçlar Çizelge 5 ve 6’da verilmiştir.

Çizelge 5. Borderline Kişilik Ölçeğinin Somatizasyonun Sıklığını Yordamasında Reddedilme Duyarlılığı Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Model	R	R ²	B	SH	β	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	.29	.19	14.13	2.40		5.89	0.000*	9.42	18.85
1									
Borderline Kişilik Ölçeği			0.89	0.09	0.44	10.10	0.000*	0.72	1.06
(Sabit)	.36	.20	8.86	3.06		2.90	0.004*	2.84	14.87
Borderline Kişilik Ölçeği			0.78	0.10	0.38	8.05	0.000*	0.59	0.97
2									
Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği			0.19	0.07	0.13	2.74	0.006*	0.05	0.32
Direkt Olmayan Toplam Etki (Aracı)			0.11	0.05				0.03	0.21

* $p < 0.05$ Kullanılan test: PROCESS 3.5

Bulgular tablosundaki sonuçları değerlendirdiğimizde, ilk modelde Borderline Kişilik Ölçeği bağımsız değişkeninin sıklık bağımlı değişkeni puanındaki varyansın %19’unu açıkladığı görülmüştür. Modele ikinci aşamada Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği bağımsız değişkeni katılmıştır. Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği bağımsız değişkeninin somatizasyonun sıklığı bağımlı değişken puanındaki varyansın %1’sini açıkladığı görülmüştür. Borderline Kişilik Ölçeği ve Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği bağımsız değişkenleri somatizasyonun sıklığı bağımlı değişkeninin puanındaki varyansın %20’sini açıkladığı bulgulara göre saptanmıştır. İkinci aşamada Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği bağımsız değişkeni değişkeninin eklenmesiyle Borderline Kişilik Ölçeği bağımsız değişkeninin beta değeri .44’den .38’e düşmüştür. Sonrasında beta değerindeki bu düşüşü kontrol etmek için Bootstrapping analizden 5000 yeniden örneklem seçeneği ve %95 güven aralığı seçenekleri uygulanmış ve çıkan sonuçta alt sınır ve üst sınırın 0 ‘ı içermediği saptanmıştır. Aracı rol analizi sonuçları değerlendirildiğinde, kısmi aracılığın olduğu bulgulara göre saptanmıştır.



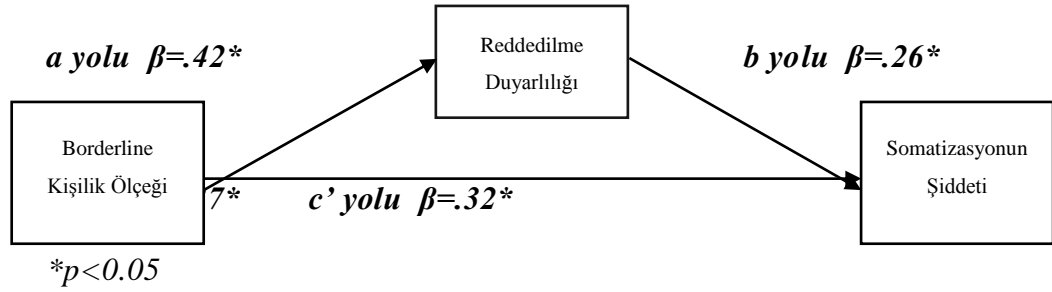
Şekil 1. Borderline Kişilik Ölçeğinin Somatizasyonun Sıklığı Yordamasında Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları

Çizelge 6. Borderline Kişilik Ölçeğinin Somatizasyonun Şiddetini Yordamasında Reddedilme Duyarlılığı Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Model	R	R ²	B	SH	β	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
1 (Sabit)	.37	.14	10.68	2.50		4.28	0.000	5.77	15.59
Borderline Kişilik Ölçeği			0.76	0.09	0.37	8.26	0.000	0.58	0.94
2 (Sabit)	.39	.15	5.62	3.19		1.76	0.079	-0.65	11.89
Borderline Kişilik Ölçeği			0.65	0.10	0.32	6.45	0.000	0.45	0.85
Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği			0.18	0.07	0.12	2.53	0.012	0.04	0.32
Direkt Olmayan Toplam Etki (Aracı)			0.11	0.05				0.02	0.21

* $p < 0.05$ Kullanılan test: PROCESS 3.5

Bulgular tablosundaki sonuçları değerlendirdiğimizde, ilk modelde Borderline Kişilik Ölçeği bağımsız değişkeninin somatizasyonun şiddeti bağımlı değişkeni puanındaki varyansın %14'ünü açıkladığı görülmüştür. Modele ikinci aşamada Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği bağımsız değişkeni katılmıştır. Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği bağımsız değişkeninin şiddet bağımlı değişkeni puanındaki varyansın %1'ini açıkladığı görülmüştür. Borderline Kişilik Ölçeği ve Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği bağımsız değişkenleri somatizasyonun şiddeti bağımlı değişkeninde puanındaki varyansın %14'ünü açıkladığı bulgulara göre saptanmıştır. İkinci aşamada Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği bağımsız değişkeni değişkeninin eklenmesiyle Borderline Kişilik Ölçeği bağımsız değişkeninin beta değeri .37'den .30'a düşmüştür. Sonrasında beta değerindeki bu düşüşü kontrol etmek için Bootstrapping analizden 5000 yeniden örneklem seçeneği ve %95 güven aralığı seçenekleri uygulanmış ve çıkan sonuçta alt sınır ve üst sınırın 0 'ı içermediği saptanmıştır. Aracı rol analizi sonuçları değerlendirildiğinde, kısmi aracılığın olduğu bulgulara göre saptanmıştır.



Şekil 2. Borderline Kişilik Ölçeğinin Somatizasyonun Şiddetini Yordamasında Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları

C. Karşılaştırma Analizi

Bu bölümde, Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinden elde edilen puanları demografik değişkenlere göre karşılaştırılması için Bağımsız Gruplar t-testi ve ANOVA testi uygulanmıştır. Bulgulara ilişkin sonuçlar Çizelge 7-11 arasında verilmiştir.

Çizelge 7. Cinsiyete Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Borderline Kişilik Ölçeği	Kadın	309	24.05	12.48	-0.87	428	0.385
	Erkek	121	25.17	11.02			
Dürtüsellik	Kadın	309	1.07	1.21	-8.73	162.187	0.000*
	Erkek	121	2.65	1.85			
Duygulanımda Kararsızlık	Kadın	309	4.57	2.49	2.60	428	0.010*
	Erkek	121	3.88	2.30			
Terk Edilme	Kadın	309	2.70	1.95	0.47	428	0.642
	Erkek	121	2.60	1.82			
İlişkiler	Kadın	309	3.07	2.38	0.51	428	0.608
	Erkek	121	2.94	2.03			
Kendilik İmgesi	Kadın	309	1.77	1.97	0.97	428	0.331
	Erkek	121	1.57	1.77			
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Kadın	309	1.01	1.40	-5.57	428	0.000*
	Erkek	121	1.79	1.05			
Boşluk Duygusu	Kadın	309	3.64	2.47	1.93	428	0.054
	Erkek	121	3.14	2.27			
Yoğun Öfke	Kadın	309	3.85	2.74	-0.46	428	0.648
	Erkek	121	3.99	2.97			
Psikoz Benzeri Durumlar	Kadın	309	2.37	1.93	-1.11	428	0.267
	Erkek	121	2.60	1.91			
Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği	Kadın	309	43.91	17.28	1.16	428	0.248
	Erkek	121	41.76	17.39			
Somatizasyonun Sıklığı	Kadın	309	39.35	24.13	4.89	428	0.000*
	Erkek	121	26.82	23.32			
Somatizasyonun Şiddeti	Kadın	309	32.98	24.67	5.51	242.256	0.000*
	Erkek	121	19.44	22.18			
Somatizasyonun Duygusal Durumu	Kadın	309	16.38	13.58	4.94	251.648	0.000*
	Erkek	121	9.87	11.74			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Borderline Kişilik Ölçeği, Duygulanımda Kararsızlık, Terk Edilme, İlişkiler, Kendilik İmgesi, Boşluk Duygusu, Yoğun Öfke, Psikoz Benzeri Durumlar, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Duygulanımda Kararsızlık alt ölçeğinden ($t(428)=2.60$, $p<0.05$), Somatizasyonun Sıklığı alt ölçeğinden ($t(428)=4.89$, $p<0.05$), Somatizasyonun Şiddeti alt ölçeğinden ($t(242.256)=5.51$, $p<0.05$), Duygusal Durum alt ölçeğinden ($t(251.648)=4.92$, $p<0.05$) aldıkları puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında kadınların, erkeklere kıyasla daha yüksek puan aldıkları bulgulara göre tespit edilmiştir.

Dürtüsellik alt ölçeğinden ($t(162.187)=-8.73$, $p<0.05$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı alt ölçeğinden ($t(428)=-5.57$, $p<0.05$) aldıkları puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında erkeklerin, kadınlara kıyasla daha yüksek puan aldıkları bulgulara göre tespit edilmiştir.

Çizelge 8. Medeni Duruma Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p																																																																																												
Borderline Kişilik Ölçeği	Bekar	408	24.88	11.82	3.84	428	0.000*																																																																																												
	Evli	22	14.86	13.33				Dürtüsellik	Bekar	408	1.57	1.59	3.81	24.715	0.001*	Evli	22	0.50	1.26	Duygulanımda Kararsızlık	Bekar	408	4.47	2.43	3.35	428	0.001*	Evli	22	2.68	2.51	Terk Edilme	Bekar	408	2.74	1.89	3.33	428	0.001*	Evli	22	1.36	1.99	İlişkiler	Bekar	408	3.07	2.28	1.60	428	0.109	Evli	22	2.27	2.35	Kendilik İmgesi	Bekar	408	1.77	1.93	2.49	428	0.013*	Evli	22	0.73	1.39	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Bekar	408	1.24	1.36	0.50	428	0.615	Evli	22	1.09	1.27	Boşluk Duygusu	Bekar	408	3.58	2.41	3.01	428	0.003*	Evli	22	2.00	2.09	Yoğun Öfke	Bekar	408	3.98	2.78	2.64	428	0.008*
Dürtüsellik	Bekar	408	1.57	1.59	3.81	24.715	0.001*																																																																																												
	Evli	22	0.50	1.26				Duygulanımda Kararsızlık	Bekar	408	4.47	2.43	3.35	428	0.001*	Evli	22	2.68	2.51	Terk Edilme	Bekar	408	2.74	1.89	3.33	428	0.001*	Evli	22	1.36	1.99	İlişkiler	Bekar	408	3.07	2.28	1.60	428	0.109	Evli	22	2.27	2.35	Kendilik İmgesi	Bekar	408	1.77	1.93	2.49	428	0.013*	Evli	22	0.73	1.39	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Bekar	408	1.24	1.36	0.50	428	0.615	Evli	22	1.09	1.27	Boşluk Duygusu	Bekar	408	3.58	2.41	3.01	428	0.003*	Evli	22	2.00	2.09	Yoğun Öfke	Bekar	408	3.98	2.78	2.64	428	0.008*	Evli	22	2.36	2.84								
Duygulanımda Kararsızlık	Bekar	408	4.47	2.43	3.35	428	0.001*																																																																																												
	Evli	22	2.68	2.51				Terk Edilme	Bekar	408	2.74	1.89	3.33	428	0.001*	Evli	22	1.36	1.99	İlişkiler	Bekar	408	3.07	2.28	1.60	428	0.109	Evli	22	2.27	2.35	Kendilik İmgesi	Bekar	408	1.77	1.93	2.49	428	0.013*	Evli	22	0.73	1.39	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Bekar	408	1.24	1.36	0.50	428	0.615	Evli	22	1.09	1.27	Boşluk Duygusu	Bekar	408	3.58	2.41	3.01	428	0.003*	Evli	22	2.00	2.09	Yoğun Öfke	Bekar	408	3.98	2.78	2.64	428	0.008*	Evli	22	2.36	2.84																				
Terk Edilme	Bekar	408	2.74	1.89	3.33	428	0.001*																																																																																												
	Evli	22	1.36	1.99				İlişkiler	Bekar	408	3.07	2.28	1.60	428	0.109	Evli	22	2.27	2.35	Kendilik İmgesi	Bekar	408	1.77	1.93	2.49	428	0.013*	Evli	22	0.73	1.39	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Bekar	408	1.24	1.36	0.50	428	0.615	Evli	22	1.09	1.27	Boşluk Duygusu	Bekar	408	3.58	2.41	3.01	428	0.003*	Evli	22	2.00	2.09	Yoğun Öfke	Bekar	408	3.98	2.78	2.64	428	0.008*	Evli	22	2.36	2.84																																
İlişkiler	Bekar	408	3.07	2.28	1.60	428	0.109																																																																																												
	Evli	22	2.27	2.35				Kendilik İmgesi	Bekar	408	1.77	1.93	2.49	428	0.013*	Evli	22	0.73	1.39	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Bekar	408	1.24	1.36	0.50	428	0.615	Evli	22	1.09	1.27	Boşluk Duygusu	Bekar	408	3.58	2.41	3.01	428	0.003*	Evli	22	2.00	2.09	Yoğun Öfke	Bekar	408	3.98	2.78	2.64	428	0.008*	Evli	22	2.36	2.84																																												
Kendilik İmgesi	Bekar	408	1.77	1.93	2.49	428	0.013*																																																																																												
	Evli	22	0.73	1.39				İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Bekar	408	1.24	1.36	0.50	428	0.615	Evli	22	1.09	1.27	Boşluk Duygusu	Bekar	408	3.58	2.41	3.01	428	0.003*	Evli	22	2.00	2.09	Yoğun Öfke	Bekar	408	3.98	2.78	2.64	428	0.008*	Evli	22	2.36	2.84																																																								
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Bekar	408	1.24	1.36	0.50	428	0.615																																																																																												
	Evli	22	1.09	1.27				Boşluk Duygusu	Bekar	408	3.58	2.41	3.01	428	0.003*	Evli	22	2.00	2.09	Yoğun Öfke	Bekar	408	3.98	2.78	2.64	428	0.008*	Evli	22	2.36	2.84																																																																				
Boşluk Duygusu	Bekar	408	3.58	2.41	3.01	428	0.003*																																																																																												
	Evli	22	2.00	2.09				Yoğun Öfke	Bekar	408	3.98	2.78	2.64	428	0.008*	Evli	22	2.36	2.84																																																																																
Yoğun Öfke	Bekar	408	3.98	2.78	2.64	428	0.008*																																																																																												
	Evli	22	2.36	2.84																																																																																															

Çizelge 8. (Devamı) Medeni Duruma Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p																																												
Psikoz Benzeri Durumlar	Bekar	408	2.46	1.93	1.42	428	0.157																																												
	Evli	22	1.86	1.67				Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği	Bekar	408	43.50	16.98	0.99	428	0.320	Evli	22	39.73	22.81	Somatizasyonun Sıklığı	Bekar	408	35.83	24.25	0.02	428	0.985	Evli	22	35.73	30.10	Somatizasyonun Şiddeti	Bekar	408	29.29	24.67	0.44	428	0.661	Evli	22	26.91	26.47	Somatizasyonun Duygusal Durumu	Bekar	408	13.89	12.78	-3.22	22.105	0.004*
Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği	Bekar	408	43.50	16.98	0.99	428	0.320																																												
	Evli	22	39.73	22.81				Somatizasyonun Sıklığı	Bekar	408	35.83	24.25	0.02	428	0.985	Evli	22	35.73	30.10	Somatizasyonun Şiddeti	Bekar	408	29.29	24.67	0.44	428	0.661	Evli	22	26.91	26.47	Somatizasyonun Duygusal Durumu	Bekar	408	13.89	12.78	-3.22	22.105	0.004*	Evli	22	26.68	18.41								
Somatizasyonun Sıklığı	Bekar	408	35.83	24.25	0.02	428	0.985																																												
	Evli	22	35.73	30.10				Somatizasyonun Şiddeti	Bekar	408	29.29	24.67	0.44	428	0.661	Evli	22	26.91	26.47	Somatizasyonun Duygusal Durumu	Bekar	408	13.89	12.78	-3.22	22.105	0.004*	Evli	22	26.68	18.41																				
Somatizasyonun Şiddeti	Bekar	408	29.29	24.67	0.44	428	0.661																																												
	Evli	22	26.91	26.47				Somatizasyonun Duygusal Durumu	Bekar	408	13.89	12.78	-3.22	22.105	0.004*	Evli	22	26.68	18.41																																
Somatizasyonun Duygusal Durumu	Bekar	408	13.89	12.78	-3.22	22.105	0.004*																																												
	Evli	22	26.68	18.41																																															

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

İlişkiler, İntihar Kendini Yaralama Davranışı, Psikoz Benzeri Durumlar, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatizasyonun Sıklığı, Somatizasyonun Şiddeti alt boyutundan aldıkları puanlar medeni durum değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Borderline Kişilik Ölçeğinden ($t(428)=3.84$, $p < 0.05$), Dürtüsellik alt ölçeğinden ($t(24.715)=3.81$, $p < 0.05$), Duygulanımda Kararsızlık alt ölçeğinden ($t(428)=3.35$, $p < 0.05$), Terk Edilme alt ölçeğinden ($t(428)=3.33$, $p < 0.05$), Kendilik İmgesi alt ölçeğinden ($t(428)=2.49$, $p < 0.05$), Boşluk Duygusu alt ölçeğinden ($t(428)=3.01$, $p < 0.05$), Yoğun Öfke alt ölçeğinden ($t(428)=2.64$, $p < 0.05$) aldıkları puanlar medeni durum değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında bekar olanların, evli olanlara kıyasla daha yüksek puan aldıkları bulgulara göre tespit edilmiştir.

Somatizasyonun Duygusal Durumu alt ölçeğinden ($t(22.105)=-3.22$, $p < 0.05$) aldıkları puanlar medeni durum değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evli olanların, bekar olanlara kıyasla daha yüksek puan aldıkları bulgulara göre tespit edilmiştir.

