



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARDA
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, SAVUNMA DÜZENEKLERİ VE ÖFKE**

UZMANLIK TEZİ

DR. BERNA BULUT ÇAKMAK

Ankara – 2015



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARDA
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, SAVUNMA DÜZENEKLERİ VE ÖFKE**

Dr. Berna BULUT ÇAKMAK

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün TAŞKINTUNA

Ankara – 2015

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca her konuda deneyimlerinden ve bilgisinden yararlandığım, hayata ve insana dair çok şey öğrendiğim ve mesleki ve kişisel anlamda gelişimime büyük katkı sağlayan, tezimin oluşması ve yürütülmesi aşamasında ilgi ve desteğini hiç esirgemeyen tez danışmanım *Prof.Dr.Nilgün Taşkıntuna'ya*,

Asistanlık eğitimimin süresince bilgisini, desteğini hiç esirgemeyen değerli Hocam *Doç. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili'ye*,

Tezim süresince veri toplanmasıyla ilgili gerekli koşulları sağlayan ve desteğini esirgemeyen *Prof.Dr.Haldun Selçuk'a*, *Yrd.Doç.Dr.Serkan Öcal'a* ve *Uzm.Dr.Fatih Ensaroğlu'na*,

İstatistik analizinde katkılarından ve desteğinden dolayı Klinik Psikolog *Doç.Dr. Sedat Işıklı'ya*,

Servis rotasyonum sırasında eğitimime katkılarını ve desteklerini esirgemeyen Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli değerli öğretim üyeleri başta olmak üzere tüm çalışanlara ve değerli asistan arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ruh Sağlığı ile Başkent Üniversitesi Nöroloji Ana Bilim Dalı'nın değerli öğretim üyeleri ve asistan arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım süresince bilgilerini ve desteklerini cömertçe sunan, hayata dair pek çok şey öğrendiğim değerli uzmanlarım *Yrd.Doç.Dr. Burcu Akın Sarı'ya*, *Öğr.Gör.Dr. Nurhak Çağatay Birer'e*, *Öğr.Gör.Dr.Özgün Karaer Karapıçak'a* ve tezim süresince de desteğini esirgemeyen *Öğr.Gör.Dr.Güler Alpaslan'a*,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum değerli araştırma görevlisi arkadaşlarım *Uzm.Dr.Ali Ercan Altınöz'e*, *Uzm.Dr Selvi Ceran'a*, *Uzm.Dr.Hasan Talha Yurdakul'a*, *Dr.Özkan Göncüoğlu'na*, *Dr.Nadide Elmas Gülcü Ok'a* ve asistanlığımın ilk gününden itibaren yanımda olan, destek ve sevgisini her zaman hissettiğim, tanıdığım için kendimi şanslı hissettiğim değerli dostum *Uzm. Dr.Ceyda Oktay'a*,

Bu süreçte destek ve sevgisini her zaman hissettiğim *Hemş. Sevgi Özel'e*,

Son olarak ilgi, sevgi ve desteğinin hep benimle olduğunu bildiğim eşim *Dr.Serdar Çakmak'a*, her gördüğümde gülümsememe neden olan kızım Asya'ma ve verdikleri sevgi, güven, ve destek için anneme, babama ve kardeşime sonsuz teşekkürler.

Dr. Berna BULUT ÇAKMAK

ÖZET

FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, SAVUNMA DÜZENEKLERİ VE ÖFKE **Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara, 2015**

Bu çalışmada, fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarda (FGİH) kişilik özellikleri, savunma düzenekleri ve öfke ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğine 08.02.2015 -31.05.2015 tarihleri arasında muayene ve tedavi amacıyla başvuran, gastroskopi ve kolonoskopi yapıp gastroenteroglar tarafından ROMA III kriterlerine göre FGİH tanısı konulan, 18 - 65 yaşları arasında, okuma yazma bilen, değerlendirme araçlarını yanıtlayabilecek zihinsel kapasitesi olan gönüllü bireyler kabul edilmiştir. Bu gruba ek olarak bilinen kronik gastrointestinal hastalığı olmayan, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu eşleştirilmiş bireyler kontrol grubu olarak alınmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formunun yanı sıra Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi Kısa Formu, Savunma Biçimleri Testi ve Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği uygulanmıştır.

İstatistiksel değerlendirmede FGİH ve sağlıklı kontrol grubu arasında kişilik özellikleri ve olgun, nevrotik ve ilkel savunma düzenekleri arasında fark gözlenmemiş, ancak FGİH grubunda öfkenin daha fazla içe yansıtıldığı bulunmuştur.

FGİH etiolojisinde ve gidişinde kişilik özelliklerinin, savunma düzenekleri ve öfkenin rol oynayabileceği düşünülebilir. Diğer yandan kronik bir hastalık olan FGİH sonucunda da savunma düzenekleri ile öfke düzeyleri de değişebilir. FGİH'nin ele alınma ve tedavi sürecinde psikolojik faktörlerin göz önünde tutmanın ve psikiyatrik değerlendirmenin de yer aldığı disiplinler arası işbirliği kurmanın tedaviyi güçlendirebileceği ve hastanın tedaviye uyumunu artırabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar, Kişilik, Savunma Düzenekleri, Öfke

SUMMARY

PERSONALITY, EGO DEFENCE MECHANISM AND ANGER IN FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

**Baskent University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry,
Dissertation Thesis. Ankara, 2015**

The aim of the present study is to investigate the interrelationship between functional gastrointestinal disorder (FGD), personality, ego defence mechanism and anger.

The study population consisted of literate patients between ages of 18-64 who were examined and performed gastroscopy, colonoscopy and diagnosed as Functional Gastrointestinal Disorder by using the ROME III diagnostic criteria at the Outpatient Gastroenterology Clinics of Baskent University Ankara Hospital between February 2015 and May 2015. Control group consisted of individuals without physical and mental disorders. Both groups were matched according to their ages, sex and educational levels. The Form of Socio-demographic and clinical Information, The Hospital Anxiety and Depression Scale, Eysenck Personality Questionnaire Revised Abbreviated, Defence Style Questionnaire and Trait Anger and Anger Expression Scale were given to the participants.

The results of the study showed there is no difference between personality and mature, neurotic and immature defence mechanism in both study and control group. However, Anger Expression-In scores of FGD group was statistically higher than healthy controls.

Personality, Defence mechanism and anger may play a role in FGD etiology and progress. On the other hand as a chronic disease FGD itself could change the defence mechanism and anger level. Considering relationship between FGD and psychological factors, interdisciplinary collaboration with psychiatric evaluation could strengthen treatment of FGD and improve compliance with treatment.