Çizelge 9. Çalışma Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Borderline Kişilik Ölçeği	Çalışıyor	86	19.09	11.66	-4.63	428	0.000*
	Çalışmıyor	344	25.68	11.85			
Dürtüsellik	Çalışıyor	86	1.76	1.94	1.35	111.097	0.180
	Çalışmıyor	344	1.45	1.48			
Duygulanımda Kararsızlık	Çalışıyor	86	3.28	2.12	-5.17	147.639	0.000*
	Çalışmıyor	344	4.65	2.46			
Terk Edilme	Çalışıyor	86	2.00	1.68	-3.69	428	0.000*
	Çalışmıyor	344	2.84	1.94			
İlişkiler	Çalışıyor	86	2.31	2.24	-3.30	428	0.001*
	Çalışmıyor	344	3.21	2.26			
Kendilik İmgesi	Çalışıyor	86	1.28	1.62	-2.66	154.223	0.009*
	Çalışmıyor	344	1.82	1.97			
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Çalışıyor	86	1.38	1.33	1.16	428	0.247
	Çalışmıyor	344	1.19	1.36			
Boşluk Duygusu	Çalışıyor	86	2.45	2.18	-4.58	428	0.000*
	Çalışmıyor	344	3.76	2.41			
Yoğun Öfke	Çalışıyor	86	2.83	2.83	-4.01	428	0.000*
	Çalışmıyor	344	4.16	2.74			
Psikoz Benzeri Durumlar	Çalışıyor	86	1.80	1.75	-3.42	428	0.001*
	Çalışmıyor	344	2.59	1.94			
Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği	Çalışıyor	86	41.27	19.46	-1.22	428	0.223
	Çalışmıyor	344	43.81	16.73			
Somatizasyonun Sıklığı	Çalışıyor	86	29.52	22.12	-2.68	428	0.008*
	Çalışmıyor	344	37.40	24.89			
Somatizasyonun Şiddeti	Çalışıyor	86	26.29	24.78	-1.21	428	0.228
	Çalışmıyor	344	29.89	24.71			
Somatizasyonun Duygusal Durumu	Çalışıyor	86	20.56	17.02	3.86	106.641	0.000*
	Çalışmıyor	344	13.05	11.89			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Dürtüsellik, İntihar Kendini Yaralama Davranışı, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatizasyonun Şiddeti alt boyutundan aldıkları puanlar çalışma durumu

değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Borderline Kişilik Ölçeğinden ($t(428)=-4.63$, $p<0.05$), Duygulanımda Kararsızlık alt ölçeğinden ($t(147.639)=-5.17$, $p<0.05$), Terk Edilme alt ölçeğinden ($t(428)=-3.69$, $p<0.05$), İlişkiler alt ölçeğinden ($t(428)=-3.30$, $p<0.05$), Kendilik İmgesi alt ölçeğinden ($t(154.223)=-2.66$, $p<0.05$), Boşluk Duygusu alt ölçeğinden ($t(428)=-4.58$, $p<0.05$), Yoğun Öfke alt ölçeğinden ($t(428)=-4.01$, $p<0.05$), Psikoz Benzeri Durumlar alt ölçeğinden ($t(428)=-3.42$, $p<0.05$), Somatizasyonun Sıklığı alt ölçeğinden ($t(428)=-2.68$, $p<0.05$) aldıkları puanlar çalışma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında çalışmayanların, çalışanlara kıyasla daha yüksek puan aldıkları bulgulara göre tespit edilmiştir.

Somatizasyonun Duygusal Durumu alt ölçeğinden ($t(106.641)=3.86$, $p<0.05$) aldıkları puanlar çalışma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında çalışanların, çalışmayanlara kıyasla daha yüksek puan aldıkları bulgulara göre tespit edilmiştir.

Çizelge 10. Eğitim Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Borderline Kişilik Ölçeği	İlköğretim	32	18.78	11.73	G.Arası	4165.51	3	1388.50	10.11	0.000*
	Ortaöğretim	294	26.42	11.81	G.İçi	58525.89	426	137.38		
	Lisans	80	20.96	11.47	Toplam	62691.40	429			
	Lisansüstü	24	17.92	11.42						
	Toplam	430	24.36	12.09						
Dürtüsellik	İlköğretim	32	1.03	1.31	G.Arası	18.29	3	6.10	2.44	0.064
	Ortaöğretim	294	1.56	1.56	G.İçi	1063.13	426	2.50		
	Lisans	80	1.70	1.84	Toplam	1081.42	429			
	Lisansüstü	24	0.96	1.16						
	Toplam	430	1.51	1.59						
Duygulanımda Kararsızlık	İlköğretim	32	3.63	2.81	G.Arası	120.50	3	40.17	6.92	0.000*
	Ortaöğretim	294	4.72	2.40	G.İçi	2472.21	426	5.80		
	Lisans	80	3.81	2.32	Toplam	2592.72	429			
	Lisansüstü	24	3.04	2.16						
	Toplam	430	4.37	2.46						
Terk Edilme	İlköğretim	32	1.91	1.40	G.Arası	92.64	3	30.88	8.88	0.000*
	Ortaöğretim	294	2.98	1.97	G.İçi	1482.13	426	3.48		
	Lisans	80	2.15	1.65	Toplam	1574.77	429			
	Lisansüstü	24	1.67	1.74						
	Toplam	430	2.67	1.92						

Çizelge 10. (devamı) Eğitim Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
İlişkiler	İlköğretim	32	1.72	2.40	G.Arası	126.45	3	42.15	8.50	0.000*
	Ortaöğretim	294	3.37	2.30	G.İçi	2113.09	426	4.96		
	Lisans	80	2.35	1.84	Toplam	2239.54	429			
	Lisansüstü	24	2.92	2.19						
	Toplam	430	3.03	2.28						
Kendilik İmgesi	İlköğretim	32	1.34	1.33	G.Arası	16.80	3	5.60	1.53	0.206
	Ortaöğretim	294	1.85	1.98	G.İçi	1559.02	426	3.66		
	Lisans	80	1.44	1.83	Toplam	1575.82	429			
	Lisansüstü	24	1.50	2.02						
	Toplam	430	1.71	1.92						
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	İlköğretim	32	0.97	1.09	G.Arası	3.88	3	1.29	0.71	0.549
	Ortaöğretim	294	1.22	1.40	G.İçi	780.86	426	1.83		
	Lisans	80	1.35	1.35	Toplam	784.74	429			
	Lisansüstü	24	1.38	0.97						
	Toplam	430	1.23	1.35						
Boşluk Duygusu	İlköğretim	32	2.94	2.35	G.Arası	164.14	3	54.71	9.91	0.000*
	Ortaöğretim	294	3.90	2.41	G.İçi	2351.36	426	5.52		
	Lisans	80	2.71	2.24	Toplam	2515.50	429			
	Lisansüstü	24	1.96	1.94						
	Toplam	430	3.50	2.42						

Çizelge 10. (devamı) Eğitim Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Yoğun Öfke	İlköğretim	32	3.16	3.07	G.Arası	97.35	3	32.45	4.22	0.006*
	Ortaöğretim	294	4.20	2.77	G.İçi	3277.72	426	7.69		
	Lisans	80	3.41	2.69	Toplam	3375.08	429			
	Lisansüstü	24	2.71	2.69						
	Toplam	430	3.89	2.80						
Psikoz Benzeri Durumlar	İlköğretim	32	2.09	1.84	G.Arası	37.00	3	12.33	3.38	0.018*
	Ortaöğretim	294	2.63	1.90	G.İçi	1552.41	426	3.64		
	Lisans	80	2.04	2.05	Toplam	1589.41	429			
	Lisansüstü	24	1.79	1.64						
	Toplam	430	2.43	1.92						
Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği	İlköğretim	32	42.47	18.28	G.Arası	4873.16	3	1624.39	5.59	0.001*
	Ortaöğretim	294	45.41	16.70	G.İçi	123757.93	426	290.51		
	Lisans	80	36.89	16.46	Toplam	128631.09	429			
	Lisansüstü	24	40.04	21.13						
	Toplam	430	43.30	17.32						
Somatizasyonun Sıklığı	İlköğretim	32	44.75	28.21	G.Arası	9251.78	3	3083.93	5.27	0.001*
	Ortaöğretim	294	37.46	23.71	G.İçi	249064.79	426	584.66		
	Lisans	80	27.60	23.76	Toplam	258316.57	429			
	Lisansüstü	24	31.25	25.63						
	Toplam	430	35.82	24.54						

Çizelge 10. (devamı) Eğitim Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Somatizasyonun Şiddeti	İlköğretim	32	37.13	27.08	G.Arası	7056.61	3	2352.20	3.92	0.009*
	Ortaöğretim	294	30.36	23.61	G.İçi	255401.33	426	599.53		
	Lisans	80	21.58	23.43	Toplam	262457.94	429			
	Lisansüstü	24	29.25	33.64						
	Toplam	430	29.17	24.73						
Somatizasyonun Duygusal Durumu	İlköğretim	32	41.63	1.18	G.Arası	33184.57	3	11061.52	107.51	0.000*
	Ortaöğretim	294	11.80	9.98	G.İçi	43829.90	426	102.89		
	Lisans	80	9.34	9.84	Toplam	77014.47	429			
	Lisansüstü	24	29.46	17.40						
	Toplam	430	14.55	13.40						

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Dürtüsellik, Kendilik İmgesi, İntihar Kendini Yaralama Davranışı alt boyutu eğitim durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Borderline Kişilik Ölçeğinden ($F(3.426)=10.11, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsaylarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim, lisans ve lisansüstü mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Duygulanımda Kararsızlık alt ölçeğinden ($F(3.426)=6.92, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsaylarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların lisans ve lisansüstü mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Terk Edilme alt ölçeğinden ($F(3.426)=8.88, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim ve lisansüstü mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

İlişkiler alt ölçeğinden ($F(3.426)=8.50, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre,

ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim ve lisans mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Boşluk Duygusu alt ölçeğinden ($F(3.426)=9.91, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsayımlarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların lisans ve lisansüstü mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Yoğun Öfke alt ölçeğinden ($F(3.426)=4.22, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsayımlarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların lisansüstü mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Psikoz Benzeri Durumlar alt ölçeğinden ($F(3.426)=3.38, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsayımlarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların lisans mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Reddedilme Duyarlılığı Ölçeğinden ($F(3.426)=5.59, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsayımlarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre,

ilköğretim ve ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların lisans mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Somatizasyonun Sıklığı alt ölçeğinden ($F(3.426)=5.27, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsayımlarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, ilköğretim ve ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların lisans mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Somatizasyonun Şiddeti alt ölçeğinden ($F(3.426)=3.12, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsayımlarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, ilköğretim ve ortaöğretim mezunu olanların aldığı puanların lisans mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Somatizasyonun Duygusal Durumu alt ölçeğinden ($F(3.426)=107.51, p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, ilköğretim mezunu olanların aldığı puanların ortaöğretim, lisans ve lisansüstü mezunu olanlara kıyasladığımızda anlamlı düzeyde daha yüksek puana, lisansüstü mezunu olanların aldığı puanların ortaöğretim ve lisans mezunu olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Çizelge 11. Aylık Gelir Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Borderline Kişilik Ölçeği	Düşük	79	28.38	13.13	G.Arası	1567.50	2	783.75	5.48	0.004*
	Orta	304	23.41	11.69	G.İçi	61123.90	427	143.15		
	Yüksek	47	23.79	11.71	Toplam	62691.40	429			
	Toplam	430	24.36	12.09						
Dürtüsellik	Düşük	79	1.41	1.34	G.Arası	69.35	2	34.68	14.63	0.000*
	Orta	304	1.37	1.51	G.İçi	1012.06	427	2.37		
	Yüksek	47	2.66	1.97	Toplam	1081.42	429			
	Toplam	430	1.51	1.59						
Duygulanımda Kararsızlık	Düşük	79	4.77	2.54	G.Arası	31.15	2	15.57	2.60	0.076
	Orta	304	4.37	2.46	G.İçi	2561.57	427	6.00		
	Yüksek	47	3.74	2.21	Toplam	2592.72	429			
	Toplam	430	4.37	2.46						
Terk Edilme	Düşük	79	3.53	2.16	G.Arası	71.51	2	35.76	10.16	0.000*
	Orta	304	2.48	1.78	G.İçi	1503.25	427	3.52		
	Yüksek	47	2.49	1.98	Toplam	1574.77	429			
	Toplam	430	2.67	1.92						
İlişkiler	Düşük	79	3.56	2.56	G.Arası	26.64	2	13.32	2.57	0.078
	Orta	304	2.91	2.23	G.İçi	2212.90	427	5.18		
	Yüksek	47	2.94	2.10	Toplam	2239.54	429			
	Toplam	430	3.03	2.28						
Kendilik İmgesi	Düşük	79	2.29	2.08	G.Arası	41.54	2	20.77	5.78	0.003*
	Orta	304	1.65	1.90	G.İçi	1534.28	427	3.59		
	Yüksek	47	1.17	1.49	Toplam	1575.82	429			
	Toplam	430	1.71	1.92						

Çizelge 11. (devamı) Aylık Gelir Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Düşük	79	1.44	1.55	G.Arası	10.04	2	5.02	2.77	0.064
	Orta	304	1.13	1.29	G.İçi	774.71	427	1.81		
	Yüksek	47	1.51	1.32	Toplam	784.74	429			
	Toplam	430	1.23	1.35						
Boşluk Duygusu	Düşük	79	4.61	2.43	G.Arası	136.35	2	68.17	12.24	0.000*
	Orta	304	3.34	2.32	G.İçi	2379.15	427	5.57		
	Yüksek	47	2.68	2.53	Toplam	2515.50	429			
	Toplam	430	3.50	2.42						
Yoğun Öfke	Düşük	79	4.29	2.77	G.Arası	22.64	2	11.32	1.44	0.238
	Orta	304	3.75	2.76	G.İçi	3352.44	427	7.85		
	Yüksek	47	4.17	3.12	Toplam	3375.08	429			
	Toplam	430	3.89	2.80						
Psikoz Benzeri Durumlar	Düşük	79	2.48	1.97	G.Arası	0.25	2	0.13	0.03	0.967
	Orta	304	2.42	1.91	G.İçi	1589.15	427	3.72		
	Yüksek	47	2.43	1.96	Toplam	1589.41	429			
	Toplam	430	2.43	1.92						
Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği	Düşük	79	48.15	18.16	G.Arası	5064.59	2	2532.30	8.75	0.000*
	Orta	304	43.32	17.28	G.İçi	123566.50	427	289.38		
	Yüksek	47	35.04	12.63	Toplam	128631.09	429			
	Toplam	430	43.30	17.32						
Somatizasyonun Sıklığı	Düşük	79	42.82	28.18	G.Arası	8026.09	2	4013.04	6.85	0.001*
	Orta	304	35.45	23.66	G.İçi	250290.48	427	586.16		
	Yüksek	47	26.47	20.22	Toplam	258316.57	429			
	Toplam	430	35.82	24.54						

Çizelge 11. (devamı) Aylık Gelir Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Somatizasyonun Şiddeti	Düşük	79	35.38	27.50	G.Arası	6661.61	2	3330.81	5.56	0.004*
	Orta	304	28.90	24.09	G.İçi	255796.33	427	599.05		
	Yüksek	47	20.43	21.37	Toplam	262457.94	429			
	Toplam	430	29.17	24.73						
Somatizasyonun Duygusal Durumu	Düşük	79	18.57	15.16	G.Arası	2822.27	2	1411.14	8.12	0.000*
	Orta	304	14.39	12.92	G.İçi	74192.20	427	173.75		
	Yüksek	47	8.83	11.10	Toplam	77014.47	429			
	Toplam	430	14.55	13.40						

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Duygulanımda Kararsızlık, İlişkiler, İntihar Kendini Yaralama Davranışı, Yoğun Öfke, Psikoz Benzeri Durumlar alt boyutu aylık gelir durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Borderline Kişilik Ölçeğinden ($F(2.427)=5.48, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsaylarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, düşük geliri olanların aldığı puanların orta düzey geliri olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Dürtüsellik alt ölçeğinden ($F(2.427)=14.63, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, yüksek geliri olanların aldığı puanların orta ve düşük geliri olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Terk Edilme alt ölçeğinden ($F(2.427)=10.16, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, düşük geliri olanların aldığı puanların orta ve yüksek geliri olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Kendilik İmgesi alt ölçeğinden ($F(2.427)=5.78, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi

bulguları sonuçlarına göre, düşük geliri olanların aldığı puanların orta ve yüksek geliri olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Boşluk Duygusu alt ölçeğinden ($F(2.427)=12.24, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada gruplar arasındaki varsaylarının dağılımı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve homojen bir dağılım olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Son olarak Post-hoc testi aşamasına geçilmiş ve Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan Tukey testi sonucunda elde edilen bulgulara göre, düşük geliri olanların aldığı puanların orta ve yüksek geliri olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Reddedilme Duyarlılığı Ölçeğinden ($F(2.427)=8.75, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, düşük geliri olanların aldığı puanların yüksek geliri olanlara kıyasladığımızda anlamlı düzeyde daha yüksek, orta geliri olanların aldığı puanların yüksek geliri olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Somatizasyonun Sıklığı alt ölçeğinden ($F(2.427)=6.85, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, düşük ve orta geliri olanların aldığı puanların yüksek geliri olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Somatizasyonun Şiddeti alt ölçeğinden ($F(2.427)=5.56, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, düşük geliri olanların aldığı puanların yüksek geliri olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

Somatizasyonun Duygusal Durumu alt ölçeğinden ($F(2.427)=8.12, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, düşük geliri olanların aldığı puanların yüksek geliri olanlara kıyasladığımızda anlamlı düzeyde daha yüksek, orta geliri olanların aldığı puanların yüksek geliri olanlara kıyasladığımızda daha fazla puan almıştır.

V. TARTIŞMA

Mevcut çalışmada, BKÖ ve somatizasyon (somatizasyon sıklığı, şiddeti, duygusal durumu) arasında reddedilme duyarlılığının aracı rolünü incelemek amaçlanmıştır. Araştırma bulguları incelendiğinde, önceki çalışmaların bulgularını destekler şekilde (Lazarus vd., 2016; Armenti ve Babcock, 2018) BKÖ ile reddedilme duyarlılığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. BKB özelliklerine sahip olanların daha fazla reddedilme duyarlılığı gösterdiği (Beeney vd., 2014; Berenson vd., 2018; Liebke vd., 2018), reddedilme duyarlılığının BKB özellik ve semptomlarını çeşitli şekillerde etkileyebileceği (Foxhall vd., 2019) ve reddedilme duyarlılığının BKÖ’de kritik bir rolü olduğu (Rosenbach ve Renneberg, 2014) belirtilmektedir. Renneberg (2012) dışlanmanın teşvik edildiği Cyberball oyunu deneyinde, BKB’si olan hastaların dışlanma ve sosyal içerleme durumlarında üzüntü, öfke ve genel olarak olumsuz duygulanımda bir artış yaşadıklarını göstermektedir. Aynı çalışmada sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, BKB hastalarının belirli bir dışlanma durumundan bağımsız olarak daha kolay dışlanmış hissettikleri belirtilmektedir. Bu bağlamda, borderline kişilik özelliklerine sahip kişilerin, reddedilme duyarlılığına bir eğiliminin olduğu, bu eğilimin reddedilme ile ilişkili olabilecek sosyal durum ve olaylar karşısında tetikte olma halini arttırdığı ve bu durumun yoğun olumsuz duyguların hissedilmesine yol açtığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, reddedilme duyarlılığı ile somatizasyonun sıklığı, şiddeti ve duygusal durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Literatürde reddedilme duyarlılığı ve somatizasyon ilişkisine dair bulguların yer aldığı çalışmalar oldukça kısıtlı olsa da mevcut çalışma bulgularını destekleyen araştırmalar mevcuttur. Nacak vd. (2021) 65 hasta ile yapılan klinik görüşmelerin dahil edildiği bir çalışmada, somatoform ağrı bozukluğuna sahip hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında reddedilme duyarlılığı düzeylerinin anlamlı bir oranda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Üniversite öğrencilerinin 7 gün boyunca günlük olarak değerlendirildiği bir çalışmada;

günlük stresörler, gün içinde yaşanan incitici duygular ve reddedilme duyarlılığının somatik semptomları yordadığı ve reddedilme duyarlılığının stres faktörlerinin somatik belirtilerle ilişkisini yönettiğini bulgulamaktadır. Bununla beraber daha fazla stres etkeni ve yüksek reddedilme duyarlılığının, daha fazla somatik semptomu yordadığını belirtmektedir (Yang, 2023).

Reddedilme duyarlılığı ve somatizasyonun güvensiz bağlanma stilleri, algılanan ebeveyn reddi ve çocukluk çağı travmaları gibi ortak etiyolojik faktörlere sahip oldukları bilinmektedir (McLachlan vd., 2010; Piontek vd., 2021). Çocuklukta çevredeki önemli kişilerle deneyimlenen reddedilme yaşantılarının, yetişkinlikte de buna dair beklenti ve endişenin oluşmasına ve bununla beraber reddedilme ile ilişkili ipuçlarına karşı tetikte olmaya yol açabileceği belirtilmektedir (Romero-Canyas vd., 2010). Bu yüksek uyarılma halinin bedensel semptomların yanlış yorumlanması ya da şiddetli algılanması ile sonuçlanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca reddedilme duyarlılığı ve somatizasyonun sahip oldukları ortak etiyolojik faktörlerin, sembolizasyon yetisini olumsuz etkileyebildiği bilinmektedir (Masterson, 2005; McLachlan vd., 2010; Piontek vd., 2021). Çocuklukta duygularını sembolize etme yetisini geliştiremeyen kişi, yetişkinlikte bu duygular ile somatizasyon yoluyla başa çıkıyor olabilir. Çocukluk travması ile oluşan negatif duygular böylece hem somatik belirtilerin oluşumuna hem de sürmesine katkıda bulunabilir. Son olarak güvenli bir şekilde duygu ve düşüncelerini açabilecekleri bir ortamda büyümeyen çocukların, yetişkinlikteki ilişkilerinde de benzer reddedilme beklentileri ile duygularını bastırma yahut bilinçli bir şekilde ifade etmemeyi seçebilecekleri ve duygularının somatizasyon yoluyla bedende tezahür edebilecekleri tahmin edilmektedir.

Mevcut çalışma bulguları incelendiğinde, BKÖ ile somatizasyonun sıklığı ve şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Alanyazında BKÖ ile somatik meşguliyetin ilişkili olduğu belirtilmektedir (Sansone vd., 2008; Sansone vd., 2011). BKB tanısı olan hastaların yer aldığı çalışmalarda, %64-66'sının aynı zamanda somatizasyon bozukluğuna da sahip olduğu (Sar vd., 2003; van Dijke vd., 2010; Heath vd., 2017) görülmektedir. Bir meta analiz çalışması (Schmaling ve Fales, 2018), BKB'si olanlar arasında somatoform bozuklukların yaygınlık oranını %30 olarak bulgulamakta ve bu oranın genel

popülasyon ve birincil basamak hasta grupları arasındaki yapılan çalışmalarda saptanan somatoform bozukluk oranından daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Borderline kişilik özelliklerine sahip kişilerin, hissettikleri yoğun duyguları düzenlemekte zorluk yaşadıklarından dolayı (Faraji, 2020) bedenlerinde çeşitli hastalık belirtilerinin oluşabileceği varsayılmaktadır. Mevcut çalışmada; duygulanımda kararsızlık, boşluk duygusu ve yoğun öfke ile somatizasyonun sıklığı ve şiddeti arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu bağlamda BKÖ'ye sahip kişilerin, yaşadıkları yoğun duyguları düzenleme güçlükleri, istikrarsız duygulanımları ve öfke ile boşluk gibi negatif duyguları arttıkça somatizasyonun sıklığı ve şiddetinin de artacağı söylenebilir.

Çalışmadan elde edilen bulgularda, BKÖ ve somatizasyon sıklığı arasında reddedilme duyarlılığının aracı bir rolü olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca reddedilme duyarlılığının hem BKÖ hem de somatizasyon sıklığı ile anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bu bulgular ile paralel bir şekilde literatürdeki araştırmalar; BKÖ'sü olanların daha fazla reddedilme duyarlılığı gösterdiğini, (Berenson vd., 2018; Liebke vd., 2018; Kartal vd., 2022), reddedilme duyarlılığının somatik belirtiyi yordadığını (Yang, 2023) ve BKÖ ile somatik şikayetlerin ilişkili olduğunu (Schmaling ve Fales, 2018; Schmaling vd., 2021; Ballespí vd., 2022) göstermektedir. Stiglmayr vd. (2005) BKÖ'ye sahip kişilerin reddedilme, yalnızlık ve başarısızlık durumlarında rahatsızlık veren bir gerginlik yaşadıklarını ve bu gerginlik durumunun sağlıklı kontrollere kıyasla daha sık ve şiddetli olduğunu bulgulamaktadır. Araştırmalar BKB özelliği gösterenlerin, duygularını tanımlama ve ifade etme konusunda güçlük yaşadıkları ve bedensel duyular ile sınırlı kaldıklarını göstermektedir (Farrell ve Shaw, 1994; Faraji, 2020). Ballespí vd. (2022) yüksek duygusal netliğin BKB ve somatik şikayetlerin sıklığı arasındaki ilişkide bir tampon etkisi gördüğünü belirtmektedir. Bu bulgular doğrultusunda, BKÖ'sü olan kişilerin reddedilme duyarlılığı yaşamaya eğilimli olabileceği, reddedilmeden kaynaklı oluşabilecek olumsuz duyguları ve rahatsızlık veren gerilimi bedenleri üzerinden ifade edebilecekleri ve somatizasyonun süreğen şekilde işlevsiz bir baş etme yöntemi olarak kullanılıp sıklık kazanabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda BKÖ'ye sahip kişilerde somatik belirtilerin süreklilik kazanmasında, reddedilme duyarlılığının önemli bir rolü olduğu öne sürülmektedir.

Mevcut araştırmanın bulguları incelendiğinde, BKÖ'den; ilişkiler, terk edilme, yoğun öfke, kendilik imgesi, boşluk duygusu ile somatizasyonun sıklığı, somatizasyonun şiddeti ve reddedilme duyarlılığı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Somatik belirtiler genellikle öfke, stres, kaygı ve acı veren hislerle ilişkilendirilmektedir (Kang vd., 2020; Zegarra-López vd., 2022; Yang, 2023). BKÖ'ye sahip kişiler de reddedilmeye karşı benzer duyguları hissedebilmektedir (Gunderson ve Links, 2008; Foxhall vd., 2019). Ancak bu duygular ile başa çıkabilecek güçlü bir egolarının ve duygu düzenleme becerilerinin olmadıkları belirtilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022). Bu bağlamda BKÖ gösteren bireylerin, kişilerarası ilişkilerinde yoğun bir terk edilme korkusu ve reddedilme endişesi yaşadıklarında, tetiklenebilecek boşluk duygusu ve hissedilecek yoğun öfke ile baş edebilmek adına somatizasyon gibi uyumsuz savunma stratejilerinin kullanımının söz konusu olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca borderline kişilik örüntüsü gösteren bireylerin, ilişkilerindeki kişi ve durumlara yönelik duygulanımlarında tutarsız bir yapıya sahip olmalarının ve bağlanma stillerinin genellikle korkulu ve saplantılı olmasının kişilerarası ilişkilerdeki reddedilme duyarlılığını pekiştirebileceği ve kısır bir döngü yaratabileceği düşünülmektedir (Faraji, 2020; Hashworth vd., 2021). Bu durumda somatizasyon sık kullanılan bir baş etme mekanizması haline gelirken, tekrarlanan reddedilme duyarlılığına yönelik yaşantılar somatizasyonun şiddetini artırıyor olabilir. Nitekim yapılan çalışmalarda reddedilme duyarlılığının borderline hastalarda kişilerarası güçlüklerinin gelişmesi ve sürdürülmesinde etkili olabileceği (Foxhall vd., 2019), öfkeyi arttırabileceği (Berenson vd., 2011), ağrının duyumsanmasında aracı bir etkisi olabileceği (Bungert vd., 2015) görülmektedir. Ayrıca BKB'deki yüksek duygu düzenleme güçlüklerinin, daha şiddetli ağrı yaşantısı ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Lutz vd., 2018).

Downey vd. (2004) reddedilme duyarlılığının, daha fazla reddedilmeye maruz kalmaktan koruyan savunmacı bir motivasyon sistemi olabileceğini ifade etmektedir. BKÖ'ye sahip kişilerin önemli öteki ile ilişkilerinde sıklıkla reddedilme yaşantısı bildirdiği (Rosenbach ve Renneberg, 2014) ve bu durumdan kaçınmak için işlevsiz savunma yöntemleri kullandıkları (Faraji ve Tezcan, 2022) belirtilmektedir. Somatizasyonun hem reddedilmeden kaçınma hem de önemli ötekiden (sağlık personelleri, eş, dost, ebeveyn vb.) hastalık yaratarak bakım

almak gibi BKÖ'ye sahip kişilerin beklentileri ile uyumlu ikincil kazançlar sağlayabileceği düşünülmektedir. Nitekim borderline hastaların genellikle bir bakım arayışı içinde olduğu belirtilmektedir (Gunderson ve Links, 2008). BKÖ'ye sahip kişilerin önemli ötekinden almak istediği ilgi ve bakımı somatik belirtileri sayesinde sağlık personellerinden alabileceği düşünülmektedir. Bu kazanımlar devam ettikçe ve reddedilme kaynaklı oluşabilecek gerilim ve duygular bir süreliğine giderildikçe, somatizasyonun pekişeceği sıklığının artacağı tahmin edilmektedir.

Bu çalışmada BKÖ ve somatizasyonun duygusal durumu arasındaki ilişkide, reddedilme duyarlılığının aracı bir etkisi saptanmamıştır. Bu durumun, somatizasyonun duygusal durumunun özbildirime dayalı bir veri toplama aracı ile ölçülmüş olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. BKÖ'ye sahip kişilerin somatik belirtiler gösterirken, duyguların bedensel bir şekilde ifadesi söz konusu olduğundan, yaşadıkları duyguların farkında olmayabilecekleri tahmin edilmektedir. Nitekim BKÖ ile reddedilme duyarlılığı ve reddedilme duyarlılığı ile somatizasyonun duygusal durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmişken, BKÖ ile somatizasyonun duygusal durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde BKÖ'ye sahip kişilerin, kendilerinin ve ötekinin duygularını açık ve net bir şekilde tanımlama ve ifade etmede güçlük gibi zihinselleştirme sorunları olduğu görülmektedir (D'Abate vd., 2020; Ballespí vd., 2022). Araştırmalar, BKÖ'ye sahip kişilerin, duyguları ile yüzleşmek yerine, bastırma ve kaçınma gibi işlevsiz baş etme stratejileri kullanabileceklerini belirtmektedir (Daros ve Williams, 2019; Faraji, 2020). Somatizasyonun özünün daha çok bilinçsiz bir yapısı olduğu ve somatizasyon bozukluğu olan bireylerin tipik olarak somatik şikayetlerinin nedenleri hakkında belirsizlik yaşadıkları ifade edilmektedir (Witthöft vd., 2006; Bandyopadhyay ve Mahato, 2021). Somatize eden hastaların, somatizasyonun arka planındaki psikolojik temelleri göz ardı etme eğilimi ve ilgili duygusal ve kişisel bilgilere ilişkin içgörü eksikliği olabilmektedir (Henker vd., 2019). Bu bilgiler göz önüne alındığında, BKÖ'ye sahip kişilerin bedensel şikayetleri mevcut olduğunda, buna yol açan duyguların farkına varamayacakları düşünülmektedir. Bu düşünceyi destekler bir şekilde; Ballespí vd., (2022) duygusal netlik yüksek olduğunda ve duygular daha fazla açıklığa kavuşturulduğunda, BKB semptomlarının somatizasyon üzerindeki

etkisinin ortadan kalktığını bulgulamaktadır. Ayrıca duygusal tepkilere dair farkındalığın, BKB semptomları ile somatizasyon arasındaki ilişkiyi zayıflatmış olduğunu belirtmektedir.

Mevcut çalışmanın demografik bulgularında somatizasyonun sıklığı, şiddeti ve duygusal durumunun; kadınlarda, ilköğretim mezunlarında ve düşük gelir seviyesine sahip olanlarda anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca somatizasyonun sıklığının çalışmayan kişilerde çalışanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Literatürdeki araştırma sonuçları, bu bulgular ile tutarlı bir şekilde, Japonya (Nakamura vd., 2017), Norveç (Haug vd., 2004), Türkiye (Tan ve Şahin, 2020), İsveç (van Geelen vd., 2015) ve Tayvan (Huang vd., 2023) gibi farklı ülkelerde kadınların erkeklerden daha fazla somatik semptom bildirdiğini göstermektedir. Çalışmalar, somatik belirtilerle ilişkili bozukluklardan; bedensel belirti bozukluğu (Huang vd., 2023), hastalık kaygısı bozukluğu (French ve Hameed, 2021), konversiyon bozukluğunun (Ünal ve Coşar, 2021) ve tıbbi olarak açıklanamayan bedensel semptomların (van Eck van der Sluijs vd., 2018) düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip kişilerde daha sık görüldüğü belirtmektedir. Bununla beraber çalışmayan kişilerde somatizasyon ile ilişkili bozuklukların, çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir (Ünal ve Coşar, 2021; Huang vd., 2023). Düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip olmanın ve işsizliğin, somatizasyon ile ilişkisinin iki yönlü olduğu düşünülmektedir. Somatizasyona yol açabilecek bu sebepler, aynı şekilde somatik belirtilerin bir sonucu da olabilir. Sosyoekonomik seviyesi düşük toplumlarda somatik belirtilerin, etiketlenmeme, sosyal destek ve sorumluluklardan kurtulmak gibi ikincil kazanımlar sağladığı belirtilmektedir (Kirmayer ve Young, 1998). Bu sebepler bireyde somatizasyon gelişimine neden olabilir ancak kişi, somatik belirtilere sahip olduğunda sosyal işlevsellikte bozulmalar ve engellilik de gösterebileceğinden (Woolfolk ve Allen, 2007), düzenli bir eğitim ve iş hayatı olmayabilir. Somatize eden bireylerin sürekli tıbbi bakım arayışı gösterdiği bilinmektedir (Peters vd., 1998). Bu bilgilere bağlı olarak kişinin gelir durumunun da düşebileceği tahmin edilmektedir.

Bu çalışmada BKÖ'nün demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgularda, düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip olanların, bekarların ve çalışmayanların daha fazla BKÖ gösterdiği

görülmektedir. Alanyazında borderline kişilik özellikleri, fiziksel ve sosyal işlevsellikte bozulmalar ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmektedir (Doering, 2019). Ayrıca BKÖ gösteren bireylerin, ilişkilerini sürdürme konusunda güçlükler yaşayabilecekleri belirtilmektedir (Farajı ve Güler, 2021). Bu noktada yüksek eğitim ve gelir düzeyinin, düzenli romantik ilişki ve aktif çalışma durumunun borderline kişilik özelliklerinin oluşması ve sürdürülmesine karşı koruyucu faktörler olabileceği düşünülmektedir.

A. VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda BKÖ ve somatizasyon ilişkisinde reddedilme duyarlılığının aracı bir rolü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bulgularda reddedilme duyarlılığının aracı etkisinin, somatizasyonun sıklığı ve şiddetinde olduğu saptanmış ancak duygusal durumu üzerinde bir aracılık etkisi saptanmamıştır. Ölçümlerin öz bildirime dayalı olarak yapılmış olmasının ve BKÖ'ye sahip olan kişilerin somatizasyonun ardındaki psikolojik sebepleri göz ardı etmeye eğilimli olabilmesinin bu bulguya yol açtığı tahmin edilmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalara projektiv ölçüm araçlarının dahil edilmesi, BKÖ'ye sahip ve somatizasyon eğilimi gösteren kişilerde, somatik belirtilerinin altında yatan duygu durumlarını göz ardı edebilmelerini bertaraf edebilmek adına önerilmektedir.

BKÖ'ye sahip kişilerin reddedilme duyarlılığı ve somatizasyon göstermelerinin ortak etiyolojik faktörler ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla beraber duygu düzenleme ve zihinselleştirme güçlüğü gibi ortak zorlukların bu ilişkinin sıklığını ve şiddetini arttırdığı tahmin edilmektedir. Bu bağlamda somatizasyon tedavisinde BKÖ ve reddedilme duyarlılığının sorgulanmasının, somatik belirtiler gösteren BKÖ'ye sahip kişilerin tedavisinde reddedilme duyarlılığı ve duygu düzenleme üzerine çalışılmasının ve hem BKB hem de somatizasyon ile ilişkili bozukların tedavisinde duyguların tanınma ve ifade edilmesine dair psikoeğitimler verilmesinin faydalı olacağına inanılmaktadır. Bu bağlamda sürekli somatik şikayetler bildiren BKÖ'ye sahip kişilerin, tedavisine reddedilme duyarlılığı ile ilişkili duyguların düzenlenmesine dair çalışmaların eklenmesinin, somatizasyonun devamlılığı üzerinde zayıflatıcı bir etkisinin olabileceği varsayılmaktadır. Reddedilmeye dair otomatik düşüncelerin, ara ve temel inançların belirlenmesi gibi bilişsel teknikler kullanılıp

(Beck vd., 2015), bunların kişinin duygu ve bedensel tepkilerine etkisine dair farkındalık kazandırılabilir. Şema terapi çerçevesinde BKÖ, somatizasyon ve reddedilme ile ilişkili olduğu düşünülen modlar ve işlevsiz şemalar terapide aktivite olduğunda; terapist danışanın duygularını açıkça ifade etmesi için teşvik edebilir ve aktivite olan çocuk ve uyumsuz ebeveyn modlarını değiştirmeye yönelik çalışabilir (Arntz ve Genderen, 2021). Örneğin, kişi cezalandırıcı ebeveyninden gelebilecek bir reddedilme yahut acımasız bir eleştiri beklerken terapistin kişinin duygusal ihtiyaçlarını kabul etmesinin hem reddedilme duyarlılığı hem de somatik belirtiler açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Bununla beraber somatik belirtiler gösteren BKÖ'ye sahip kişilere, kendisinin ve diğerlerinin duygularını doğru bir şekilde anlama ve ifade etme yetisi kazandırmak adına zihinselleştirme temelli psikoterapinin (Bateman ve Fonagy, 2013) ya da duygularının farklı durum ve ilişkilerdeki aktarımının seans üzerinden işlenip çalışılabileceği aktarım odaklı terapinin (Pulat, 2019) uygulanmasının faydalı olacağı tahmin edilmektedir.