Key Words: Functional Gastrointestinal Disorder, personality, ego defence mechanism, anger

İçindekiler

Teşekkürler	iii
Özet.....	iv
Summary.....	v
İçindekiler dizini.....	vi
Kısaltmalar	vii
Tablo ve şekiller dizini	ix
1. Giriş	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar	3
2.1.1. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıkların Tanımı ve Sınıflandırılması	3
2.1.2. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıkların Epidemiyolojisi.....	4
2.1.3. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklarda Etiyoloji.....	5
2.1.4. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar ve Psikiyatri	10
2.1.5. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklarda Tedavi.....	11
2.2. Kişilik ve Psikopatoloji Kuramları.....	12
2.2.1. Psikanalitik yaklaşım.....	13
2.2.2. Faktör Kuramı ve Eysenck	16
2.3. Benliğin Savunma Düzenekleri.....	19
2.3.1. Birincil (İlkel) Savunma Düzenekleri	20
2.3.2. İkincil (Üst Düzey- Olgun) Savunma Düzenekleri.	22
2.4. Öfke	24
2.4.1. Öfke ile İlgili Kuramlar	25
3. Gereç ve Yöntem.....	28
3.1. Örneklem	28
3.2. Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulama.....	28
3.3. İstatistik	30

4. Bulgular	31
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	31
4.2. Grup Karşılaştırmaları	33
4.3. Değişkenler Arası İlişki.....	37
4.4. Grup Karşılaştırma Sonuçları	43
5. Tartışma.....	52
6. Sonuç ve Öneriler	57
7. Kaynaklar	59
8. Ekler	70

KISALTMALAR

FGİH: Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar

İBS: İrritabl Barsak Sendromu

FD: Fonksiyonel Dispepsi

GİS: Gastrointestinal Sistem

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

EKA-KF: Eysenck Kişilik Anketi Kısa Formu

SBT: Savunma Biçimleri Testi

SÖ-ÖİTÖ: Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeğini



TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	31
Tablo 2. Tüm Katılımcıların Yaş, Hastalık Süresi ve Anne Sütü Alma Süreleri.....	33
Tablo 3. FGİH ve Kontrol Gruplarında Sosyodemografik Değişkenler	34
Tablo 4. Üst ve Alt FGİH Gruplarında Sosyodemografik Değişkenler	35
Tablo 5. FGİH Grubunda Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfke Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Katsayıları	39
Tablo 6. Kontrol Grubunda Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfke Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Katsayıları.....	41
Tablo 7. FGİH ve Kontrol Gruplarının Anne Sütü Alma ile Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfke Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Katsayıları ...	42
Tablo 8. Cinsiyet ve Tanı Değişkenleri ile Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfkenin İlişisini İncelemek için Yapılan MANOVA Analizi Sonucu elde Edilen Post-hoc ANOVA Sonucu	44
Tablo 9. FGİH ve Kontrol Gruplarında Savunma Düzeneklerinin İncelenmesi için Yapılan MANOVA Analizi Sonucu Elde Edilen ANOVA Sonucu.....	47
Tablo 10. FGİH ve Kontrol Gruplarında Post-hoc ANOVA Sonucunda Farkın Anlamlı Olduğu Savunma Düzenekleri için Elde Edilen Ortalama ve F Değerleri.....	49
Tablo 11. Üst ve Alt FGİH Gruplarında Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfkenin İlişisini İncelemek için Yapılan MANOVA Analizi Sonucu elde Edilen Post-hoc ANOVA Sonucu	50
Şekil 1. Eysenck'in Üç Boyutlu Kişilik Modeli	17

1.GİRİŞ

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar, organik nedenlerle açıklanamayan dispepsi, bağırsak hareketlerinde değişiklik gibi belirtilerle giden ve alevlenme, yineleme dönemleri olan bir hastalık grubu olarak tanımlanmıştır (1). FGİH dispepsi, irritabl bağırsak sendromu (İBS) ve konstipasyon gibi farklı durumları içeren heterojen bir hastalık grubudur (2).

FGİH genel poliklinik başvurularının büyük bir kısmını oluşturmaktadır (3) ve bu hastalık grubu içinde fonksiyonel dispepsi (FD) ve İBS en sık görülen hastalıklardır (4, 5). FGİH ROMA III sınıflandırmasında fonksiyonel özefagus, fonksiyonel gastroduodenal, fonksiyonel bağırsak hastalıkları, fonksiyonel abdominal ağrı sendromu, fonksiyonel safra kesesi ve oddi sfinkter hastalıkları ve fonksiyonel anorektal hastalıklar olarak ana başlıklara ayrılmıştır (1).

Kişilik, kişinin içgüdüleri ve ahlaki talepleri ile dışsal gerçeklikleri arasında uzlaşma sağlayabilmek için kullandığı benlikle uyumlu, sürekli ve oldukça kestirilebilir önlemler toplamı şeklinde tanımlanmıştır (6). Kişilik, dış ve iç dünyaya uyum için geliştirdiği çeşitli örüntüler bulundurmaktadır. Bu örüntülerin; duygusal tepki verebilme, engellenme, çatışmalar karşısında başa çıkma ve savunma düzenekleri olduğu belirtilmiştir (7). Literatürde, FGİH'de kişiliğin normal populasyondan farklı olduğuna yönelik çok sayıda çalışma bulunmaktadır ve kişilik özelliklerinin bu hastalıklara yatkınlığı artırabileceği belirtilmektedir.

Savunma düzenekleri, Freud tarafından benliğin utanç verici, katlanılmaz duygu ve tasarımlara karşı, çatışmalarda kullandığı bilinçdışı düzenekler olarak tanımlanmıştır (8). Alt düzey ilkel ve üst düzey olgun savunmalar olarak ikiye ayrılır (9). Literatürde FGİH'si olanlarda daha sıklıkla ilkel ve nevrotik savunma düzeneklerinin kullanıldığı belirtilmektedir (10).

Bedenselleştirme, Lipowski tarafından psikolojik çatışmaları ve psikolojik huzursuzluğu bedensel belirtilerle yaşantılama ve ifade etme olarak tanımlanır (11). Literatürde, İBS'si olan bireylerde bedenselleştirmenin anahtar rol oynadığı (12), FD'nin psikolojik durumların bedensel yansıması gibi değerlendirilebileceği belirtilmiştir (13). Ayrıca, öfkenin bedenselleştirmede öngördürücü etken olduğu belirtilmektedir (14).

Öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen, son derece doğal, evrensel ve insani duygusal tepkidir (15). Klinik uygulamada, psikiyatrik ve fiziksel sorunlara yol açtığı gözlenmektedir. Öfkenin İBS'si olan hastalarda daha yüksek seviyede olduğu saptanmış ve bunun belirtilerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür (16).

Bu çalışmanın amacı FGİH' si olan bireylerde kişilik özellikleri, savunma düzenekleri ve öfke düzeylerini saptamaktır. Çalışmanın hipotezi, "FGİH'si olan bireyler ilkel savunma düzenekleri kullanmaktadır. Sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında FGİH'si olan bireylerde nevrotik kişilik özelliği daha sıktır ve öfke düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca alt gastrointestinal sistem (GİS) hastalığı olan bireylerde üst GİS hastalığı olan bireylere göre öfke daha sık gözlenir"dir. Araştırma soruları aşağıdadır:

1)FGİH'de öfkenin şiddeti kontrol grubuna kıyasla ne düzeydedir?

2)Üst ve alt FGİH arasında öfkenin içe ve dışa yansıtılmasında (bedenselleştirilmesinde) bir fark var mıdır?

3) FGİH'si olan hastalar hangi savunma düzeneklerini daha sık kullanmaktadır ve bunun kişilik özellikleri ile ilişkisi nedir?

4)FGİH'si olan hastalarda hastalık süresi kullanılan savunma mekanizmaları, kişilik özellikleri ve öfke ile nasıl değişmektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar

2.1.1. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıkların Tanımı ve Sınıflandırılması

FGİH karın ağrısı, bağırsak hareketlerinde değişiklik gibi kronik veya tekrarlayan belirtilerin bulunduğu yapısal veya biyokimyasal değişikliklerle açıklanmayan hastalık grubu olarak tanımlanır (17). FGİH’de tanı organik nedenlerin dışlanması ile konulmaktadır. Tanı koymadaki zorluklar ve standardizasyon eksikliği nedeniyle FGİH tanı kriterleri ilk defa 1991 yılında Roma’da yapılan bir toplantıda belirlenmiş, ROMA II konsensus raporu 1999 yılında yayınlanmıştır (18). Tanı kriterleri 2006 yılında güncel kanıtlara dayalı olarak yeniden düzenlenmiş ve ROMA III kriterleri olarak yayımlanmıştır (1). FGİH, ağızdan anüse kadar tüm GİS’yi tutabilmektedir (3).