Mevcut çalışma, klinik olmayan bir örneklem grubu ile sınırlıdır, bu bulguların klinik örnekleme de genellenebilmesi adına gelecek çalışmalara BKB ve somatizasyon bozuklukları tanısı almış hastaların dahil edilmesi önerilmektedir.

VI. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

ABBEY, S. (2005). Somatization and Somatoform Disorders. LEVENSON, J.L. (Ed.), **The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine**. Washington, American Psychiatric Pub. 1. Baskı.

AISENSTEIN, M., DE AISEMBERG, E. R. (2022). **Psychosomatics Today: A Psychoanalytic Perspective**. New York, Routledge.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)**, Washington DC, Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1987). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)**, Washington, DC, Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)**, Washington DC, Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition Text Revision (DSM-IV-TR)**, Washington DC, Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**, Washington DC, Author.

ARNTZ, A., GENDEREN, H. VAN. (2021). **Schema Therapy for Borderline Personality Disorder**. New York, Wiley Blackwell.

- ASMUNDSON, G. J. G., TAYLOR, S., COX, B. J. (2001). **Health Anxiety: Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions**. West Sussex, Wiley.
- ATWOOD, G. E., ve STOLOROW, R. D. (1984), **Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology**. Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
- BAŞÇELİK, E., FARAJİ, H., GÜLER, K. (2022). **Psikanalitik Kuram ve Şema Teorisi Çerçevesinde Annelerimiz Babalarımız ve Romantik İlişkilerimiz**. Ankara, Nobel Yayın.
- BAUDIN, M. (2005). Freud da Hasta Oldu... **Psikanaliz Yazıları: Psikosomatik**, 11, 33-45. İstanbul, Bağlam.
- BECK, A. T., DAVIS, D. D., FREEMAN, A. (Eds.). (2015). **Cognitive Therapy of Personality Disorders**. New York, Guilford Press.
- BORCKARDT, J. J., YOUNGER, J. W., ADAMS, B. J., NASH, M. R. (2000). Toward A Better Understanding of the Relationship Between Somatization and Hypnotizability. **Meeting of the Society for Clinical And Experimental Hypnosis**. Seattle, WA.
- BOWLBY, J. (1969). **Attachment and Loss**. New York, Basic Books.
- CORI, J. L. (2017). **The Emotionally Absent Mother: How to Recognize and Heal the Invisible Effects of Childhood Emotional Neglect**. New York, Experiment.
- DEBRAY, R. (2015). Psikopatoloji ve Somatizasyon. DEBRAY R., DEJOURS C., FEDIDA P. (Ed), **Beden Deneyimi Psikopatolojisi** (s. 11-87). İstanbul, Bağlam Yayınları.
- ESCOBAR, J., DIMSDALE, J. (2017) Somatic Symptom and Related Disorders. SADOCK, B.J., SADOCK, V.A. (Ed.) **Comprehensive Textbook of Psychiatry**, Philadelphia, Williams ve Wilkins.
- FARAJİ, H., TEZCAN, A.E. (2022). **Borderline Kişilik Bozukluğu**. Ankara, Nobel.

- FENICHEL, O., (1945). **The Psychoanalytic Theory of Neurosis**. New York, W.W. Norton ve Company.
- FINK, P. (2009). Somatization Disorder And Related Disorders. GELDER, M., ANDREASEN, N., LOPEZ-IBOR, J., GEDDES, J. (Ed.), **New Oxford Textbook of Psychiatry**, Oxford, Oxford University Press. 2. Baskı.
- FORD, C.V. (2000) Somatoform Disorders. ELBERT, M.H., LOOSEN, P.T., NURCOMBE, B. (Ed.), **Current Diagnosis and Treatment Psychiatry**. New York, McGraw-Hill.
- FONAGY, P. (2001). **Attachment Theory and Psychoanalysis**. New York, Other Press.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. L., TARGET, M. (2002). **Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self**. New York, Other Press.
- FONAGY, P., ALLISON, E., (2012) What is Mentalization? The concept and its foundations in developmental research. MIDGLEY, N., VROUVA, I. (Ed.) **Minding the Child: Mentalization-Based Interventions With Children, Young People and Their Families**. Routledge, New York.
- FREUD, S. (1917). A Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams. STRACHEY, J. ED.) BAINES, C. M. (TRANS.), **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud** (Original work published 1917). London, Hogarth Press.
- FREUD, S. (1923). **The Ego and the Id**, Standard Edition, London, Hogarth Press.
- FREUD, S., BREUER, J. (2004). **Studies in Hysteria**. London, Penguin.
- FREUD, S. (1937). **The Ego and the Mechanisms of Defense**. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- GRINBERG, L. AND GRINBERG, R. (1999). **Psychoanalytic Perspectives on Migration. Psychoanalysis and Culture. A Kleinien Perspective**. BELL, D. (Ed). New York, Routledge.

- GRINKER, R., WERBLE, B. VE DRYE, R.C. (1968). **The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego Functions.** New York, Basic Books.
- GRODDECK, G. (1977). **The Meaning of İllness.** London, Hogarth Press.
- GUNDERSON, J. G., LINKS, P. S. (2008). **Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide.** Virginia, American Psychiatric Pub.
- GUGGENHEIM, F. G. (2000). **Somatoform Disorders, Comprehensive Textbook of Psychiatry,** SADOCK, B.J., SADOCK, V.A. (Ed), Baltimore, Williams Wilkins. 7. Baskı.
- HOFSTEDE, G. (2001). **Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations,** CA, Sage. 2. Baskı.
- JACOBSON, E. (1964). **The Self and The Object World,** New York, Int. Univ. Press.
- JORDEN, E. (1603). **A Disease Called the Suffocation of Mother,** John Windet, London
- KAYA., B. (2002). Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi. **Psikiyatrik Epidemiyoloji.** İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları.
- KERNBERG, O. F. (1975). **Borderline Conditions and Pathological Narcism,** New York, Jason Aronson.
- KLEIN, M. (2011). **Envy And Gratitude and Other Works 1946-1963.** New York, Random House.
- KOH, K. B., KOH, K. B. (2018). Psychosociocultural Mechanisms of Somatization. **Stress and Somatic Symptoms,** Springer.
- KOHUT, H. (2009). **How Does Analysis Cure?** Chicago, University of Chicago Press.
- KRING, A. M., JOHNSON, S. L., DAVISON, G. C. (2013). **Abnormal psychology.** New York, John Wiley.
- LEVINE, H. B. (2013). The Colourless Canvas: Representation, Therapeutic Action, and the Creation of Mind. LEVINE H.B., REED, G.S.,

- SCARFONE, D. (Ed.), **Unrepresented states and the construction of meaning: Clinical and theoretical contributions**. Londra, Karnac Books.
- LIVESLEY, W. J. (2017). **Integrated Modular Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide to Combining Effective Treatment Methods**. Cambridge, Cambridge University Press
- MAHLER, M. S. (1968). **On Human Symbiosis and the Vicissitudes Of Individuation**, New York: International Universities Press.
- MAHLER, M. S., PINE, F., BERGMAN, A. (1975). **The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation**. New York: Basic Books.
- MARTY, P. (2019). **Zihinselleştirme ve Psikosomatik**. İstanbul: Bağlam Yayıncılık (Orijinal basım tarihi 1998).
- MASTERSON, J. F. (2005). **The personality disorders through the lens of attachment theory and the neurobiologic development of the self: A clinical integration**. Arizona, Zeig, Tucker ve Theisen.
- MCWILLIAMS, N. (2020). **Psikanalitik Tanı: Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak**. İstanbul, Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- MERSKEY, H., MAI, F. (2006). **Somatization and Conversion Disorder**. New York, John Wiley ve Sons.
- PARMAN, T. (2005). Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatiği. **Psikanaliz Yazıları: Psikosomatik**, İstanbul, Bağlam.
- PARIS, J. (2020). **Treatment of Borderline Personality Disorder, A Guide to Evidence-Based Practice**. New York, Guilford Publications. 2. Baskı.
- RAPAPORT, D., GILL, M., SCHAFER, R. (1945). The Nature of Intelligence. **Diagnostic Psychological Testing**, Connecticut, International Universities Press.
- ROCKLAND, L.H. (2016). **Borderline Hastalar İçin Destekleyici Terapi Psikodinamik Bir Yaklaşım**. İstanbul, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.

- SHORTER, E., (1992). **From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era.** New York, The Free Press Macmillan Inc.
- SIEGEL, D. J. (1999). **The Developing Mind: Toward A Neurobiology of Interpersonal Experience.** New York, Guilford Press.
- SMITH, L. W., CONWAY, P. W., COLE, J. O. (2009). **The Mind-Body Interface in Somatization: When Symptom Becomes Disease.** Lanham, The Rowman ve Littlefield Publishing Group Inc.
- STERN, D. N. (2018). **The Interpersonal World of The Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology.** New York, Routledge.
- TRIMBLE, M., REYNOLDS, E. H. (2016). A Brief History Of Hysteria: From the Ancient to the Modern. **Handbook Of Clinical Neurology,** Elsevier.
- ÜNAL, B., COŞAR, B., (2021). Somatik Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozuklukların Epidemiyolojisi. **Somatik Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar Özel Sayısı,** Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi.
- VEITH, I. (1965). **Hysteria: The history of a disease.** Chicago, University of Chicago Press.
- WEST, L. J. (1982). Introduction: Arthur Mirsky and the Evolution of Behavioral Medicine. L. J. WEST, M. STEIN (Eds.), **Critical issues in behavioral medicine.** Philadelphia, Lippincott.
- WINNICOTT, D. W. (1965). **The Maturation Process and Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development.** New York, International Universities Press.
- WINNICOTT, D. W. (1971). **Playing and Reality,** London, Tavistock Publications.
- WOOLFOLK, R. L., ALLEN, L. A. (2007). **Treating Somatization a Cognitive-Behavioral Approach.** New York, Guilford Press.

YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., WEISHAAR, M. E. (2003). **Schema therapy: A practitioner's guide**, New York, Guilford Press.

ZANARINI, M. C. (2005). **Borderline Personality Disorder**. Florida, Taylor ve Francis.

MAKALELER

AGARWAL, V., NISCHAL, A., PRAHARAJ, S. K., MENON, V., KAR, S. K. (2020). Clinical Practice Guideline: Psychotherapies for Somatoform Disorders. **Indian Journal of Psychiatry**, 62(8), 263-271.

AHLUWALIA CAMERON, A., CALDERWOOD, K., MCMURPHY, S. (2018). A Systematic Literature Review of the Etiology of Borderline Personality Disorder From an Ecological Systems Perspective. **Social Work in Mental Health**, 17(3), 364–380.

AKBIYIK, D., MENDEL, E. G., ÖNDER, M. E., CORDING, C. (1999). Almanya'da Yaşayan Türkler'de Göçmen Olmanın Depresyon ve Somatik Semptomlar Üzerine Etkisi. **Kriz Dergisi**, 7(2), 25–29.

ALALAWİ, N. M., AL SALMANI, A. A., ALJABRI, M. K., AZMI, I. S., ALJARDANI, M. M., AL MANDHARI, S. S., AL KINDI, Y. S., AL OMRANI, N. H. (2022). Epidemiology and Prevalence of Somatic Symptom Disorder At the Primary Care Level in Muscat, Oman: A Cross-Sectional Study. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, 58(3), 284-294.

ANDERSON, G., MAES, M., BERK, M. (2012) Biological Underpinnings of the Commonalities in Depression Somatization and Chronic Fatigue Syndrome. **Med Hypotheses**, (78), 752-756.

ANGEL, R., GUARNACCIA, P. J. (1989). Mind, Body, and Culture: Somatization Among Hispanics. **Social Science ve Medicine**, 28(12), 1229-1238.

ARMENTI, N. A., BABCOCK, J. C. (2018). Borderline Personality Features, Anger, and Intimate Partner Violence: An Experimental Manipulation of Rejection. **Journal of Interpersonal Violence**, 36(5-6), 1–26.

- ASTILL WRIGHT, L., ROBERTS, N. P., BARAWI, K., SIMON, N., ZAMMIT, S., MCELROY, E., BISSON, J. I. (2021). Disturbed Sleep Connects Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Somatization: A Network Analysis Approach. **Journal of Traumatic Stress**, 34(2), 375-383.
- ATMACA, M., SIRLIER, B., YILDIRIM, H., KAYALI, A., (2011) Hippocampus and Amygdalar Volumes in Patiens With Somatization Disorder. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, 35(7), 1699-1703.
- AYDUK, Ö., GYURAK, A. (2008). Applying the Cognitive-Affective Processing Systems Approach to Conceptualizing Rejection Sensitivity. **Social and Personality Psychology Compass**, 2(5), 2016-2033.
- AYIK, B., BAS, A., USTA SAĞLAM, N. G., İZCİ, F. (2023). The Relationship Between Emotional Dysregulation, Alexithymia and Somatization in Patients With Bipolar Disorder. **Alpha Psychiatry**, 24(1), 15–21.
- BÄÄRNHIELM, S., EKBLAD, S. (2000). Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm: A Qualitative Study of Somatization And İllness Meaning. **Culture, Medicine and Psychiatry**, 24(4), 431-452.
- BALLESPÍ, S., NONWEILER, J., SHARP, C., VIVES, J., BARRANTES-VIDAL, N. (2022). Self- But Not Other-Mentalizing Moderates the Association Between BPD Symptoms and Somatic Complaints in Community-Dwelling Adolescents. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 95(4), 905– 920.
- BAILER, J., WITTHÖFT, M., ERKIC, M., MIER, D. (2017). Emotion Dysregulation in Hypochondriasis and Depression. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 24(6), 1254–1262.
- BAIR, M. J., ROBINSON, R. L., KATON, W., KROENKE, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review. **Archives of Internal Medicine**, 163(20), 2433-2445.
- BANDYOPADHYAY, C., MAHATO, A. K. (2021). Exploring Alexithymia in Somatization Using Rorschach Psychodiagnostics. **Psychological Thought**, 14(2), 402–426.

- BARSKY, A. J. (1992). Amplification, Somatization, And The Somatoform Disorders. **Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry**, 33(1), 28–34.
- BASKAK, B. Çevik, A. (2007). Somatizasyonun Kültürel Boyutları. **Türkiye’de Psikiyatri**, 9(1), 50-57.
- BASS, C., MURPHY, M. (1995). Somatoform and Personality Disorders: Syndromal Comorbidity and Overlapping Developmental Pathways. **Journal of Psychosomatic Research**, 39(4), 403-427.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2013). Impact of Clinical Severity on Outcomes of Mentalisation-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. **The British Journal of Psychiatry**, 203(3), 221-227.
- BAUMAN, S. (1981). Physical Aspects of The Self: A Review of Some Aspects of Body Image Development in Childhood. **Psychiatric Clinics of North America**, 4(3), 455-470.
- BAUMEISTER, R. F., LEARY, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachment As a Fundamental Human Motivation. **Psychological Bulletin**, 113 (3), 497-529.
- BEENEY, J. E., LEVY, K. N., GATZKE-KOPP, L. M., HALLQUIST, M. N. (2014). EEG Asymmetry in Borderline Personality Disorder and Depression Following Rejection. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, 5(2), 178–185.
- BEISER, M., FLEMING, J. A. (1986). Measuring Psychiatric Disorder Among Southeast Asian Refugees. **Psychological Medicine**, 16(3), 627-639.
- BEKHUIS, E., BOSCHLOO, L., ROSMALEN, J. G., SCHOEVERS, R. A. (2015). Differential Associations of Specific Depressive and Anxiety Disorders With Somatic Symptoms. **Journal of Psychosomatic Research**, 78(2), 116-122.
- BENER, A., AL-KAZAZ, M., FTOUNİ, D., AL-HARTHY, M., DAFEEAH, E. E. (2012). Diagnostic Overlap of Depressive, Anxiety, Stress and Somatoform Disorders in Primary Care. **Asia-Pacific Psychiatry**, 5(1). 29-38.

- BENĞİ-ARSLAN, L., VERHULST, F. C., CRIJNEN, A. A. (2002). Prevalence and Determinants of Minor Psychiatric Disorder in Turkish Immigrants Living in the Netherlands. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 37(3), 118-124.
- BERENSON, K. R., DOWNEY, G., RAFAELI, E., COIFMAN, K. G., PAQUIN, N. L. (2011). The Rejection–Rage Contingency in Borderline Personality Disorder. **Journal of Abnormal Psychology**, 120(3), 681– 690.
- BERENSON, K. R., NYNAES, O., WAKSCHAL, E. S., KAPNER, L. M., SWEENEY, E. C. (2018). Attributions for Rejection and Acceptance in Young Adults With Borderline and Avoidant Personality Features. Rejection Sensitivity and Borderline Personality Disorder. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 37(6), 431–452.
- BERNSTEIN, D. P., STEIN, J. A., NEWCOMB, M. D., WALKER, E., POGGE, D., AHLUVALIA, T., STOKES, J., HANDELSMAN, L., MEDRANO, M., DESMOND, D., ZULE, W. (2003). Development and Validation of A Brief Screening Version of the Childhood Trauma Questionnaire. **Child Abuse ve Neglect**, 27(2), 169–190.
- BERRY, D. S., PENNEBAKER, J. W. (1993). Nonverbal and Verbal Emotional Expression and Health. **Psychotherapy and Psychosomatics**, 59(1), 11-19.
- BEUTEL, M. E., KLEIN, E. M., HENNING, M., WERNER, A. M., BURGHARDT, J., TIBUBOS, A. N., SCHMUTZER, G., BRÄHLER, E. (2020). Somatic Symptoms in the German General Population From 1975 to 2013. **Scientific Reports**, 10(1), 1595-1602.
- BEYAZYÜZ, M., GÖKA, E. (2013). Kültür ve somatizasyon. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 3(1), 17-26.
- BHAR, S. S., BROWN, G. K., BECK, A. T. (2008). Dysfunctional Beliefs and Psychopathology in Borderline Personality Disorder. **Journal of Personality Disorders**, 22(2), 165-177.

- BİLGE, Y., TÜTÜNCÜ, N. (2020). Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 12(1), 180-194.
- BOECKLE, M., SCHRIMPF, M., LIEGL, G., PIEH, C. (2016). Neural Correlates Of Somatoform Disorders From A Meta-Analytic Perspective On Neuroimaging Studies. **Neuroimage Clin**, 11, 606-613.
- BORNSTEIN, R. F., GOLD, S. H. (2007). Comorbidity of Personality Disorders and Somatization Disorder: A Meta-Analytic Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(2), 154–161.
- BOSS, J. M. N. (1979). The Seventeenth-Century Transformation of the Hysterical Affection, and Sydenham's Baconian Medicine. **Psychological Medicine**, 9(2), 221–234.
- BOZZATELLO, P., ROCCA, P., BALDASSARRI, L., BOSIA, M., BELLINO, S. (2021). The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. **Frontiers in Psychiatry**, (12), 1-12.
- BRAMBILA-TAPIA, A. J., MACÍAS-ESPINOZA, F., REYES-DOMÍNGUEZ, Y. A., RAMÍREZ-GARCÍA, M. L., MIRANDA-LAVASTIDA, A. J., RÍOS-GONZÁLEZ, B. E., SALDAÑA-CRUZ, A. M., ESPARZA-GUERRERO, Y., MORA-MORENO, F. F., DÁVALOS-RODRÍGUEZ, I. P. (2022). Association of Depression, Anxiety, Stress and Stress-Coping Strategies With Somatization and Number of Diseases According to Sex in the Mexican General Population. **Healthcare**, 10(6), 1048-1058.
- BRIDGES, K. W., GOLDBERG, D. P. (1985). Somatic Presentation of DSM III Psychiatric Disorders in Primary Care. **Journal of Psychosomatic Research**, 29(6), 563-569.
- BRUEHL, S., LIU, X., BURNS, J. W., CHONT, M., JAMISON, R. N. (2012). Associations Between Daily Chronic Pain intensity, Daily Anger Expression, and Trait Anger Expressiveness: An Ecological Momentary Assessment Study. *PAIN®*, 153(12), 2352-2358.

- BUNGERT, M., KOPPE, G., NIEDTFELD, I., VOLLST€ADT-KLEIN, S., SCHMAHL, C., LIS, S., BOHUS, M. (2015). Pain Processing After Social Exclusion and its Relation to Rejection Sensitivity in Borderline Personality Disorder. **Plos One**, 10(8), 1-22.
- BURNS, J. W., GERHART, J. I., BRUEHL, S., PETERSON, K. M., SMITH, D. A., PORTER, L. S., SCHUSTER, E., KINNER, E., BUVANENDRAN, A., FRAS, A. M., KEEFE, F. J. (2015). Anger Arousal and Behavioral Anger Regulation in Everyday Life Among Patients With Chronic Low Back Pain: Relationships to Patient Pain And Function. **Health Psychology**, 34(5), 547–555.
- BYCHOWSKI, G. (1953). The Problem of Latent Psychosis. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 1(3), 484-503.
- CAO, J., WEI, J., FRITZSCHE, K., TOUSSAINT, A. C., LI, T., JIANG, Y., ZHANG, L., ZHANG, Y., CHEN, H., WU, H., MA, X., LI, W., REN, J., LU, W., MÜLLER, A.-M., LEONHART, R. (2020). Prevalence of DSM-5 Somatic Symptom Disorder in Chinese Outpatients From General Hospital Care. **General Hospital Psychiatry**, 62, 63–71.
- CAVICCHIOLI, M., MAFFEI, C. (2020). Rejection Sensitivity in Borderline Personality Disorder and the Cognitive–Affective Personality System: A Meta-Analytic Review. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, 11(1), 1-12.
- CHAPMAN, L. (1999). Psychosomatic disorders: A psychoanalytic category. Retrieved from <http://www.therapeia.org.uk/documents/Psychosomatics.pdf>
- CHESIN, M., FERTUCK, E., GOODMAN, J., LICHENSTEIN, S., STANLEY, B. (2015). The Interaction Between Rejection Sensitivity and Emotional Maltreatment in Borderline Personality Disorder. **Psychopathology**, 48(1), 31–35.
- CRAIG, T., BIALAS, I., HODSON, S., COX, A. (2004). Intergenerational Transmission of Somatization Behaviour: 2. Observations of Joint Attention and Bids for Attention. **Psychological Medicine**, 34(2), 199-209.

- CONRAD, R., SCHILLING, G., BAUSCH, C., NADSTAWEK, J., WARTENBERG, H. C., WEGENER, I., GEISER, F., IMBIEROWICZ, K., LIEDTKE, R. (2007). Temperament and Character Personality Profiles and Personality Disorders in Chronic Pain Patients. **Pain**, 133(1), 197-209.
- COOPER, K., GREGORY, J. D., WALKER, I., LAMBE, S., SALKOVSKIS, P. M. (2017). Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 45(2), 110–123.
- CREED, F. H., DAVIES, I., JACKSON, J., LITTLEWOOD, A., CHEW-GRAHAM, C., TOMENSON, B., MACFARLANE, G., BARSKY, A., KATON, W., MCBETH, J. (2012). The Epidemiology of Multiple Somatic Symptoms. **Journal of Psychosomatic Research**, 72(4), 311–317.
- ÇETİN, Ş., SÖZERİ VARMA, G. (2021). Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. **Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar**, 13(4), 790–804.
- D'ABATE, L., DELVECCHIO, G., CIAPPOLINO, V., FERRO, A., BRAMBILLA, P. (2020). Borderline Personality Disorder, Metacognition and Psychotherapy. **Journal of Affective Disorders**, 276, 1095–1101.
- DAROS, A. R., WILLIAMS, G. E. (2019). A Meta-Analysis and Systematic Review of Emotion-Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. **Harvard review of psychiatry**, 27(4), 217-232.
- DEUTSCH, H. (1942). Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia. **The Psychoanalytic Quarterly**, 11(3), 301-321.
- DE GUCHT, V., FISCHLER, B. (2002). Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. **Psychosomatics**, 43(1), 1-9.

- DİNAN, T. (2001). Novel Approaches to the Treatment of Depression by Modulating the Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis. **Hum Psychopharmacol**, 16, 89-93.
- DIMSDALE, J. E., CREED, F., ESCOBAR, J., SHARPE, M., WULSIN, L., BARSKY, A., LEE, S., IRWIN, M. R., LEVENSON, J. (2013). Somatic Symptom Disorder: An Important Change in DSM. **Journal of Psychosomatic Research**, 75(3), 223–228.
- DİREKTÖR, C. (2017). Predictors of Adolescent Students' Psychological Problems: The Mediating Role of Paternal Rejection in Turkish Cypriot Sample. **Journal of Human Sciences**, 14(3), 2653-2665.
- DOERING, S. (2019). Borderline Personality Disorder in Patients With Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. **Psychosomatic Medicine**, 81(7), 584-594.
- DONEGAN, N. H., SANISLOW, C. A., BLUMBERG, H. P., FULBRIGHT, R. K., LACADIE, C., SKUDLARSKI, P., GORE, J. C., OLSON, I. R., MCGLASHAN, T. H., WEXLER, B. E. (2003). Amygdala Hyperreactivity in Borderline Personality Disorder: Implications for Emotional Dysregulation. **Biological Psychiatry**, 54(11), 1284–1293.
- DONGIER, M. (1983). Briquet and Briquet's Syndrome Viewed From France. **Canadian Journal of Psychiatry**, 6, 422–427.
- DRIESSEN, M., HERRMANN, J., STAHL, K., ZWAAN, M., MEIER, S., HILL, A., PETERSEN, D. (2000). Magnetic Resonance Imaging Volumes of the Hippocampus and the Amygdala in Women With Borderline Personality Disorder and Early Traumatization. **Archives of General Psychiatry**, 57, 1115–1122.
- DOWNEY, G., FELDMAN, S. I. (1996). Implications of Rejection Sensitivity for Intimate Relationships. **Journal of Personality and Social Psychology**, 70(6), 1327-1343.
- DOWNEY, G., LEBOLT, A., RINCÓN, C., FREITAS, A. L. (1998). Rejection Sensitivity and Children's Interpersonal Difficulties. **Child Development**, 69(4), 1074-1091.

- DOWNEY, G., MOUGIOS, V., AYDUK, O., LONDON, B. E., SHODA, Y. (2004). Rejection Sensitivity and the Defensive Motivational System: Insights From the Startle Response to Rejection Cues. **Psychological Science**, 15(10), 668-673.
- DÖNMEZ, L., DEDEOĞLU, N., ÖZCAN, E. (2000). Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 11(3), 198-203.
- DUNCAN, R., MULDER, R., WILKINSON, S. H., HORWOOD, J. (2019). Medically Unexplained Symptoms and Antecedent Sexual Abuse: An Observational Study of A Birth Cohort. **Psychosomatic Medicine**, 81(7), 622–628.
- ESCOBAR, J. I. (1987). Cross-Cukural Aspects of the Somatization Trait. **Psychiatric Services**, 38(2), 174-180.
- ESPIRIDION, E. D., KERBEL, S. A. (2020). A Systematic Literature Review of the Association Between Somatic Symptom Disorder and Antisocial Personality Disorder. **Cureus**. 12(7), 1-6.
- Fabrega, H. (1990). The Concept of Somatization as A Cultural and Historical Product of Western Medicine. **Psychosomatics**. 52, 653-672.
- FARAJİ, H. (2021). Borderline Kişilik Bozukluğunun Ergenlik Döneminde Belirlenmesine Dair Bir Değerlendirme. **OPUS–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi**, 18(43), 7139-7166.
- FARAJİ, H., GÜLER, K. (2021). Üniversite Öğrencilerinde Borderline Kişilik Özellikleri ve Kıskançlık. **Aydın İnsan ve Toplum Dergisi**, 7(2), 137-153.
- FARAJİ, H., SUCU, H. (2021). Yetişkin Bireylerde İlk Nesne İlişkileri ve Reddedilme Duyarlılığı. **I. Uluslararası Psikolojide Güncel Yaklaşımlar ve Araştırmalar Kongresi**, İstanbul.
- FARAJİ, H., TARIM, S. (2022). A Literature Review on Borderline Personality Patterns of Mothers and Their Children’s Sensitivity to Rejection, Anger, and Aggression. **Advances in Women’s Studies**, 4(2), 36-44

- FARAJI, H., MUHTAR, H. N., TEZCAN, A. E. (2023). Determination of First Object Relations and Emotion Regulation Difficulties in Borderline Personality Disorder With Objective and Projective Methods. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry**, 15(Ek 1), 1–13.
- FARHOUMANDI, N., ZAREAN, M., NASIRI, M., JEGA, M. (2022). Somatization Mediates the Structural Relationship of Alexithymia with Anxiety and Depression. **Iranian Journal of Psychiatry**, 17(2), 144-153.
- FARRELL, J. M. SHAW, I. A. (1994). Emotional Awareness Training: A Prerequisite to Effective Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. **Cognitive and Behavioral Practice**, 1(1), 71-91
- FEINSTEIN, B. A. (2020). The Rejection Sensitivity Model as a Framework for Understanding Sexual Minority Mental Health. **Archives of Sexual Behavior**, 49(7), 2247-2258.
- FELDMAN, S., DOWNEY, G. (1994). Rejection Sensitivity as a Mediator of The Impact of Childhood Exposure to Family Violence on Adult Attachment Behavior. **Development And Psychopathology**, 6(1), 231-247.
- FINK, P. (1996). From Hysteria To Somatization: A Historical Perspective. **Nordic Journal of Psychiatry**, 50(5), 353-363.
- FOXHALL, M., HAMILTON-GIACHRITSIS, C., BUTTON, K. (2019). The Link Between Rejection Sensitivity and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. **British Journal of Clinical Psychology**, 58(3), 289-326.
- FREUD, S., (1895). On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome From Neurasthenia Under the Description “Anxiety Neurosis.” **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, (3), 85-115.

- FRUZZETTI, A. E., SHENK, C., HOFFMAN, P. D. (2005). Family Interaction and the Development of Borderline Personality Disorder: A Transactional Model. **Development And Psychopathology**, *17*(4), 1007-1030.
- GAO, S., ASSINK, M., CIPRIANI, A., LIN, K. (2017). Associations Between Rejection Sensitivity and Mental Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. **Clinical Psychology Review**, *57*, 59-74.
- GRANOT, M., YOVELL, Y., SOMER, E. (2018). Trauma, Attachment Style, and Somatization: A Study of Women With Dyspareunia and Women Survivors of Sexual Abuse. **BMC Women's Health** *18* (1), 29-35.
- GROVER, S., SAHOO, S., CHAKRABARTI, S., AVASTHI, A. (2019). Anxiety and Somatic Symptoms Among Elderly Patients With Depression. **Asian Journal of Psychiatry**, *41*, 66-72.
- GOLDBERG, D. AND BRIDGES, K. (1988). Somatic Presentations of Psychiatric Illness in Primary Care. **Journal of Psychosomatic Research**, *32*, 137-44
- GOLDING, J. M., SMITH, G. R., KASHNER, M. (1991). Does Somatization Disorder Occur in Men? Clinical Characteristics of Women and Men With Multiple Unexplained Physical Symptoms. **Archives of General Psychiatry**, *48*, 231- 235.
- GUNDERSON, J. G. (1996). Borderline Patient's Intolerance of Aloneness: Insecure Attachments and Therapist Availability. **The American Journal of Psychiatry**, *153*(6), 752-758.
- GUNDERSON, J. G., HERPERTZ, S. C., SKODOL, A. E., TORGERSEN, S., ZANARINI, M. C. (2018). Borderline Personality Disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, *4*(1), 1-20.
- GUNDERSON, J. G., SINGER, M. T. (1975). Defining Borderline Patients: An Overview. **The American journal of psychiatry**, *132*(1), 1-10.
- GUZE, S. B., WOODRUFF, R. A., CLAYTON, P. J. (1972). Sex, Age, and the Diagnosis of Hysteria (Briquet's Syndrome). **American Journal of Psychiatry**, *129*, 745-748.

- GUZE, S. B. (1993). Genetics of Briquet's Syndrome and Somatization Disorder: A Review of Family, Adoption, and Twin Studies. **Annals Of Clinical Psychiatry**, 5(4), 225-230.
- GÜLEÇ, M. Y. (2009). Psikosomatik Hastalıklarda Mizaç ve Karakter. **Psikiyatride Guncel Yaklasimler**, 1(3), 201-214.
- GÜLEÇ, H., SAYAR, K., TOPBAŞ, M., KARKUCAK, M., AK, İ. (2004). Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Aleksitimi ve Öfke. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 15(3), 191-198.
- HANEL, G., HENNINGSEN, P., HERZOG, W., SAUER, N., SCHAEFERT, R., SZECSENYI, J., LÖWE, B. (2009). Depression, Anxiety, and Somatoform Disorders: Vague or Distinct Categories in Primary Care? Results From a Large Cross-Sectional Study. **Journal Of Psychosomatic Research**, 67(3), 189-197
- HARRISON, N.A., BRYDON, L., WALKER, C., GRAY, M. A., STEPTOE, A., CRITCHLEY, H.D. (2009) Inflammation Causes Mood Changes Through Alterations in Subgenual Cingulate Activity and Mesolimbic Connectivity. **Biol Psychiatry**, 66, 407-414.
- HAUG, T. T., MYKLETUN, A., DAHL, A. A. (2004). The Association Between Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms in a Large Population: The HUNT-II Study. **Psychosomatic Medicine**, 66(6), 845-851.
- HÄUSER, W., HAUSTEİNER-WIEHLE, C., HENNINGSEN, P., BRÄHLER, E., SCHMALBACH, B., WOLFE, F. (2020). Prevalence and Overlap of Somatic Symptom Disorder, Bodily Distress Syndrome and Fibromyalgia Syndrome in the German General Population: A Cross Sectional Study. **Journal of Psychosomatic Research**, 133, 110111.
- HASHWORTH, T., REİS, S., GRENYER, B. F. (2021). Personal Agency in Borderline Personality Disorder: the Impact of Adult Attachment Style. **Frontiers in Psychology**, 12, 1-9.
- HAZLETT, E. A., ZHANG, J., NEW, A. S., ZELMANOVA, Y., GOLDSTEIN, K. E., HAZNEDAR, M. M., MEYERSON, D., GOODMAN, M., SIEVER, L. J., CHU, K.-W. (2012). Potentiated Amygdala Response

To Repeated Emotional Pictures in Borderline Personality Disorder. **Biological Psychiatry**, 72(6), 448–456.

- HEATH, L. M., PARIS, J., LAPORTE, L., GILL, K. J. (2017). High Prevalence of Physical Pain Among Treatment-Seeking Individuals With Borderline Personality Disorder. **Journal of Personality Disorders**, 32(3), 414-420.
- HECHT, K. F., CICCETTI, D., ROGOSCH, F. A., CRICK, N. R. (2014). Borderline Personality Features In Childhood: The Role of Subtype, Developmental Timing, and Chronicity of Child Maltreatment. **Development and Psychopathology**, 26(3), 805–815.
- HENKER, J., KELLER, A., REISS, N., SIEPMANN, M., CROY, I., WEIDNER, K. (2019). Early Maladaptive Schemas in Patients With Somatoform Disorders and Somatization. **Clinical Psychology ve Psychotherapy**, 26(4), 418-429.
- HENNING, M., SUBIC-WRANA, C., WILTINK, J., BEUTEL, M. (2020). Anxiety Disorders in Patients With Somatic Diseases. **Psychosomatic Medicine**, 82(3), 287-295.
- HERMAN, J. L., PERRY, J. C., VAN DER KOLK, B. A. (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. **The American Journal of Psychiatry**, 146(4), 490–495.
- HOCH, P., POLATIN, P. (1949). Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. **Psychiatric Quarterly**, 23(2), 248-276.
- HUANG, W.-L., CHANG, S.-S., WU, S.-C., LIAO, S.-C. (2023). Population-Based Prevalence of Somatic Symptom Disorder and Comorbid Depression and Anxiety in Taiwan. **Asian Journal Of Psychiatry**, 79(103382), 1-8.
- HUGHES, A. A., LOUREA-WADDELL, B., KENDALL, P. C. (2008). Somatic Complaints in Children With Anxiety Disorders and Their Unique Prediction of Poorer Academic Performance. **Child Psychiatry And Human Development**, 39, 211-220.