ROMA III kriterlerine göre FGİH:

A. Fonksiyonel Özefagus Bozuklukları

A1. Fonksiyonel Yanma Hissi

A2. Fonksiyonel Göğüs Ağrısı (Özefagus kaynaklı olduğu düşünülen)

A3. Fonksiyonel Disfaji

A4. Globus

B. Fonksiyonel Gastroduodenal Bozukluklar

B1. Fonksiyonel Dispepsi

B1a. Postprandiyal Distress Sendromu

B1b. Epigastrik Ağrı Sendromu

B2. Geğirme Bozuklukları

B2a. Aerofaji

B2b. Aşırı Geğirme

B3. Bulantı ve Kusma Bozuklukları

B3a. Kronik İdiopatik Bulantı

B3b. Fonksiyonel Kusma

B3c. Siklik Kusma Sendromu

B4. Erişkin Geviş Getirme Sendromu

C. Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları

C1. İrritabl Bağırsak Sendromu

C2. Fonksiyonel Şişkinlik

- C3. Fonksiyonel Konstipasyon
- C4. Fonksiyonel Diyare
- C5. Non-spesifik Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları
- D. Fonksiyonel Abdominal Ağrı Sendromu
- E. Fonksiyonel Safra Kesesi ve Oddi Sfinkter Bozuklukları
- E1. Fonksiyonel Safra Kesesi Bozuklukları
- E2. Fonksiyonel Biliyer Oddi Sfinkter Bozukluğu
- E3. Fonksiyonel Pankreatik Oddi Sfinkter Bozukluğu
- F. Fonksiyonel Anorektal Bozukluklar
- F1. Fonksiyonel Fekal İnkontinans
- F2. Fonksiyonel Anorektal Ağrı
- F2a. Kronik Proktalji
- F2a1. Levator Ani Sendromu
- F2a2. Non-spesifik Fonksiyonel Anorektal Ağrı
- F2b. Proktalji Fugax
- F3. Fonksiyonel Defekasyon Bozuklukları
- F3a. Dissinerjik Defekasyon
- F3b. Defekasyonda Yetersiz İtici Güç olarak sayılabilir (19).

Hastalığın “psikojenik” olmasının, değersizleştirilmesine ve önemsenmemesine neden olduğu belirtilmektedir (20). Diğer yandan, bu hastalık grubunun yaygınlığı nedeniyle hayat kalitesi, sağlık giderlerine yapılan harcama ve iş verimine etkisi de vurgulanmıştır (21). Dean ve arkadaşları (2005) İBS'nin iş verimliliğini önemli ölçüde etkilediğini ve %21 oranında azalttığını göstermiş, ayrıca üretime olan dolaylı ve dolaysız etkilerinin önemini vurgulamıştır (22). Yapılan bir derlemede İBS'ye bağlı mide yakınmaları nedeniyle yılda 8.5-21.6 iş günü kaybı olduğu bildirilmiştir (23). Tüm bu nedenlerden dolayı FGİH'ye olan ilgi her geçen gün artmaktadır.

2.1.2.Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıkların Epidemiyolojisi

FGİH, genel popülasyonda yaygın olarak gözlenen ve gastroenteroloji poliklinik başvurularının büyük kısmını oluşturan bir hastalık grubudur, genel popülasyonun %20'sine hayatının herhangi bir döneminde bu tanı konulur (3, 24).

Drossman ve arkadaşları (1993), 5430 kişiyi FGİH belirtileri açısından incelemişler, bazı bireylerde birden fazla belirti bulunduğu ve özefagus belirtilerinin %42, gastroduodenal belirtilerin %26, bağırsak sorunları ve karın ağrısının %44, anorektal sorunların %26 oranında tespit edildiği belirtilmiştir (25). Japonya’da yapılan 364 kişinin katıldığı bir çalışmada, FGİH’nin tek tek bulunma ve birlikte görülme sıklıkları araştırılmış ve tek hastalık olarak İBS %31.7, FD %14.6, fonksiyonel konstipasyon %9.8 ve globus %2.4 olarak gözlenmiştir. Birden fazla hastalığın bulunduğu vakalar dahil edildiğinde ise İBS %35.1, FD %30.9, fonksiyonel konstipasyon %22.3, globus %4.3, bulantı ve kusma %1.1, fonksiyonel kusma sendromu %1.1 olarak bulunmuştur (26). Aynı çalışmada FGİH’nin bireylerde birlikte bulunma oranlarının yüksekliği de vurgulanmıştır.

Japonya’da polikliniğe başvuran 5813 hasta arasında yapılan bir çalışmada, hastaların %5.5’ine FGİH, %2.9’una ise FD tanısı konulmuştur (27). Köksal ve arkadaşlarının (2008) Türkiye’de 32 farklı ilde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran olgular arasından rastgele seçilen 7520 olguyu içeren çalışmasında, kişiler başvuru anındaki ana yakınmalarına göre GİS ve GİS dışı olmak üzere iki gruba ayrıldıktan sonra, bu iki gruptan rastgele seçilen 2203 olguya anket yapılarak (FD tanısı ROMA II kriterlerine göre konulmuştur), birinci basamaktaki dispepsi yaygınlığı araştırılmış ve yaygınlığı %44 olarak bulunmuştur (28). Dispepsilerin en az %60’ının fonksiyonel ya da idiyopatik olduğu düşünülmektedir (4).

İBS’nin yaygınlığının, ROMA II kriterlerine göre, batı toplumlarında %4.7-%19.1, doğu toplumlarında %3.7-%15.7 arasında olduğu düşünülmektedir (5) ve kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (29). Türkiye’nin 32 farklı ilindeki birinci basamak sağlık kuruluşunda yürütülen bir çalışmada kuruluşlara başvuran 7520 hastanın başvurudaki temel yakınmaları değerlendirilmiş ve 2157’sinin (%31,5) GİS yakınmaları ile başvurduğu bulunmuştur (30). GİS ve GİS dışı yakınmalar nedeni ile başvuran hastalar arasından rastgele seçilen 2203 hasta ile hekimin yaptığı yüz yüze görüşme sonucunda İBS yaygınlığı %33.5 olarak bulunmuştur (30).

2.1.3. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklarda Etiyoloji

FGİH’nin genetik, çevresel faktörler gibi erken hayat olayları, yaşam stresi, sosyal durum ve psikiyatrik hastalıklar gibi psikososyal faktörler ve motilite, inflamasyon, algılama gibi fizyolojik faktörlerden etkilendiği belirtilmiştir (31).

Biyolojik Etmenler

Genetik Etmenler

FGİH'nin oluş nedenleri çok faktörlü olup bazı bireylerde genetik faktörlerin rolü olduğu belirtilmektedir (32). FGİH'nin tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerinden daha fazla birliktelik gösterdiği bulunmuştur (33). Yapılan bir aile çalışmasında, aynı ailede İBS ve FD'nin daha sık olduğu gözlenmiştir, bunun da genetik faktörler yanısıra aynı çevrede bulunma ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (34). FGİH'nin, FGOD2 geni, opioidergik, adrenerjik, serotonergik reseptörler, G-protein beta 3 subunit geni, serotonin taşıyıcı gen polimorfizmi ile ilişkili olabileceği belirtilirken, immün modulator ve nöromodulator proteinleri kodlayan genlerdeki polimorfizmin de (OPRM1, IL-4, IL-4R, TNF α gibi) FGİH klinik bulgularının ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmüştür (35).