- HYPHANTIS, T., GOULIA, P., CARVALHO, A. F. (2013). Personality Traits, Defense Mechanisms and Hostility Features Associated With Somatic Symptom Severity in Both Health and Disease. **Journal of Psychosomatic Research**, 75(4), 362-369.
- JAEGER, P. (2019). The ideas of the Paris Psychosomatic School. **The International Journal Of Psychoanalysis**, 100(4), 754–768.
- KANDEMİR, G., AK, I. (2013). Psychiatric Aspects of Medically Unexplained Symptoms. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry**, 5(4), 479-506.
- KANG, S. H., PARK, C. I., KİM, H. W., KİM, S. J., KANG, J. I. (2020). Anger-Related Characteristics and Childhood Adversity in Somatic Symptom Disorder. **Anxiety And Mood**, 16(2), 49-56.
- KAPFHAMMER, H. P. (2006). Somatic Symptoms in Depression. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, 8(2), 227–239.
- KARAPIÇAK, Ö. K., ASLAN, S., UTKU, Ç. (2012). Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. **Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi**, 1(1), 43-51.
- KARTAL, F., UĞUR, K., METE, B., DEMİRKOL, M. E., TAMAM, L. (2022). The Relationship Between the Oxytocin Level and Rejection Sensitivity, Childhood Traumas, and Attachment Styles in Borderline Personality Disorder. **Psychiatry Investigation**, 19(3), 239–246.
- KARVONEN, J. T., VEIJOLA, J., KOKKONEN, P., LÄKSY, K., MİETTUNEN, J., JOUKAMAA, M. (2005). Somatization and Alexithymia in Young Adult Finnish Population. **General Hospital Psychiatry**, 27(4), 244–249.
- KAYA, F. Ş., GÜNDÜZ İ. (2019). Anne-Babası Evli ya da Boşanmış Olan Çocukların Algıladıkları Ebeveyn Tutumu ile Somatizasyon Belirtileri Arasındaki İlişki. **Gaziantep Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi**, 3(1), 35-56.
- KEALY, D., RİCE, S. M., OGRODNICZUK, J. S., SPİDEL, A. (2018). Childhood Trauma and Somatic Symptoms Among Psychiatric

- Outpatients: Investigating the Role of Shame and Guilt. **Psychiatry Research**, 268, 169–174.
- KELLNER, R., HERNANDEZ, J., PATHAK, D. (1992). Hypochondriacal Fears and Beliefs, Anxiety, and Somatisation. **The British Journal of Psychiatry**, 160(4), 525-532.
- KERR, J. R., PETTY, R., BURKE, B., GOUGH, J., FEAR, D., SINCLAIR, L. I., HOLGATE, S. T. (2008). Gene Expression Subtypes in Patients With Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis. **The Journal Of Infectious Diseases**, 197(8), 1171-1184.
- KERNBERG, O. (1967). "Borderline Personality Organization." **J Am Psychoanal Assoc.** 15(3), 641-685.
- KIM, J. H., TSAI, W., KODISH, T., TRUNG, L. T., LAU, A. S., WEISS, B. (2019). Cultural Variation in Temporal Associations Among Somatic Complaints, Anxiety, and Depressive Symptoms in Adolescence. **Journal Of Psychosomatic Research**, 124, 109763.
- KIRMAYER, L. J., ROBBINS, J. M., DWORKIND, M., YAFFE, M. J. (1993). Somatization And The Recognition of Depression And Anxiety in Primary Care. **The American Journal Of Psychiatry.** 150(5),734-41.
- KIRMAYER, L.J., YOUNG, A. (1998). Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological and Ethnographic Perspectives. **Psychosom Med**, 60, 420–430.
- KIRMAYER, L. J., RYDER, A. G. (2016). Culture and Psychopathology. **Current Opinion in Psychology**, 8, 143-148.
- KITO, T., LEE, B. (2004). Interpersonal Perception in Japanese and British Observers. **Perception**, 33(8), 957-974.
- KLEIN, P., FAIRWEATHER, A. K., LAWN, S. (2022). The Impact of Educational Interventions on Modifying Health Practitioners' Attitudes and Practice in Treating People With Borderline Personality Disorder: An Integrative Review. **Systematic Reviews**, 11(1), 1-19.
- KLEINMAN, A. (1977). Depression, Somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry". **Social Science ve Medicine**, 11, 3–10.

- KLENGEL, T., HECK, A., PFISTER, H., BRÜCKL, T., HENNINGS, J. M., MENKE, A., CZAMARA, D., MÜLLER-MYHSOK, B., ISING, M. (2011). Somatization in Major Depression- Clinical Features and Genetic Associations. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 124(4), 317–328.
- KNIGHT, R.P. (1953) “Borderline States in Psychoanalytic Psychiatry and Psychology”, **Bulletin of the Menninger Clinic**, 17(1), 1-12.
- KOOIMAN, C. G., BOLK, J. H., ROOIJMANS, H. G., TRIJSBURG, R. W. (2004). Alexithymia Does Not Predict the Persistence of Medically Unexplained Physical Symptoms. **Psychosomatic Medicine**, 66(2), 224- 232.
- KOH, K. B., ve PARK, J. K. (2008). The Relation Between Anger Management Style and Organ System-Related Somatic Symptoms in Patients With Depressive Disorders and Somatoform Disorders. **Yonsei Medical Journal**, 49(1), 46-52.
- KOH, K. B., KIM, D. K., KIM, S. Y., PARK, J. K., HAN, M. (2008). The Relation Between Anger Management Style, Mood and Somatic Symptoms in Anxiety Disorders and Somatoform Disorders. **Psychiatry Research**, 160(3), 372-379.
- KOH, K. B., KIM, D. K., KIM, S. Y., PARK, J. K. (2005). The Relation Between Anger Expression, Depression, And Somatic Symptoms in Depressive Disorders and Somatoform Disorders. **Journal of Clinical Psychiatry**, 66(4), 485-491.
- KRAUSE, D., KIRNICH, V.B., STAPF, T. M., HENNINGS, A., RIEMER, S., RIEDEL, M. (2019). Values of Cytokines and Tryptophan Metabolites Over A 12 Weeks Time Course in Patients With Depression and Somatoform Disorder. **Clin Psychopharmacol Neurosci**, 28(17), 34-42.
- KULAKSIZ, G., ERENZOY, H. (2021). 18-65 Yaş Kişilerde Erken Çocuklukta Babalarından Algıladıkları Kabul/Red İlişkisinin Somatizasyon ve Anksiyete Geliştirme Etkisinin İncelenmesi. **Int J Acad Med Pharm**, 3(2), 142-149.

- LACKNER, J. M., GUDLESKI, G. D., BLANCHARD, E. B. (2004). Beyond Abuse: The Association Among Parenting Style, Abdominal Pain, and Somatization in IBS Patients. **Behaviour Research and Therapy**, 42(1), 41-56.
- LANZARA, R., CONTI, C., CAMELIO, M., CANNIZZARO, P., LALLI, V., BELLOMO, R. G., SAGGINI, R., PORCELLI, P. (2020). Alexithymia and Somatization in Chronic Pain Patients: A Sequential Mediation Model. **Frontiers in Psychology**, 11 (545881), 1-10.
- LAZARUS, S. A., SOUTHWARD, M. W., CHEAVENS, J. S. (2016). Do Borderline Personality Disorder Features and Rejection Sensitivity Predict Social Network Outcomes Over Time? **Personality and Individual Differences**, 100, 62–67.
- LEINO, P., MAGNI, G. (1993). Depressive and Distress Symptoms As Predictors of Low Back Pain, Neck-Shoulder Pain, and Other Musculoskeletal Morbidity: A 10-Year Follow-Up of Metal Industry Employees. **Pain**, 53(1), 89-94.
- LEWEKE, F., LEICHSENRING, F., KRUSE, J., HERMES, S. (2012). Is Alexithymia Associated With Specific Mental Disorders. **Psychopathology**, 45(1), 22-28.
- LIEBKE, L., KOPPE, G., BUNGERT, M., THOME, J., HAUSCHILD, S., DEFIEBRE, N., IZURIETA HIDALGO, N. A., SCHMAHL, C., BOHUS, M., LIS, S. (2018). Difficulties With Being Socially Accepted: An Experimental Study in Borderline Personality Disorder. **Journal of Abnormal Psychology**, 127(7), 670–682.
- LİNEHAN, M. M., HEARD, H. L., ARMSTRONG, H. E. (1993). Naturalistic Follow-Up of A Behavioral Treatment For Chronically Parasuicidal Borderline Patients. **Archives of General Psychiatry**, 50(12), 971-974.
- LIPOWSKI, Z. J. (1986). Somatization: A Borderland Between Medicine and Psychiatry. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, 135(6), 609.

- LIPOWSKI, Z. J. (1988). Somatization: The Concept and Its Clinical Application. **American Journal of Psychiatry**, *145*(11), 1358–1368.
- LIU, L., COHEN, S., SCHULZ, M. S., WALDINGER, R. J. (2011). Sources of Somatization: Exploring the Roles of Insecurity in Relationships and Styles of Anger Experience and Expression. **Social Science ve Medicine**, *73*(9), 1436-1443.
- LIU, J., GILL, N. S., TEODORCZUK, A., LI, Z.-JIANG, SUN, J. (2019). The Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy In Somatoform Disorders and Medically Unexplained Physical Symptoms: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Journal of Affective Disorders**, *245*, 98–112.
- LUNDH, L. G., SIMONSSON-SARNECKI, M. (2001). Alexithymia, Emotion, And Somatic Complaints. **Journal Of Personality**, *69*(3), 483-510.
- LUMLEY, M. A., STETTNER, L., WEHMER, F. (1996). How are Alexithymia and Physical Illness Linked? A Review and Critique of Pathways. **Journal of Psychosomatic Research**, *41*(6), 505–518.
- LUTZ, J., GROSS, R. T., VARGOVICH, A. M. (2018). Difficulties in Emotion Regulation and Chronic Pain-Related Disability and Opioid Misuse. **Addictive Behaviors**, *87*(12), 200-205.
- LYONS-RUTH, K., BRUMARIU, L. E., BUREAU, J.-F., HENNIGHAUSEN, K., HOLMES, B. (2015). Role Confusion and Disorientation in Young Adult-Parent Interaction Among Individuals With Borderline Symptomatology. **Journal of Personality Disorders**, *29*(5), 641–662.
- MA, S., YANG, J., CHENG, H., WANG, W., CHEN, G., BAI, H., YAO, L., LIU, Z. (2022). The Central Symptoms of Depression, Anxiety, and Somatization: A Network Analysis. **All Life**, *15*(1), 933–941.
- MAI, F. M., MERSKEY, H. (1980). Briquet’s Treatise on Hysteria. A Synopsis and Commentary. **Archives of General Psychiatry**, *37*, 1401–1405.
- MAI, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. **The Canadian Journal of Psychiatry**, *49*(10), 652-662.

- MACINA, C., BENDEL, R., WALTER, M., WREGE, J. S. (2021). Somatization and Somatic Symptom Disorder and Its Overlap With Dimensionally Measured Personality Pathology: A Systematic Review. **Journal of Psychosomatic Research**, *151*, 110646.
- MA-KELLAMS, C. (2014). Cross-Cultural Differences in Somatic Awareness and Interoceptive Accuracy: A Review of the Literature and Directions for Future Research. **Frontiers in Psychology**, *5* (1379), 1-10.
- MARTY, P. (1958). The Allergic Object Relationship. **The International Journal of Psycho-Analysis**, *39*(2-4), 98-103.
- MARTY, P., DE MUZAN, M. (1963). Functional Aspects of the Dream Life." Operative Thinking". **Revue francaise de psychanalyse**, *27*, 345-356.
- MARTY, P. (1968). A Major Process of Somatization: the Progressive Disorganization. **The International Journal of Psychoanalysis**, *49*(2-3), 246–249.
- MATILTA, A. K., KRONHOLM, E., JULA, A., SALMINEN, J. K., KOIVISTO, A. M., MIELONEN, R. L., JOUKAMAA, M. (2008). Alexithymia and Somatization in General Population. **Psychosomatic Medicine**, *70*(6), 716-722.
- MATTINGLEY, S., YOUSSEF, G. J., MANNING, V., GRAEME, L., HALL, K. (2022). Distress Tolerance Across Substance Use, Eating, And Borderline Personality Disorders: A Meta-Analysis. **Journal of Affective Disorders**, *300*, 492-504.
- MASTERSON, J. (1975). The Borderline Syndrome: The Role of the Mother in the Genesis and Psychic Structure of Borderline Personality. **International Journal of Psycho-Analysis**, *56*, 163-178.
- MAYER, E. A., BERMAN, S., SUYENOBU, B., LABUS, J., MANDELKERN, M. A., NALIBOFF, B. D., CHANG, L. (2005). Differences in Brain Responses to Visceral Pain Between Patients With Irritable Bowel Syndrome and Ulcerative Colitis. **Pain**, *115*(3), 398-409.

- MCLACHLAN, J., ZIMMER-GEMBECK, M. J., MCGREGOR, L. (2010). Rejection Sensitivity in Childhood and Early Adolescence: Peer Rejection and Protective Effects of Parents and Friends. **Journal of Relationships Research**, *1*(1), 31-40.
- MENDES, W. B., MAJOR, B., MCCOY, S., BLASCOVICH, J. (2008). How Attributional Ambiguity Shapes Physiological and Emotional Responses to Social Rejection and Acceptance. **Journal Of Personality and Social Psychology**, *94*(2), 278.
- MENON, V., RAJAN, T. M., KUPPILÍ, P. P., SARKAR, S. (2017). Cognitive Behavior Therapy for Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Controlled Trials. **Indian Journal of Psychological Medicine**, *39*(4), 399–406.
- MEREDITH, P., OWNSWORTH, T., STRONG, J. (2008). A Review of the Evidence Linking Adult Attachment Theory and Chronic Pain: Presenting A Conceptual Model. **Clinical Psychology Review**, *28*(3), 407-429.
- MICALE, M. S. (1990). Hysteria and its Historiography: The Future Perspective. **History of Psychiatry**, *1*(1), 33–124.
- MIRDAL, G. M. (1985). The Condition of “Tightness”: The Somatic Complaints of Turkish Migrant Women. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, *71*(3), 287-296.
- MORENO, S., GILI, M., MAGALLÓN, R., BAUZÁ, N., ROCA, M., DEL HOYO, Y. L., GARCÍA-CAMPAYO, J. (2013). Effectiveness of Group Versus Individual Cognitive-Behavioral Therapy in Patients With Abridged Somatization Disorder. **Psychosomatic Medicine**, *75*(6), 600–608.
- NACAK, Y., MORAWA, E., ERİM, Y. (2021). High Rejection Sensitivity in Patients With Somatoform Pain Disorder. **Frontiers in Psychiatry**, *12*.
- NAKAMURA, Y., TAKEUCHI, T., HASHIMOTO, K., HASHIZUME, M. (2017). Clinical Features of Outpatients With Somatization Symptoms

Treated at a Japanese Psychosomatic Medicine Clinic. **BioPsychoSocial Medicine**, 11(1), 1-5.

- NAZ, F. (2012). Parental Rejection And Comorbid Disorders In Adolescents With Somatization Disorder. **Journal of Behavioural Sciences**, 22(1), 125.
- NOYES, R., LANGBEHN, D. R., HAPPEL, R. L., STOUT, L. R., MULLER, B. A., LONGLEY, S. L. (2001). Personality Dysfunction Among Somatizing Patients. **Psychosomatics**, 42(4), 320–329.
- ORZECZOWSKA, A., MARUSZEWSKA, P., GAŁECKI, P. (2021). Cognitive Behavioral Therapy of Patients With Somatic Symptoms—Diagnostic and Therapeutic Difficulties. **Journal of Clinical Medicine**, 10(14), 3159.
- PAN X, DING W, SUN X, JI C, ZHOU Q, YAN C ET AL (2021). Gray Matter Density of the Dorsomedial Prefrontal Cortex Mediates the Relationship Between Catastrophizing and Anxiety in Somatic Symptom Disorder. **Neuropsychiatr Dis Treat**, 17:757-764.
- PAYNE, H., ve BROOKS, S. D. (2019). Medically Unexplained Symptoms and Attachment Theory: The Bodymind Approach®. **Frontiers in Psychology**, 10(1818),1-11.
- PEGG, S., ARFER, K. B., KUJAWA, A. (2021). Altered Reward Responsiveness and Depressive Symptoms: an Examination of Social and Monetary Reward Domains and Interactions With Rejection Sensitivity. **Journal of affective disorders**, 282, 717-725.
- PERLEY, M. J., GUZE, S. B. (1962). Hysteria—The Stability and Usefulness of Clinical Criteria. **New England Journal of Medicine**, 266, 421–426
- PETERS, S., STANLEY, I., ROSE, M., SALMON, P. (1998). Patients With Medically Unexplained Symptoms: Sources of Patients' Authority and Implications or Demands on Medical Care. **Social Science and Medicine**, 46, 559-565.

- PETRUCCELLI, K., DAVIS, J., BERMAN, T. (2019). Adverse Childhood Experiences and Associated Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Child Abuse ve Neglect**, *97*, 104127.
- PIETRZAK, R. H., PETRY, N. M. (2005). Antisocial Personality Disorder is Associated With Increased Severity of Gambling, Medical, Drug and Psychiatric Problems Among Treatment-Seeking Pathological Gamblers. **Addiction**, *100*(8), 1183-1193.
- PIONTEK, K., WIESMANN, U., APFELBACHER, C., VÖLZKE, H., GRABE, H. J. (2021). The Association of Childhood Maltreatment, Somatization and Health-Related Quality of Life in Adult Age: Results From A Population-Based Cohort Study. **Child Abuse ve Neglect**, *120*, 105226.
- POREH, A. M., RAWLINGS, D., CLARIDGE, G., FREEMAN, J. L., FAULKNER, C., SHELTON, C. (2006). The Bpq: A Scale for the Assessment of Borderline Personality Based on Dsm-Iv Criteria. **Journal of Personality Disorders**, *20*(3), 247-260.
- PORTER, C., PALMIER-CLAUS, J., BRANITSKY, A., MANSELL, W., WARWICK, H., VARESE, F. (2019). Childhood Adversity and Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, *141*(1), 6–20.
- POGGI, A., RICHETIN, J., PRETI, E. (2019). Trust and Rejection Sensitivity in Personality Disorders. **Current Psychiatry Reports**, *21*, 1-9.
- PRICE, D. D., CRAGGS, J. G., ZHOU, Q., VERNE, G. N., PERLSTEIN, W. M., ROBINSON, M. E. (2009). Widespread Hyperalgesia in Irritable Bowel Syndrome Is Dynamically Maintained by Tonic Visceral Impulse Input and Placebo/Nocebo Factors: Evidence From Human Psychophysics, Animal Models, and Neuroimaging. **Neuroimage**, *47*(3), 995-1001.
- PUKHALSKY, A.L., SHMARINA, G.V., ALIOSHKIN, V. A., SABELNIKOV, A. (2008) HPA Axis Exhaustion and Regulatory T Cell Accumulation in Patients With A Functional Somatic Syndrome: Recent View on The Problem of Gulf War Veterans. **J Neuroimmunol**, *196*,133-138.