Çevresel Etmenler ve Diyet Alışkanlıkları

FGİH'nin oluşumunun sadece genetik nedenlerle açıklanması mümkün değildir. Genetik etmenler yanı sıra aynı ailede bu hastalık grubunun sık görülmesi benzer çevresel faktörlere maruz kalmakla birlikte bu hastalığın belirtilerine aşırı duyarlı olmaya bağlı olabileceği düşünülmüştür (34). Çocuklarda yapılan bir çalışmada çocuğun hijyeni kötü olan koşullarda ve tek ebeveynli bir çevrede yaşıyor olmasının, FGİH gözlenme sıklığını arttırdığı gösterilmiştir (36).

Anormal Motilite

FGİH'de gözlenen kusma, ishal, bazı karın ağrıları gibi belirtilerin, motilitenin bozulması ile ilişkili olarak meydana gelebileceği vurgulanmıştır. Sağlıklı bireylerde anksiyete, depresyon ve çevresel stres faktörlerinin, özefagus (37), mide (38), ince bağırsak (39) ve kolon motilitesinde (40) artışa neden olabileceği belirtilmektedir. FGİH'si olan bireylerin normal bireylerle karşılaştırıldığında, psikolojik ya da fizyolojik strese motilitenin artmasıyla cevap verdiği ve akut stres durumlarında görülen motor cevapların FGİH belirtileriyle orantılı olduğu gözlenmiştir (41-43).

Visseral Aşırı Duyarlılık

Visseral aşırı duyarlılığın epigastrik ağrı sendromu, İBS, fonksiyonel abdominal ağrı sendromu, FD ve anorektal ağrı gibi motilite bozukluğu ile açıklanamayan durumlarda etkili olduğu düşünülmektedir (44). Yapılan çalışmalarda bu hasta grubunda balon distansiyon testine duyarlılığın sağlıklı bireylere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir ve bu durum visseral aşırı duyarlılık olarak adlandırılmıştır (45). Bu kişilerin normal bağırsak motilitesine

daha duyarlı olduğu (46) ayrıca kolonoskopi sırasında daha fazla ağrı hissettikleri gözlenmiştir (47).

İnflamasyon

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, enterik mukoza ve nöral pleksuslardaki inflamasyon artışının FGİH oluşumuna etki edebileceği belirtilmiştir (48). FGİH oluşumuna etkisinin mukozadaki inflamatuvar sitokinlere bağlı motilite artışı ve duyarlılaşma ile olduğu gözlenmiştir (49).

Bakteriyel Flora

FGİH'de en sık görülen hastalıklardan biri olan İBS'de bakteriyel aşırı çoğalmanın patogenezdaki rolüne dikkat çekilmiştir. Bu çalışmaların sonucunda, FGİH etiyojisinde bakteriyel aşırı çoğalma daha çok dikkat çekmeye başlamıştır (50).

Postinfeksiyöz FGİH

Yapılan çalışmalarda postinfeksiyöz FGİH değerlendirilmiş ve özellikle Salmonella enfeksiyonu sonrasında FD ve İBS riskinin arttığı belirtilmiştir (51, 52). Japonya'da yapılan bir çalışmada postinfeksiyöz FD'de duodenal mukozada artmış makrofaj infiltrasyonu görülmüştür (53) ve bu mekanizmanın postinfeksiyöz FD'de patogenezi açıklamada önemli olabileceği belirtilmiştir (54).

Psikolojik Etmenler

Psikiyatrik hastalıkların FGİH'si olan bireylerde daha sık görüldüğü bilinmektedir fakat psikiyatrik hastalıkların mı GİS sorunlarına yol açtığı GİS sorunlarının mı psikiyatrik belirtilere yol açtığını ayırt etmek kolay değildir. Psikiyatrik hastalıkların GİS sorunlarına yol açmasıyla birlikte, FGİH'si olan bireylerde bu etkinin daha belirgin olduğu belirtilmiştir (54).

FGİH'si olan bireylerde üç psikososyal özellik gözlenmiştir: i.Psikolojik stres, GİS belirtilerini alevlendirir; ii.Psikososyal faktörler, hastalık deneyimine ve sağlık yardımı arama gibi hastalık davranışlarına aracılık edebilir; iii.Fonksiyonel bir GİS hastalığının biyopsikososyal sonuçları olabilir (31).

FGİH'nin etiyojisinde biyopsikososyal model, bedenselleştirme, istismar ve kişiliğin rol oynayabileceği belirtilmiştir (31, 54-56). Bunların her biri ayrıntılı olarak aşağıda belirtilmiştir:

Biyopsikososyal Model

Stres, organizmanın dengesini tehdit eden içten ve dıştan gelebilen bir durumdur ve FGİH'de rol oynadığı düşünülmektedir (57). Bu stresin gerçek olabileceği ya da stres algısının normale göre artmış olabileceği vurgulanmaktadır (58). Stresin risk faktörü,

tetikleyici faktör ve sürdürücü faktör olarak etki edebileceği belirtilmiştir (57). Risk faktörü olarak erken hayat olayları (travma, cinsel istismar); tetikleyici faktör olarak ayrılık, cerrahi operasyon; sürdürücü faktörler olarak belirtilerin neden olduğu stres gibi örnekler sayılabilir. Erken yaşam olaylarının daha çok FGİH ortaya çıkmasında, hayatın ilerleyen dönemlerinde yaşanan streslerin ise belirtilerin şiddetlenmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (35, 59). Bennett ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında kronik stresin İBS ve FD’de yordayıcı faktör olduğu belirtilmiştir (60).

Bedenselleştirme

Uzun yıllardır hekimler hastaların nedeni bulunamayan belirtileriyle ilgilenmiş ve buna çözüm aramışlardır. Tıbbi muayene ve testlerle açıklanamayan durumlar bedenselleştirme olarak adlandırılmıştır. Bugün hala sağlık kuruluş başvurularının %22-%58’inin nedeninin açıklanamayan fiziksel belirtiler olduğu gösterilmiştir (14). Lipowski (1987), bedenselleştirmeyi, psikolojik çatışmaları ve psikolojik huzursuzluğu bedensel belirtilerle yaşantılama ve ifade etme eğilimini yansıtırma olarak tanımlar (11). Psikanalitik literatürde ise bedenselleştirme “Derinde yatan bir nevrozun bedensel belirtiler aracılığıyla anlatımı” şeklinde tanımlanmıştır (61). Bedenselleştirme, çökkünlüklerde ruhsal acının bedensel olarak anlatılması ya da psikosomatik hastalıklarda ruhsal acıların bedensel bozukluğu tetikleme, şiddetlendirmesi gibi değişik anlamlarda kullanılmaktadır (62). Psikanalitik görüşe göre somatik belirtiler, kabul edilemeyen dürtü ve isteklerin bilinç alanına çıkmasını engelleyen savunma araçlarıdır (63).

Sullivan ve Katon (1993); bedenselleştirme oluşumunu özetlemiş ve akut, subakut ve kronik olmak üzere üç tip bedenselleştirmeden bahsetmiştir (64). Bunlar:

i. Akut bedenselleştirme: Engellenme, hayal kırıklığı ve kayıpla yüzleşildiğinde ruhsal ve fiziksel huzursuzluk yaşanır, minör fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Literatürde bedenselleştirmenin hem anksiyete hem de depresyonla ilişkisi defalarca gösterilmiştir. Psikolojik ve bedensel belirtileri arttıran ya da ortaya çıkaran özellikle kayıp gibi ağır tehdit edici yaşam olaylarından sonra sosyal desteğin önemi artar. Sosyal destek ya da daha fazlasını arayan kişiler mevcut rahatsızlıkları için hekimden de yardım arayışına girerler. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin yaklaşık üçte biri ile yarısında açıklanamayan bedensel belirtiler baş ağrısı, karın ağrısı ve ishal vb. mevcuttur. Bu hastaların büyük bir kısmı için en olası psikiyatrik tanı uyum bozukluğudur (64).

ii. Subakut bedenselleştirme: Bedenselleştirme birinci basamak sağlık kuruluşlarında akut psikiyatrik bozuklukların gelişimi ile karşımıza çıkar. Çalışmalar tıbbi olarak açıklanamayan

belirtilerin şimdiki depresyon dönemi kadar, geçirilmiş dönemlerle de ilişkisi olduğunu göstermiştir. Anksiyete düzeyi ve depresyon ile tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır (64).

iii.Kronik bedenselleştirme: Daha nadiren, sürekli açıklanamayan tıbbi belirtiler gösteren, tıbbi sebep temini konusunda direnen ve genellikle kronik bir psikiyatrik bozukluğu olan başka bir hastalık grubu daha bulunmaktadır. Bu hasta grubu DSM'de de geçen somatoform bozukluk, hipokondriyazis, somatizasyon bozukluğu gibi tanı kriterlerini karşılayabilir. Ağır, farklı ve klinik olarak zor tanı konulan bu hastalık grubu diğer hastalıklardan bağımsız olarak gözlenmektedir (64).

Bedenselleştirme iyi tanımlanmış bir tanı sınıfı değil, geniş kapsamlı heterojen bir klinik görünümdür (65). Daha önce yapılmış çalışmalarda bedenselleştiren hastalarda, hipokondriyak korkuların sık olduğu ve ciddi hastalıkları olduğunu düşündükleri için doktor başvurularının sık olduğu gözlenmiştir (66, 67). Hiller ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada, FGİH'si olan bireylerle somatoform bozukluğu olan ve olmayan bireyler karşılaştırılmış ve genel somatizasyon belirti şiddeti ile birlikte hipokondriyazis ve depresyon belirti şiddetinin, somatizasyon bozukluğu olan ve olmayan gruba göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (68). Diğer fonksiyonel hastalıkların anlaşılması ve tanımlanmasında olduğu gibi İBS'de de bedenselleştirmenin önemi vurgulanmıştır (55). North ve arkadaşları (2004) somatizasyon bozukluğunun eşlik ettiği İBS'si olan hastaları somatizasyon bozukluğunun eşlik etmediği İBS'si olan hastalarla karşılaştırmış ve somatizasyon bozukluğunun eşlik ettiği bireylerde daha fazla GİS sendromu ve ek psikiyatrik eş tanı bulunduğunu, ayrıca daha sık doktor kontrolüne gittiklerini gözlemişlerdir (69). Sonuç olarak, toplum içinde sık gözlenen bedenselleştirmede GİS belirtilerine sıklıkla rastlandığı ve ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (62).

İstismar

FGİH'de fiziksel ve cinsel istismar organik GİS hastalıklarına oranla daha sıktır (70). Ayrıca cinsel ve fiziksel istismar öyküsü olanlarda daha ciddi GİS belirtileri gözleendiği belirtilmiştir (58). İtalya'da yapılan bir çalışmada fonksiyonel ya da organik olması göz önünde bulundurulmaksızın GİS hastalıklarında cinsel ve fiziksel istismarın daha sık olduğu, istismarın belirti şiddetine etki ettiği vurgulanmıştır (70). Ali ve arkadaşları (2000) İBS ve inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireyleri karşılaştırmış, duygusal istismarın fonksiyonel bağırsak belirtileri ile ilişkili olduğunu saptamıştır (71). Tüm bu nedenlerden dolayı FGİH'si olan bireyler değerlendirilirken istismar açısından daha dikkatli olunması önerilmektedir (58).

Kişilik ve baş etme stratejileri

Kişilik, bireyi diğerlerinden ayıran, bireye özgü, tutarlı ve yapılaşmış özellikler bütünü olarak tanımlanmıştır (72). FGİH’de kişiliğin belirli özellikler gösterdiği literatürde gözlenmiştir (56). Gucht ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada fonksiyonel somatik sendromları olan hemşireler incelenmiş ve nevrotiliğin, bedenselleştirme ve fonksiyonel somatik sendromlar için önemli bir faktör olduğu gözlenmiştir (73). FD’si olan bireylerde yapılan bir çalışmada, uyumsuz baş etme stratejilerinin daha fazla kullanıldığı ve bununda FD için yordayıcı etmen olduğu belirtilmiştir (56). FGİH’de etiolojide önemli nedenlerden biri olan kişilik konusu sonraki bölümde (2.2) daha detaylı olarak aktarılacaktır.

2.1.4. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar ve Psikiyatri

FGİH ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmaların çoğu FGİH’si olan bireylerde psikopatolojiye sık rastlandığını öne sürmüştür. İBS’si olan bireylerde %54-%100 oranında psikiyatrik hastalık bulunduğu ve en sık anksiyete, depresyon ve somatizasyon bozukluğunun İBS’ye eşlik ettiği belirtilmektedir (74). Woodman ve arkadaşları (1998) İBS’si olan bireyler ile laparoskopik kolesistektomi yapılan kontrol grubunu karşılaştırmış ve ömür boyu psikiyatrik bozukluk görülme oranının İBS’si olan bireylerde kontrol grubundan daha yüksek olduğunu saptamıştır. En sık görülen psikiyatrik bozukluk olan depresyonu ikinci sırada anksiyete bozuklukları izlemiştir (75). Aynı çalışmada somatoform bozukluklar ve daha az sıklıkta olmak üzere madde kötüye kullanımı gözlemlendiği belirtilmiştir (75). Kayaçetin ve arkadaşları (2002) İBS tanısı olan bireylerde en sık depresyon ikinci sıklıkta yaygın anksiyete bozukluğu ve üçüncü sıklıkta ise panik bozukluk saptamıştır (76). Kore’de yapılan bir çalışmada sadece İBS veya sadece FD tanısı olan bireylerle İBS-FD tanısı birlikteliği olan bireyler ve sağlıklı bireyler karşılaştırılmış ve sadece İBS’si olan grupta diğer gruplardan daha fazla depresyon birlikteliği gözlenmiş, ayrıca bu çalışmada İBS-FD birlikteliği olanlarda hayat kalitesinin daha kötü olduğu belirtilmiştir (77). İsveçte yapılan bir çalışmada, anksiyetenin FD ile ilişkili ancak depresyon ile ilişkisiz olduğu gözlenmiştir (78). Bir başka çalışmada, FGİH’si olan kadınlar ve erkekler karşılaştırılmış ve kadınlarda daha çok depresyonun erkeklerde ise daha çok anksiyete bozukluklarının tabloya eşlik ettiği saptanmıştır (79). FGİH’ye psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiğini gösteren daha pek çok çalışma vardır.

2.1.5. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklarda Tedavi

FGİH’de tedavinin amacı belirtilerin azaltılması, ortadan kaldırılması ve eşlik eden hastalıkların tedavisiyle birlikte hayat kalitesinin artırılmasıdır (80). Bu amaçların gerçekleştirilebilmesi için çok yönlü tedavi yaklaşımı önerilmektedir. FGİH’nin tedavisi eğitim ve destek, diyet, farmakolojik yaklaşım ve psikoterapiyi içermektedir (81).

Eğitim ve destek

FGİH ömür boyu süren kronik hastalıklardır (81). Bu nedenle hastaların bu hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve desteklenmesinin önemi vurgulanmaktadır (82). İyi hasta doktor ilişkisinin tedavi üzerindeki etkisi belirtilmektedir. Doktorların bu hastalarla ilgili olumsuz düşüncelere sahip oldukları ve bu hastaların aldığı bakımın etkilendiği vurgulanmıştır (82). Sullivan ve arkadaşları (2000) hastaları bilgilendirmenin doktora başvuruları azalttığını saptamışlardır (83). Etiyolojide de yer alan biyopsikososyal desteğin de önemi belirtilmektedir (84).