- PULAT, F. (2019). Aktarım Odaklı Psikoterapinin Borderline Patolojilere Bakışı. **Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi**, 2(3), 117-130.
- RENNEBERG, B., HERM, K., HAHN, A., STAEBLER, K., LAMMERS, C. H., ROEPKE, S. (2012). Perception of Social Participation in Borderline Personality Disorder. **Clinical Psychology ve Psychotherapy**, 19(6), 473-480.
- RIEF, W., PILGER, F., IHLE, D., VERKERK, R., SCHARPE, S., MAES, M. (2004). Psychobiological Aspects of Somatoform Disorders: Contributions of Monoaminergic Transmitter Systems. **Neuropsychobiology**, 49(1), 24-29.
- RIEF, W., HENNINGS, A., RIEMER, S., EUTENEUER, F. (2010). Psychobiological Differences Between Depression and Somatization. **J Psychosom Res**, 68, 495-502.
- RODIN, G. M. (1991). Somatization: A Perspective From Self Psychology. **Journal of the American Academy of Psychoanalysis**, 19(3), 367-384.
- ROGERS, M. P., WEINSHENKER, N. J., WARSHAW, M. G., GOISMAN, R. M., RODRIGUEZ-VILLA, F. J., FIERMAN, E. J., KELLER, M. B. (1996). Prevalence of Somatoform Disorders in A Large Sample of Patients With Anxiety Disorders. **Psychosomatics**, 37(1), 17-22.
- ROHNER, R. P. (2016). Introduction to İnterpersonal Acceptance-Rejection Theory (İpartheory) and Evidence. **Online Readings in Psychology and Culture**, 6(1), 2307-0919.
- ROMERO-CANYAS, R., DOWNEY, G., BERENSON, K., AYDUK, O., KANG, N. J. (2010). Rejection Sensitivity and the Rejection–Hostility Link in Romantic Relationships. **Journal of personality**, 78(1), 119-148.
- ROSEN, G., KLEINMAN, A., KATON, W. (1982). Somatization in Family Practice: A Biopsychosocial Approach. **J Fam Pract**, 14(3), 493-502.
- ROSENBACH, C., RENNEBERG, B. (2014). Rejection Sensitivity as a Mediator of the Relationship Between Experienced Rejection and Borderline

Characteristics. **Personality and Individual Differences**, 69, 176–181.

ROSENSTEIN, L. K., ELLISON, W. D., WALSH, E., CHELMINSKI, I., DALRYMPLE, K., ZIMMERMAN, M. (2018). The Role of Emotion Regulation Difficulties in the Connection Between Childhood Emotional Abuse and Borderline Personality Features. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, 9(6), 590.

ROSSETTI, M. G., DELVECCHIO, G., CALATI, R., PERLINI, C., BELLANI, M., BRAMBILLA, P. (2021) Structural Neuroimaging Of Somatoform Disorders: A Systematic Review. **Neurosci Biobehav Rev**, (122), 66-78.

ROST, K. M., AKINS, R. N., BROWN, F. W., SMITH, G. R. (1992). The Comorbidity of DSM-III-R Personality Disorders in Somatization Disorder. **General Hospital Psychiatry**, 14(5), 322-326.

RUOCCO, A. C., RODRIGO, A. H., LAM, J., LEDOCHOWSKI, J., CHANG, J., WRIGHT, L., MCMAIN, S. F. (2021). Neurophysiological Biomarkers of Response Inhibition and The Familial Risk for Borderline Personality Disorder. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, 111, 110115.

RUOCCO, A., DAROS, A., CHANG, J., RODRIGO, A., LAM, J., LEDOCHOWSKI, J., MCMAIN, S. (2019). Clinical, Personality, and Neurodevelopmental Phenotypes in Borderline Personality Disorder: A Family Study. **Psychological Medicine**, 49(12), 2069-2080.

SANSONE, R. A., TAHİR, N. A., BUCKNER, V. R., WIEDERMAN, M. W. (2008). The Relationship Between Borderline Personality Symptomatology and Somatic Preoccupation Among Internal Medicine Outpatients. **The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry**, 10(04), 286–290.

SANSONE, R. A., SANSONE, L. A. (2011). Substance Use Disorders and Borderline Personality: Common Bedfellows. **Innovations in clinical neuroscience**, 8(9), 10-13.

- SAR, V., KUNDAKÇI, T., KIZILTAN, E., YARGIÇ, I. L., TUTKUN, H., BAKIM, B., ÖZDEMİR, Ö. (2003). The Axis-I Dissociative Disorder Comorbidity of Borderline Personality Disorder Among Psychiatric Outpatients. **Journal of Trauma ve Dissociation**, 4, 119–136
- SAYAR, K., AK, I. (2001). The Predictors of Somatization: A review. **Bull Clin Psychophar**, 11, 266-271.
- SAYAR, K., GÜLEÇ, H., TOPBAŞ, M. (2004). Alexithymia and Anger in Patients With Fibromyalgia. **Clinical Rheumatology**, 23, 441-448.
- SAYAR, K., BİLEN, A., ARIKAN, M. (2001). Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı ve Aleksitimi. **Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi**, 2(1), 36-42.
- SET, Z. (2020). Borderline Kişilik Bozukluğunun Gelişimi. **Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi**, 5(2), 323-37.
- SCHMIDEBERG, M. (1947). The Treatment of Psychopaths and Borderline Patients. **American Journal of Psychotherapy**, 1, 45–70.
- SCHMALING, K. B., FALES, J. L., LINEHAN, M. M. (2021). Treatment for Borderline Personality Disorder and Secondary Effects on Somatization. **Journal of Personality Disorders**, 35(4), 632–640.
- SCHMALING, K. B., FALES, J. L. (2018). The Association Between Borderline Personality Disorder And Somatoform Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 25(2), Article e12244.
- SCARELLA, T. M., BOLAND, R. J., BARSKY, A. J. (2019). Illness anxiety disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. **Psychosomatic Medicine**, 81(5), 398–407.
- SIFNEOS, P. E. (1973). The Prevalence of ‘Alexithymic’ Characteristics in Psychosomatic Patients. **Psychotherapy and Psychosomatics**, 22(2-6), 255–262.
- SIMS, J. (1799). Pathological Remarks Upon Various Kinds of Alienation of Mind. **Memoirs of the Royal Society of London**, 5, 372-406.

- SIMON, G. E., VONKORFF, M., PICCINELLI, M., FULLERTON, C., ORMEL, J. (1999). An International Study of the Relation Between Somatic Symptoms and Depression. **New England Journal of Medicine**, *341*(18), 1329-1335.
- SHAH, R., ZANARINI, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. **Psychiatric Clinics**, *41*(4), 583-593.
- SMADJA, C. (2011). Psychoanalytic Psychosomatics. **The International Journal of Psychoanalysis**, *92*(1), 221–230.
- SINGH, S. P., LEE, A. S. (1997). Conversion Disorders in Nottingham: Alive, but not Kicking. **Journal of Psychosomatic Research**, *43*(4), 425–430.
- SOMMER, I., LUKIC, N., RÖSSLER, W., ETTLIN, D. A. (2019). Measuring Anger in Patients Experiencing Chronic Pain-A Systematic Review. **Journal of Psychosomatic Research**, *125*, 109778.
- STAEBLER, K., HELBING, E., ROSENBAACH, C., RENNEBERG, B. (2010). Rejection Sensitivity and Borderline Personality Disorder. **Clinical Psychology ve Psychotherapy**, *18*(4), 275–283.
- STEPP, S. D., WHALEN, D. J., SCOTT, L. N., ZALEWSKI, M., LOEBER, R., HIPWELL, A. E. (2014). Reciprocal Effects of Parenting and Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls. **Development and Psychopathology**, *26*(2), 361–378.
- STERN, A. (1938). Borderline Group of Neuroses. **The Psychoanalytic Quarterly**, *7*, 467–489.
- STERN, J., MURPHY, M., BASS, C. (1993). Personality Disorders in Patients With Somatisation Disorder: A Controlled Study. **The British Journal of Psychiatry**, *163*(6), 785-789.
- STIGLMAYR, C. E., GRATHWOL, T., LINEHAN, M. M., IHORST, G., FAHRENBERG, J., BOHUS, M. (2005). Aversive Tension in Patients With Borderline Personality Disorder: A Computer-Based Controlled Field Study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, *111*(5), 372–379.

- STUART, S., NOYES, R. (1999). Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. **Psychosomatics**, 40(1), 34–43.
- STURGEON, J. A., DIXON, E. A., DARNALL, B. D., MACKEY, S. C. (2015). Contributions of Physical Function and Satisfaction With Social Roles to Emotional Distress in Chronic Pain: A Collaborative Health Outcomes Information Registry (CHOIR) Study. **Pain**, 156 (12), 2627.
- ŞAHİN, E., TÜRKCAN, A. S., BELENE, A., YEŞİLBURSA, D., YURT, E. (2009). Somatizasyonda Kültürel ve Sosyolojik Faktörler. **New Symposium**. 47(4), 187-193.
- ŞAR, V., NECEF, I., MUTLUER, T., FATİH, P., TÜRK-KURTÇA, T. (2020). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-Overcontrol as Additional Factor. **Journal of Trauma ve Dissociation**, 22(1), 35–51.
- TAN, Y. ŞAHİN, E. M. (2020). The Association Between Somatic Symptoms and Sociodemographic and Clinical Characteristics. **Konuralp Medical Journal**, 12 (2), 183-190
- TATHAN, E. (2014). Winnicott’ın Nesne İlişkileri Kuramı ile Somatoform Bozuklukların İncelenmesi: Ağrı Bozukluğu Vakası. **AYNA Klinik Psikoloji Dergisi**, 1(3), 17-28.
- TAYCAN, O., SAR, V., CELİK, C., ERDOGAN-TAYCAN, S. (2014). Trauma-Related Psychiatric Comorbidity of Somatization Disorder Among Women in Eastern Turkey. **Comprehensive Psychiatry**, 55(8), 1837–1846.
- TERR, L. C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. **American Journal of Psychiatry**, 148, 10–20.
- THOMAS, K. K., BOWKER, J. C. (2015). Rejection Sensitivity and Adjustment During Adolescence: Do Friendship Self-Silencing and Parent Support Matter?. **Journal of Child and Family Studies**, 24, 608-616.
- TORGERSEN, S. (1986). Genetics of Somatoform Disorders. **Arch Gen Psychiatry**, (43) 502-505.

- TREMBLAY, I., SULLIVAN, M. J. L. (2010). Attachment and Pain Outcomes in Adolescents: The Mediating Role of Pain Catastrophizing and Anxiety. **The Journal of Pain**, *11*(2), 160–171.
- TSANKOVA, N., RENTHAL, W., KUMAR, A., NESTLER, E. J. (2007). Epigenetic Regulation in Psychiatric Disorders. **Nat Rev Neurosci**. (8), 355-67.
- VACCARINO, A. L., SILLS, T. L., EVANS, K. R., KALALI, A. H. (2009). Multiple Pain Complaints in Patients With Major Depressive Disorder. **Psychosomatic Medicine**, *71*(2), 159-162.
- VAN DIJKE, A., FORD, J. D., VAN DER HART, O., VAN SON, M., VAN DER HEIJDEN, P., BÜHRING, M. (2010). Affect Dysregulation in Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder: Differentiating Under- and Over-Regulation. **Journal of Personality Disorders**, *24*, 296–311.
- VAN GEELEN, S. M., RYDELIUS, P. A., HAGQUIST, C. (2015). Somatic Symptoms and Psychological Concerns in A General Adolescent Population: Exploring the Relevance of DSM-5 Somatic Symptom Disorder. **Journal Of Psychosomatic Research**, *79*(4), 251-258.
- VAN ECK VAN DER SLUIJS, J. F., TEN HAVE, M., DE GRAAF, R., RIJNDERS, C. A., VAN MARWIJK, H. W., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. M. (2018). Predictors of Persistent Medically Unexplained Physical Symptoms: Findings From a General Population Study. **Frontiers in Psychiatry**, *9*, 613.
- VILLEMURE, C., BUSHNELL, M. C. (2009). Mood Influences Supraspinal Pain Processing Separately From Attention. **Journal of Neuroscience**, *29*(3), 705-715.
- VODERHOLZER, U., SCHWARTZ, C., THIEL, N., KUELZ, A. K., HARTMANN, A., SCHEIDT, C. E., SCHLEGL, S., ZEECK, A. (2013). A Comparison of Schemas, Schema Modes and Childhood Traumas in Obsessive-Compulsive Disorder, Chronic Pain Disorder and Eating Disorders. **Psychopathology**, *47*(1), 24–31.

- WALDINGER, R. J., SCHULZ, M. S., BARSKY, A. J., AHERN, D. K. (2006). Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment. **Psychosomatic Medicine**, 68(1), 129–135.
- WEARDEN, A. J., LAMBERTON, N., CROOK, N., WALSH, V. (2005). Adult Attachment, Alexithymia, and Symptom Reporting: An Extension to the Four Category Model of Attachment. **Journal Of Psychosomatic Research**, 58(3), 279-288.
- WEAVER, I. C., CHAMPAGNE, F. A., BROWN, S. E., DYMOV, S., SHARMA, S., MEANEY, M. J., SZYF, M. (2005). Reversal of Maternal Programming of Stress Responses in Adult Offspring Through Methyl Supplementation: Altering Epigenetic Marking Later in Life. **The Journal of Neuroscience**, 25(47), 11045–11054.
- WEBB, H. J., ZIMMER-GEMBECK, M. J., MASTRO, S., FARRELL, L. J., WATERS, A. M., LAVELL, C. H. (2015). Young Adolescents' Body Dysmorphic Symptoms: Associations With Same-and Cross-Sex Peer Teasing via Appearance-Based Rejection Sensitivity. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 43, 1161-1173.
- WECK, F., RICHTBERG, S., NENG, J. (2014). Epidemiology of Hypochondriasis and Health Anxiety: Comparison of Different Diagnostic Criteria. **Current Psychiatry Reviews**, 10(1), 14–23.
- WENZEL, A., STEER, R. A., BECK, A. T. (2005). Are There Any Gender Differences in Frequency of Self-Reported Somatic Symptoms of Depression?. **Journal of Affective Disorders**, 89(1-3), 177-181.
- WHITE, C. N., GUNDERSON, J. G., ZANARINI, M. C., HUDSON, J. I. (2003). Family Studies of Borderline Personality Disorder: A Review. **Harvard Review of Psychiatry**, 11(1), 8-19.
- WOOL, C. A., ve BARSKY, A. J. (1994). Do Women Somatize More Than Men?: Gender Differences in Somatization. **Psychosomatics**, 35, 445–452.

- WIECH, K., TRACEY, I. (2009). The influence of negative emotions on pain: behavioral effects and neural mechanisms. **Neuroimage**, 47(3), 987-994.
- WITTHÖFT, M., GERLACH, A. L., BAILER, J. (2006). Selective Attention, Memory Bias, and Symptom Perception in Idiopathic Environmental Intolerance and Somatoform Disorders. **Journal Of Abnormal Psychology**, 115(3), 397.
- XIE, G.-D., CHANG, J.-J., YUAN, M.-Y., WANG, G.-F., HE, Y., CHEN, S.-S., SU, P.-Y. (2021). Childhood Abuse and Borderline Personality Disorder Features in Chinese Undergraduates: The Role of Self-Esteem and Resilience. **BMC Psychiatry**, 21(326)- 1-9.
- YAĞCI, İ., AKBULUT, N., KIVRAK, Y., ÖZÇETİN, A., ATAÖĞLU, A. (2014). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki. **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 4 (3), 14-18.
- YANARTAŞ, Ö., KANI, H. T., KANI, A. S., AKÇA, Z. N., AKÇA, E., ERGÜN, S., TEZCAN, N., ATUG, Ö., İMERYÜZ, N., SAYAR, K. (2019). Depression and Anxiety Have Unique Contributions to Somatic Complaints in Depression, Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Diseases. **Psychiatry and Clinical Psychopharmacology**, 29(4), 418–426.
- YANG, Y. (2020). Daily Stressor, Daily Resilience, and Daily Somatization: The Role of Trait Aggression. **Personality and Individual Differences**, 165, 110141.
- YANG, Y. (2023). A Daily Diary Study on Stressors, Hurt Feelings, Aggression, and Somatic Symptoms: The Role of Rejection Sensitivity and Negative Emotion Differentiation. **Aggressive Behavior**, 26, 1-13.
- YAVUZ, M., ALUÇ, N., TASA, H., HAMAMCIOĞLU, İ., BOLAT, N. (2019). The Relationships Between Attachment Quality, Metacognition, and Somatization in Adolescents: The Mediator Role of Metacognition. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, 32(1), 33–39.

- ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., REICH, D. B., MARINO, M. F., LEWIS, R. E., WILLIAMS, A. A., KHERA, G. S. (2000). Biparental Failure in The Childhood Experiences of Borderline Patients. **Journal of Personality Disorders**, *14*(3), 264–273.
- ZANARINI, M. C., TEMES, C. M., MAGNÍ, L. R., AGUIRRE, B. A., HEIN, K. E., GOODMAN, M. (2020). Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Adolescents. **Journal of Personality Disorders**, *34* (Supplement B), 17–24.
- ZEGARRA-LÓPEZ, A. C., LUNA-VICTORIA, G., ROMERO-MONTENEGRO, D., FLORENTINO-SANTISTEBAN, B., PRIETO-MOLINARI, D. E., MONTOYA-CUADRAO, M. (2022). Prevalence and Predictors Of Somatization in Peruvian Undergraduate Students During the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, *19*(23), 15576.
- ZHOU, X., MIN, S., SUN, J., KIM, S. J., AHN, J. S., PENG, Y., RYDER, A. G. (2015). Extending a structural model of somatization to South Koreans: Cultural values, somatization tendency, and the presentation of depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, *176*, 151-154.
- ZILBOORG, G. (1941). Ambulatory Schizophrenia. **Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes**, *4*, 149–155.