Diyet

Hastaları, hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgilendirerek güven verme tedavinin ilk basamağıdır. Bilgilendirmeden sonra diyetle ilgili değişiklikler yapılmaktadır. FD için, sigara bırakılması ve kahve, alkol, nonsteroid antiinflamatuar ilaç tüketilmemesi tavsiye edilir ancak etkinliğine dair kanıt yoktur (85). İBS için ise düzenli ve yavaş yemek yeme önerilmektedir (86). Eğer İBS konstipasyon baskın tipse lifli gıdaların artırılması önerilmektedir (87). Aşırı fruktoz, sorbitol gibi yapay tatlandırıcıları şişkinlik ve gaza neden olabileceği belirtilmektedir (88). Bireylerin kendileri için belirtilerde artmaya neden olan yiyecekleri tespit etmesi ve o gıdalardan kaçınmaları önerilmektedir (81). Drisko ve arkadaşları (2006), gıda eliminasyon ve rotasyon diyeti yapanlarda, dışkılama sıklığı, ağrı ve yaşam kalitesinde düzelme olduğunu belirtmişlerdir (89).

Farmakolojik yaklaşım

Farmakolojik yaklaşımda amaç belirtilerin tedavi edilmesidir. Bu amaçla FD’de asit supresyonu için proton pompa inhibitörleri, H₂ reseptör antagonistleri, mukoza koruyucu ajan olarak bizmut tuzları, antiasitler kullanılmaktadır. Ayrıca metoklopramid, sisaprid, domperidon gibi prokinetik ilaçlar ve ondansetron da tedavide tercih edilebilecek ilaçlardandır (90). İBS’si olan hastaların ilaç tedavileri hastanın baskın belirtilerine göre belirlenmelidir. Antidepresan ilaçlar dışındaki ilaçların kesintisiz kullanımından kaçınılmalı ve şikayet olmayan dönemlerde mümkünse ilaç kullanılmamalıdır (82). Kabızlık ön plandaysa osmotik laksatifler kullanılabilir bu süreçte kabızlık yapan ilaçlardan kaçınılması

önerilmektedir. Eğer ishal baskın şikayet ise loperamid veya difenoksilat kullanılabilir (91). Ağrı ve gaz yakınmalarının ön planda olan olgularda, belirtilerin alevlendiği dönemde antispazmodikler verilebilir (91).

FGİH'si olan bireylerde psikiyatrik eşhastalanma daha önce de belirtildiği gibi sıkır ve psikiyatrik eştanıları olan hastalarda öncelikli tercih psikiyatrik ilaçlar olmalıdır. Örneğin, depresyon ya da anksiyete bozukluğu varsa tercih antidepresan ilaçlardır. Antidepresan ilaçlar arasında ise ilk tercih serotonin gerialım inhibitörleridir, daha sonraki tercihler ise trisiklik antidepresanlar ve serotonin noradrenalin gerialım inhibitörleridir (55, 92). Vahedi ve arkadaşları (2005) ağrı ve kabızlık baskın olan İBS'si olan hastalarda fluoksetinin plaseboya göre daha etkili olduğunu saptamıştır (93). FD'si olan hastalarda tedaviye düşük doz amitriptilin (25 mg/gün) eklendiğinde tedaviye yanıtın anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir (94).

Psikoterapi

FGİH'de psikiyatrik eşhastalanma sık olduğundan ilaç tedavisine yanıt alınamayan durumlar gözlenmektedir ve bu durumda psikoterapi seçeneği gündeme gelmektedir (82). FGİH 1960'lı yıllardan bu yana terapistlerin dikkatini çekmiş ve bu hastalara psikoterapi uygulanagelmiştir. Howlett ve arkadaşları (2001) kısa psikodinamik kişilerarası terapi modeli ile hastaların belirtilerinde azalma olduğunu gözlemişlerdir (95). Hatta yapılan başka çalışmalarda zaman zaman FGİH'nin tedavi edilebildiği belirtilmiştir (95-97). Haug ve arkadaşları (1994), bilişsel terapi uygulanan grupta uygulanmayan gruba göre şikayetlerde belirgin azalma olduğunu gözlemişlerdir (98). Faramarzi ve arkadaşları (2012) FD'si olan hastalara kısa psikanalitik psikoterapi uygulamış ve bu hastalarda psikolojik ve bedensel belirtilerde azalma olduğunu gözlemiş, duygularla çalışılmasının tedavi etkinliğindeki yerinin altını çizmiştir. Ayrıca FGİH'nin oluşmasında kişiliğin önemini vurgulamış, psikoterapilerde bu kişilik özellikleriyle çalışarak FGİH belirtilerinin azaltılabileceğini belirtmişlerdir (99).

2.2. Kişilik ve Psikopatoloji Kuramları

Kişilik, kişinin kendine göre ayrılığı, öz yapısına uygun kendine özgüllükleri, insana yakışacak tutum, alışkanlık ve davranış biçimlerinin tümü olarak tanımlanmıştır (9). Kişiliğin iç ve dış dünyaya uyum için geliştirdiği çeşitli örüntüler bulunmaktadır. Bu örüntülerin; duygusal tepki verebilme, engellenme ve çatışmalar karşısındaki başa çıkma ve savunma düzenekleri olduğu belirtilmiştir (7). Bazı kaynaklarda kişilik ve karakter eş anlamlıymış gibi kullanılsa da aslında kişilik karakter ve huy olarak ikiye ayrılmaktadır (7). Karakter erken

yaşam dönemlerinden itibaren bakım verenlerin de etkisinin bulunduğu, tecrübelerden edinilen, benlikle uyumlu davranma ve arzulama biçimi olarak tanımlanmıştır (6). Huy ise biyolojik kökene dayanan ve genetik olarak aktarılan bilişsel ve motor beceri ile kendine özgü özellikleri temsil eder (6). Kişilik kültür, cinsiyet gibi durumlardan da etkilenmektedir (100). Yaşanılan ortam, ortamdaki cinsiyet rolleri kişiliği etkiler, bununla birlikte her bireyin eşsiz yaşantısının da kişilik üzerinde önemli katkısı bulunmaktadır (9).

Kişiliği anlatmaya çalışan çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Her yaklaşımın insan kişiliğinin önemli bir boyutunu doğru bir biçimde belirleyip incelediği vurgulanmaktadır. *Biyolojik yaklaşımda* kişilikteki bireysel farklılıkları açıklamak için kalıtsal eğilimlere ve fizyolojik süreçlere, *İnsancıl yaklaşımda* kişisel sorumluluk ve kendini onaylama duygusuna dikkat çekilir. *Bilişsel yaklaşımda* davranıştaki farklılıklar insanların bilgiyi işleme yöntemlerindeki farklılıklarla açıklanır. *Davranışsal/sosyal öğrenme kuramında* ise tutarlı davranış kalıplarının koşullanma ve beklentilerin sonucu olduğu belirtilir. *Psikanalitik yaklaşım* ise insanların davranış tarzlarındaki ayırt edici özelliklerden bilinçdışı süreçlerin sorumlu olduğunu ifade eder (100).

2.2.1. Psikanalitik yaklaşım:

Kişilik kuramını ilk ortaya atan bilim adamı psikanalizi kurucusu Freud'dur. Kişilik ve karakter psikanalitik kuramlar çerçevesinde iki farklı şekilde anlaşılmaya çalışılmıştır. Kişilik, Freud'un dürtü kuramını ortaya atması ile saplanma temelinde, ego psikolojisi geliştikten sonra ise savunma düzeneklerinin işleyişi ile açıklanmaya çalışılmıştır (101). Freud kendi kuramındaki eksikleri fark ettiği için bölmesel kuramdan sonra yapısal kuramı oluşturmuştur ve bu iki kuramın birbirinin destekleyicisi olduğu vurgulanmıştır (9).

Freud'a göre kişilik altbenlik (id), benlik (ego) ve üstbenlikten (süperego) oluşur. Altbenlik zihnin ilkel dürtüleri, düşlemleri, rasyonel ve düşünce öncesi dönemleri, arzu ve korku bileşimlerini barındıran haz ilkesine göre hareket eden birimdir. Kişiliğin en ilkel kısmıdır (101). Kalıtsaldır, saldırganlık ve cinsel dürtüleri kapsar. Freud bu dürtülerin zaman içinde geliştiklerini, gelişmeyle keskinliklerinin azaldığını ve nesneye bağlanıp kontrol edilebilir hale geldiklerini ve bütünleşebildiklerini belirtmiştir (9).

Benlik örgütlenme yetisi olan, işlevlerinin temel hedefi düzen ve uyum olan yürütme organı olarak tanımlanmıştır. Altbenlikten gelen dürtüleri yönlendirirken aynı zamanda altbenlikten aldığı enerjiyi kullanmaktadır. Hayat boyunca gelişmekte olduğu ve gerçeklik ilkesine göre hareket ettiği vurgulanmaktadır. Gerçeklik ilkesinin amacı benliğin haz arayan

ve hoş olmayan duygulardan sakınması için uygun bir nesne seçimi yapıncaya dek gerilimin boşalmasını ertelemektir. Altbenlik ve üstbenlik arasında aracı görevi yaptığı belirtilmektedir. Ayrıca benliğin önemli işlevlerinden biri de savunma düzeneklerinin kullanılmasıdır (9, 101).

Üstbenlik, kendiliğin olayları ahlaki açıdan ele alan, vicdan sözcüğüne yakın anlamda kullanılan, iyi şeyler yaptığımızda bizi kutlayan kötü şeyler yaptığımızda ise eleştiren kısmı için kullanmıştır. Üstbenlik temelleri, çocuğun ebeveynin kural ve yasakları ile karşılaşmasıyla atılır (9). Üstbenliğin bir diğer görevi ise ilkeler ve değerler arasındaki uyumu sağlayarak ruhsal bütünlüğün devamını sağlamaktır.

Freud kişilik gelişimini açıklarken psikoseksüel gelişim aşamalarından bahsetmiş, bu dönemlerde yaşanan olayların sonraki dönemlere olan etkisinin önemini vurgulamıştır ve eğer bu dönemler sağlıklı geçirilmezse bireylerin bu dönemlerde saplandıklarını ya da daha sonra bu dönemlere gerileyebildiklerini belirtmiştir (101).

Psikanalitik Kurama Göre Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar

Klasik psikanalitik görüşe göre psikosomatik hastalıklar, derinde yer alan ruhsal patolojinin değişik biçimlerde ortaya çıkmasıdır. Gözlenen bedensel belirtilerin, kabul edilmeyen istek ve dürtülerin bilinç alanına ulaşmasını engelleyen savunma araçları olduğu ve bedenselleştirmenin ilkel savunma düzeneklerinden sayıldığı belirtilmektedir. Bu bireyler gelişim dönemlerinde saplanma, patolojik savunma düzenekleri, çatışmalar nedeniyle duygusal yaşantılarını sözelleştirememektedirler (102).

Oral dönem yaşamın ilk yılını kapsayan, yaşam enerjisinin yani libidonun ağız, dudak ve dile yatırıldığı ve doyum sağlayan bölgenin ağız ve çevresi olduğu dönemdir. Bu dönemdeki egemen eylem içe alımdır. İçe alım emme, çiğneme ve yutma eylemlerinde belirginleşmektedir (9).

Bebeklerin 70'li yıllara dek alıcı, bağımlı, edilgen ve nesnelere ayrılaşmamış olduğu düşünülmekte iken, son zamanlarda süt çocukları üzerinde yapılan gözlem ve araştırmalar bu varsayımı doğrulamamıştır. Son yıllardaki çalışmalar bebeklerin sevgi nesnesinden belirli bir oranda ayrıştığını ve çevreyi sanılandan daha çok algılayarak anne karşısında edilgin olmayan bir yapıda olduklarını ve anneyi harekete geçirdiklerini göstermektedir. Sadece tek yönlü bir "alış"tan çok, yaşamın erken dönemlerinde başlayan bir "alışveriş" insan ilişkilerinin özgül özelliklerinden biridir. Bu alışverişte çocuğun veren ya da alan bir kişi olarak gelişmesini annenin kişisel özellikleri belirler. Verebilen bir anne almasını bilen bir çocuğun gelişmesine olanak sağlarken güçsüz, kuşkulu, veremeyen ve kendi gereksinimleri peşinde koşan bir anne, çocuğun sağlıklı bir biçimde almasını engeller. Böyle

bir ortamda yetişen çocuğun vermekten çok almayı düşündüğü nesne tasarımlarının gelişmesine ve çevreyle ilişkilerinin bozulmasına neden olabileceği belirtilmektedir (9).

Oral dönemde bu alışverişteki dengesizlik yalnızca veren (özgeci) ya da yalnızca almayı düşünen (bencil) bir kişiliğin gelişmesine neden olabilir. Bu alışverişi bir güç gösterisine dönüştüren annelerin çocuklarının, bu tutum sonucunda almayı güçlülük, vermeyi ise güçsüzlük olarak algılayabileceği vurgulanmaktadır. Umutsuz ve karamsar olan anneler, çocuklarının geleceğe dair umut etme yetilerini, sevemeyen anneler ise çocuklarının kendilerini sevilir varlıklar olarak algılamalarını engellerler. Bu nedenle oral dönemin umudun, inancın, temel güven duygusu ve sevginin belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (9).

Literatürde FGİH ile oral döneme ilişkin gözlemler elde edilmiştir (103). Orgen (1960) nevrozlarının bir parçası peptik ülser olan on iki hastayı incelemiş, oral alıcı ve talepkar tavırların hastaların karakterlerini şekillendirerek immatür hale getirdiğini öne sürmüştür. Bu çalışmada hastalar üç gruba ayrılmış; karakter nevrozu olanlarda oral döneme saplanma, obsesyonel ve karışık psikonevrozu olanlarda ise çözülmemiş Oidipus nitelikli sorunlara bağlı olarak oral döneme gerileme gözlenmiştir. İlk sevgi nesnesi olan anneden ayrılamayan, bağımlı ve duygusal olarak zayıf bu kişilerin zeki ve yaratıcı bireyler olduğu belirtilmiş; öfkelerini boşaltamamalarının, reddedilmiş annenin içe alınmasından kaynaklandığı ve bu durumun somatik ve duygusal acılarının ortaya çıkmasında etkili olduğu vurgulanmıştır (103). Psikanalitik literatürde FD'si olan hastalarda içe alınmış kötü anne figürünün etkisinden bahsedilmiştir. Bu kişiler olumsuz içsel süreçler ve zararlı çevrenin etkisi ile oral döneme gerilemektedir. Oral döneme gerileme ile bilinç dışı olarak emme ısırma gibi eylemlerle saldırganlık ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra içe alınmış anneye karşı mazokistik davranış olarak sindirmesi zor ve zararlı gıdalar alınmaktadır. Sonuçta fizyolojik olarak fazla asit salgılanması gibi durumlar gözlenmektedir (97).