TEZLER

- ARAGNO, A. (1992). Symbolization: Proposing a New Paradigm for a Psychoanalytic Model of Psychic Transformation (Order No. 9305312). Available from ProQuest Dissertations ve Theses Global. (304052587). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/symbolization-proposing-new-paradigm/docview/304052587/se-2>
- CEYLAN, V. (2017). Borderline Kişilik Ölçeği (Türkçe BPQ): Geçerlik, Güvenirliği, Faktör Yapısı, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

- ÇETİN, Ş. (2018). Bedensel Belirti Bozukluğu Olan Hastalarda Epigenetik Değişiklikler, Duygu Tanıma ve İfade Becerisi ile Travmatik Yaşantıların İlişkisi. Uzmanlık tezi. Denizli, Pamukkale Üniversitesi.
- ERÖZKAN, A. (2004). Romantik İlişkilerde Reddedilmeye Dayalı İncinebilirlik Bilişsel Değerlendirme ve Başaçıkma. Basılmamış Doktora Tezi. KTÜ-SBE, Trabzon, 2004.
- FARAJI, H. (2020). Borderline Kişilik Bozukluğunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ve Ruhsal İşleyişin Rorschach Testindeki Görünümü. Doğu Üniversitesi Lisansüstü Enstitüsü, İstanbul.

İNTERNET KAYNAKARI

- World Health Organization. (1992)**The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders:clinical descriptions and diagnostic guidelines**. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
- World Health Organization. (2019)**The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines**. WHO.<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

EKLER

EK-A: Kişisel Bilgi Formu

EK-B: Borderline Kişilik Ölçeği

EK-C: Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği

EK-D: Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği

EK-E: Etik Kurul Kararı

EK-A: Kişisel Bilgi Formu

Yaş: _____

Cinsiyet: Kadın Erkek

Medeni durumunuz?

Bekar Evli Boşanmış Ayrı yaşıyor

Eğitim düzeyiniz nedir? (Mezun olduğunuz son okulu işaretleyiniz.)

İlköğretim Ortaöğretim Lisans Lisansüstü

Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyorum Çalışmıyorum

Aylık gelirinizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

Düşük Orta Yüksek

Bilinen ruhsal bir hastalığınız var mı? (Evet ise lütfen belirtiniz.)

Evet

.....
 Hayır

EK-B: Borderline Kişilik Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendileri hakkında kullandıkları ifadeler bulacaksınız. Bu ifadelerin sizin için de geçerli olup olmadığına karar vermelisiniz. Lütfen aşağıdaki tüm ifadeler için son iki yıl ve öncesinde *SİZİ EN İYİ TANIMLADIĞINI DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ* en uygun seçeneği işaretleyiniz. Yanıtınız doğru ise D seçeneğini daire içine alınız. Eğer yanıtınız yanlış ise Y seçeneğini daire içine alınız.

Unutmayın, herkes birbirinden farklıdır. Doğru, yanlış, ya da hileli yanıt yoktur. Olabildiğince dürüst yanıtlar vermeye özen gösteriniz ve her bir soruda uzun süre düşünmeden yanıt vermeye dikkat ediniz. Bazen karar vermek sizin için zor olsa bile, lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışınız.

1. İşleri çoğu kez üzerinde fazla düşünmeden yaparım.	D	Y
2. Çoğu kez birden bire depresif ve anksiyeteli hissederim.	D	Y
3. İnsanlar çoğu kez beni terkederler.	D	Y
4. Arkadaşlarım tarafından nadiren hayal kırıklığına uğrarım.	D	Y
5. Kendimi diğer kişilerden (derece olarak) daha aşağıda hissederim.	D	Y
6. Geçmişte kendine zarar verme davranışında bulunmakla tehdit ettiğim oldu.	D	Y
7. Hayatımla ilgili bir şeyler yapmak için becerilerimin varolduğuna inanmıyorum.	D	Y
8. Nadiren diğer insanlara kızarım.	D	Y
9. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım.	D	Y
10. Uzunca bir süre tanımadığım birisiyle cinsel ilişkide bulunmam.	D	Y
11. Bazen kendimi anksiyeteli ya da gergin hissederim, bir kaç saat sonra da üzgün hissederim.	D	Y

12. Bana yakın olan insanlar öldüğünde ya da beni bıraktıklarında, kendimi terk edilmiş hissedirim.	D	Y
13. Potansiyel dostlukları çoğu kez abartır, sonra da yürümeyeceklerini anlarım.	D	Y
14. Diğer insanlar gibi olsaydım kendimi iyi hissedirdim.	D	Y
15. Kasıtlı olarak kendimi öldürmeye çalışmaksızın, kendime zarar vermeye çalıştım.	D	Y
16. Genel olarak, hayatım çok sıkıcıdır.	D	Y
17. Sık sık fiziksel kavga ederim	D	Y
18. Bazen birilerinin peşimde olduğunu hissine kapılırım.	D	Y
19. Arkadaşlarım duygularımın çok hızlı bir şekilde değiştiğini söylerler.	D	Y
20. Yalnız zaman geçirmekten korkarım.	D	Y
21. Güvenilir görünen insanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğrattılar.	D	Y
22. Geçmişte intihar girişiminde bulundum.	D	Y
23. Çoğu kez başkalarına sunacak hiçbir şeyim yok gibi hissedirim.	D	Y
24. Öfkelendiğimde kendimi kontrol edememe sorunum var.	D	Y
25. Başkalarının zihnini okuyabilirim.	D	Y
26. Kokain, eroin gibi ağır uyuşturucu maddeler denedim.	D	Y
27. Duygu durumum gün boyunca mutluluk, öfke, anksiyete ve depresyon arasında sık sık gider gelir.	D	Y
28. Arkadaşlarımdan ayrıldığımda, onları tekrar göreceğimden eminimdir.	D	Y

29. Arkadaşlarım çoğu kez beni hayal kırıklığına uğrattılar.	D	Y
30. Kendimi bilerek kestim.	D	Y
31. Çoğu kez kendimi yalnız ve terk edilmiş hissedirim.	D	Y
32. Öfkelendiğimde kendimi kontrol etmede hiç bir zorluk çekmem.	D	Y
33. Bazen başkalarının görmediği ya da duymadığı şeyler görür ve duyarım.	D	Y
34. İlk buluşmada cinsel ilişkide bulunmak benim için alışılmamış değildir.	D	Y
35. Bazen kendimi çok üzgün hissedirim ama bu duygu hızlı bir şekilde geçer.	D	Y
36. İnsanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğrattılar.	D	Y
37. Keşke bazı arkadaşlarım gibi olabilsem.	D	Y
38. Dikkat çekmek için kendime zarar verdiğim oldu.	D	Y
39. Farklı insanlarla farklı ortamlarda bulunduğumda bazen kim olduğumdan emin olmayacak derecede kendimi farklı hissedirim.	D	Y
40. Başkaları tarafından kolayca kızdırılırım.	D	Y
41. Bazen başkalarının ne düşündüğünü gerçekten duyabilirim.	D	Y
42. Canım istediğinde uyuşturucu maddeler kullanırım.	D	Y
43. Nadiren kendimi üzgün ya da anksiyeteli hissedirim.	D	Y
44. Beni hiç kimse sevmiyor.	D	Y
45. İnsanlara güvendiğimde, nadiren beni hayal kırıklığına uğrattılar.	D	Y

46. İnsanların beni daha yakından tanıdıklarında, beni sevmeyeceklerini hissediyorum.	D	Y
47. Kolayca öfkelenirim.	D	Y
48. Başkalarının zihinlerini okumak mümkün değildir.	D	Y
49. Bazen kendimi çok mutlu hissediyorum ama bu duygu hızlı bir şekilde değişebiliyor.	D	Y
50. Onlara ihtiyacım olduğunda yanımda olmayacakları için, başkalarına bağımlı olmakta zorlanırım.	D	Y
51. Önem verdiğim kişilerle ilişkilerimde inişler ve çıkışlar çok olur.	D	Y
52. Kendim gibi davranmada rahatımdır.	D	Y
53. Asla kendime zarar girişiminde bulunmadım.	D	Y
54. Nadiren yalnızlık hissederim.	D	Y
55. Çoğu kez önemsiz şeylerin beni öfkelenirdiği olur.	D	Y
56. Bazen gerçek olanla hayalimde canlandırdığım arasındaki farkı atlarım.	D	Y
57. İçki içtiğim zaman, çok fazla içerim.	D	Y
58. Kendimi huysuz, geçimsiz bir kişi olarak düşünürüm.	D	Y
59. İnsanlar çoğu kez beni terk ettikleri için, onlarla yakın ilişkiler geliştirmede zorluk çekerim.	D	Y
60. Onlara ihtiyacım olduğunda arkadaşlarım her zaman yanımda olurlar.	D	Y
61. Keşke bir başkası olsaydım.	D	Y
62. Hayatımın ilginç olmadığını hissediyorum.	D	Y

63. Öfkələndiđim zaman, bazen eşyalara vurup kırabilirim.	D	Y
64. Çoğu kez aşırı hız nedeniyle trafik cezası alırım.	D	Y
65. Çoğu kez duygusal açıdan bir lunapark treninin üzerindeymiş gibi hissederim.	D	Y
66. Ailem tarafından terk edilmiş gibi hissediyorum.	D	Y
67. Kim olduğum konusunda kendimi çok rahat hissediyorum.	D	Y
68. Çođu kez iřleri fazla dűřünmeden, dűrtűsel olarak yaparım.	D	Y
69. Hayatımın bir amacı yoktur.	D	Y
70. Gelecekte ne yapmak istediğimden emin değilim.	D	Y
71. Bazen o kadar çok yiyorum ki, ya çok sancım oluyor ya da kendimi kusmak için zorlamak zorunda kalıyorum.	D	Y
72. İnsanlar huysuz, geçimsiz bir kiři olduđumu dűřünűrler.	D	Y
73. Sevdiğim insanlar beni çoğu kez bırakırlar.	D	Y
74. Sosyal durumlarda, çoğu kez başkalarının zihnimden geçenleri sezeceklerini ve onlara sunabileceğim pek bir şey olmadığını farkedeceklerini hissederim.	D	Y
75. Kendime zarar vermeye çalıştığım için hastanede yattığım olmuştur.	D	Y
76. Çoğu kez boşluk duygusu hissederim.	D	Y
77. Başkaları beni çoğu kez fkələndirir.	D	Y
78. Deđer verdiđim birisinin beni bırakacađını dűřűnmek beni çođu kez çılgına çevirir.	D	Y

79. Uzun vadeli amaçlarım konusunda kafam karışıktır.

D Y

80. Başkaları çok çabuk fkelendiğimi söylerler.

D Y

EK-C: Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği

Aşağıdaki her BİR fiziksel zorluk için, sütun A ve sütun B’de **yalnız BİR sayıyı** işaretleyiniz ve sütun C için size uyan **yalnız BİR kutuyu** işaretleyiniz.

	Sütun – A Ne sıklıkla aşağıdaki problemleri yaşıyorsunuz? (Bir Seçeneği Yuvarlak İçine Alınız)					Sütun - B Bu problem size ne kadar etkiliyor?(Bir Seçeneği Yuvarlak İçine Alınız)					Sütun - C hissettiğimde bu problemleri yaşıyorum (Size Uyan Seçenekleri İşaretleyiniz)		
	Bu problemi HİÇ yaşamadım	Ayda bir kereden daha az	Ayda bir ya da iki kere	Ayda üç ya da dört kere	Ayda dört kereden fazla	HİÇ problem olmuyor	Çok az fark ediyorum problem değil	Küçük bir problem ve az bir rahatsızlık yaşıyorum	Problem ama başa çıkabiliyorum	Hayatımda büyük olumsuz etkileri var	Stresli, huzursuz, korkmuş ya da kaygılı	Depresif, yalnız, üzgün ya da boş (anlamsız)	Sinirli, tedirgin, kızgın ya da telaşlı
Migren baş ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Baş ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Mide bulantısı ya da mide bozulması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Hissizlik ya da karıncalanma	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Nefes almada zorluk ya da nefes darlığı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Mide ağrısı ya da sancısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Sarsıklık ya da titreme	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Uykuda zorluk	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kusma	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kalp sıkışması ya da çarpıntısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
İshal	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Baygınlık ya da bayılma	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kramp	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Sırt ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
İştah problemleri	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Bacak ya da ayak ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Baş dönmesi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Yorgunluk ya da halsizlik	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Sindirim güçlüğü	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Cinsel istikrarsızlık (erkekler için)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Göğüs ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Bulanık görme	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Burun kanaması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Yayılmış vücut ağrı ve sancıları	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kabızlık	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Sıcak ya da soğuk nöbet	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Cilt döküntüsü	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kol ya da ellerde ağrı ve sancı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Genital/cinsel ağrı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Uçuk	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Göz seğirmesi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Erken boşalma (erkekler için)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Reflü/mide yanması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Ülser	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kulaklarda çınlama	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			

Kuru ya da kırmızı gözler	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Regl olmama (kadınlar için)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Akne	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kas gerilmesi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Şiddetli adet (aybaşı) öncesi sendrom	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Orgazm olamama	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Aşırı enerji	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			

EK-D: Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği

RDÖ

Yönerge: Aşağıda genç yetişkinlerin kişilerarası ilişkilerine yönelik yaşantılarını temsil eden ve varsayımaya dayalı “*muhtemel hayır denme ve reddedilme*” durumlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyup, böyle bir yaşantının sizde ne tür bir etki yapabileceğini düşününüz. Cevabınızı 1 ile 6 arasındaki (1) **Beni hiç endişelendirmez** ile, (6) **Beni çok endişelendirir** aralığında belirleyerek, aşağıdaki her cümleyi size uygun olan ifadelerle tamamlayıp işaretlemenizi gerçekleştiriniz.

1. Sınıftaki birinden ödünç olarak notlarımı istemek...	1	2	3	4	5	6
2. Kız/erkek arkadaşına onunla birlikte eve taşınmak istediğimi söylemek...	1	2	3	4	5	6
3. Hangi programa başvurmam gerektiği ile ilgili ebeveynlerimden yardım istemek...	1	2	3	4	5	6
4. İyi tanımadığım, çıktığım kişi hakkında başka birinden bilgi istemek...	1	2	3	4	5	6
5. Kız/erkek arkadaşımın geceyi arkadaşlarıyla geçirmek için plan yapması, fakat benim gerçekten geceyi onunla geçirmek istediğimi söylemek...	1	2	3	4	5	6
6. Ailemden günlük harcamalarım için daha fazla para istemek...	1	2	3	4	5	6
7. Ders sonrası, ders hocasından anlamadığım bir bölümle ilgili daha fazla bilgi istemek...	1	2	3	4	5	6
8. Yakın bir arkadaşına yaklaşarak onu ciddi bir şekilde kızdıran bir şeyden sonra onunla konuşmak ...	1	2	3	4	5	6
9. Sınıfımdaki birine kahve ısmarlamak ...	1	2	3	4	5	6
10. Mezuniyet sonrası bir iş bulamadığımda aileme bir süre daha beni desteklemeleri gerektiğini söylemek...	1	2	3	4	5	6
11. Arkadaşımdan Şubat tatilinde benimle birlikte bir yere gelmesini istemek...	1	2	3	4	5	6
12. Sert bir tartışma sonrası kız/erkek arkadaşımı arayarak onu görmek istediğimi söylemek...	1	2	3	4	5	6
13. Bir arkadaşşımdan onun herhangi bir şeyini ödünç alıp alamayacağımı sormak...	1	2	3	4	5	6
14. Ailemden benim için önemli bir davete (güne) gelmelerini istemek...	1	2	3	4	5	6
15. Arkadaşımdan bana büyük bir iyilik yapmasını istemek...	1	2	3	4	5	6
16. Kız/erkek arkadaşımın beni gerçekten sevip sevmediğini sormak...	1	2	3	4	5	6
17. Bir partide salondaki kız/erkeklerden birine onunla dans etmek istediğimi söylemek...	1	2	3	4	5	6
18. Kız/erkek arkadaşşımdan ebeveynlerimi ziyaret etmesi için eve gelmesini istemek...	1	2	3	4	5	6

EK- E: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.10.2022-67316



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

Sayı : E-88083623-020-67316
Konu : Etik Onayı Hk.

26.10.2022

Sayın Cemile BİLGİŞ

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 20.10.2022 tarihli ve 2022/18 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Alper FİDAN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSR4N67JV2 Pin Kodu : 72952

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

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

Telefon : 444 1 428

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

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

Bilgi için : Tuğba SÜNNETÇİ

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı

Tel.No : 31002



ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Cemile Bilgiş

Öğrenim Bilgisi

Lisans: İstanbul Aydın Üniversitesi, Fen- Edebiyat Fakültesi, Psikoloji
(Tam Burslu) 2015- 2019

Yüksek Lisans: İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,
Klinik Psikoloji 2021-2023

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

1. Yavuz, M., Akdeniz, B., Akyol, A., Kurt. H., Bilgis, C., Çolak, A., Akbay, D., Ekiz, B., Kadak, M. (2020). Ergen yaş grubunda aleksitimi ve sürekli kaygı düzeyi ilişkisinde düşünce eylem kaynaşmasının aracı rolünün incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 326-332. DOI:10.5505/kpd.2020.83435
2. Faraji, H., ve Bilgiş, C., (2023). The Mediator Role of Rumination about an Interpersonal Offense in the Borderline Personality Features and Depression. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*. DOI: [10.5455/JCBPR.111103](https://doi.org/10.5455/JCBPR.111103)

Üniversite Dışı Deneyim

12.2018-03.2019 **Bayrampaşa'da Yaş Alanların Mevcut Durumu Saha Çalışması**, Bayrampaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü

09.2019- Devam Ediyor **Gönüllü Eğitimci**, TEGV

2017- Devam Ediyor **Gönüllü**, KAÇUV

STAJLAR

2019- Hazım Ersu İlköğretim Okulu (Stajyer Psikolog)

2018- Okyanus Koleji (Stajyer Psikolog)

2018- İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Stajyer Psikolog)

2017- Zeytinburnu Sosyal Hizmetler (Stajyer Psikolog)