FGİH ile ilişkilendirilen bir diğer dönem de anal dönemdir (104). Freud'un psikoseksüel gelişim dönemlerinden ikincisi (1-3 yaş) anal dönemdir. Bu dönemde libidinal enerji daha çok anüs ve çevresine yatırılmaktadır. Bu dönemle ilişkili olarak dışkıının tutulması ve saliverilmesi sırasında yaşanan haz vurgulanmıştır. İnatçılık, çiftedeğerlilik, büyüsel düşünce, bağımsızlık ve özerklik gereksinimleri bu dönemin konularıdır. Çocuklar bu dönemde toplumsal değer ve kurullarla karşılaşır ayrıca dürtü ve gereksinimlerdeki düzensizlik, dağınıklık ve kontrolsüzlüğün özgül özellikler olduğu belirtilmektedir. "Ben kendim yaparım" bu evredeki eğilimdir. Çocuk ve çevresindekilerin kendi istediklerini yaptırma çabaları güç savaşına dönüşebilir sonuçta inatçılığın kırılması, tutuculuk, vericilik

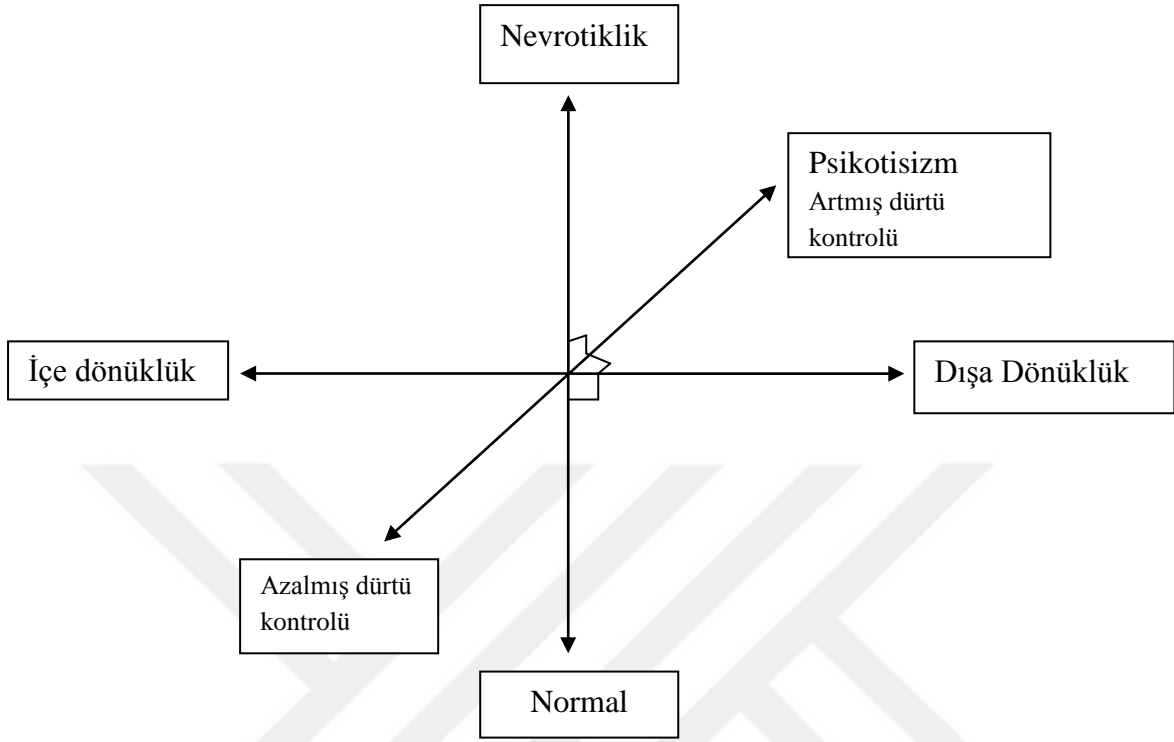
arasındaki dengenin bozulması, özerklik çabalarının engellenmesi bu çatışmanın olumsuz sonucudur (9). Sperling ve arkadaşları (1960) GİS hastalıkları olan bireyleri değerlendirmiş ve bu hastalarda oral ve anal döneme gerileme olduğunu gözlemiştir (104).

FGİH'si olan bireylerde oral ve anal döneme gerilemeden başka durumların da etkili olabileceği belirtilmiştir (96, 105). Alt GİS hastalığı olan çocuklarla yapılan bir çalışmada bu çocukların annelerinin çiftedeğerli ve bilinçdışı yıkıcı dürtüleri olan kişiler olduğu gözlenmiştir. Bu çocukların çözülmemiş Oidipus nitelikli sorunları bulunduğu ve sonuçta pregenital döneme (oral ve anal sadistik dönem) geriledikleri belirtilmiştir (106). Literatürde alt FGİH ataklarının, önemli bir sevgi nesnesinin ani kaybı, narsisistik yaralanma, ciddi hayal kırıklığı ile ilişkili olabileceği ve bu durumların kontrol edilemeyen öfke patlamasına neden olabileceği vurgulanmıştır. Bunun sonucunda aniden gelişen bir iç çatışma, umutsuzluk ve çaresizlik hissiyle birlikte paranoid dağılma riskinin mevcudiyeti belirtilmiştir. Bütün bu durumları takiben kolon mukozasında değişiklikler olduğu bilinmekle birlikte FGİH'nin kolon mukozasındaki değişikliklere dolaylı ya da dolaysız etkisi hakkında net bir sonuca ulaşılamamıştır (96, 105).

2.2.2. Faktör Kuramı ve Eysenck

Kişilik kuramlarında çevresel etmenlerin daha etkili olduğu belirtilmekte iken Eysenck baştan beri bireysel farklılıkların fizyolojik farklılardan kaynaklandığını belirtmiştir (107). Kişiliği, bireyin çevresine kendi özelliklerine has bir şekilde uyumunu tayin eden mizaç, karakter, zihin ve beden yapısının az ya da çok yerleşmiş ve kalıcı bir hali olarak tanımlamıştır (107). Geniş ve çeşitli örneklerde yaptığı çalışmalar ile davranışların hangi etmenlerden meydana geldiğini belirlemeye çalışmıştır. Bu çalışmalar ile üç özellik üstünde durmuştur: Nevrotiklik, İçe dönüklük-dışadönüklük ve Psikotiklik. Eysenck kişilik kuramında kişiliğe boyutsal bir yaklaşım getirmiş ve bütün insanların kişilik yapılarının bu boyutlar arasında bir yerde bulunduğunu belirtmiştir. Kişilik yapısını, birbirinden bağımsız ama bir noktada çakışan iki boyut üzerinden değerlendirmiştir. Birinci boyutun bir ucunda içe dönüklük, öteki ucunda dışa dönüklük olduğunu belirtmiş; ayrıca ikinci boyutun bir ucunda nevrotik, diğer ucunda normal bireylerin bulunduğunu belirterek bu boyutlara psikotizm boyutunu da eklemiştir (107).

Şekil 1 Eysenck'in Üç Boyutlu Kişilik Modeli (108)



Kişilik sadece çevrenin ve kültürün etkisiyle oluşsaydı her kültüre özgü sonuçların çıkması beklenebilirdi. Eysenck'e göre kişilik bireyin genetik yapısı, limbik sistem etkinliği, sosyallik, yaratıcılık, psikopatoloji gibi sosyal davranış biçimlerinden oluşmaktadır (109). Kişiliğin genetik ve çevresel etmenlerden oluştuğunu savunduğu kuramını doğrulamak için dört farklı ülkeden beş bini tek yumurta ikizi olan on üç bin ikizi incelemiş ve genotipin tek başına kişinin bilişsel ve davranışsal özelliklerine etkisinin olmadığı ancak sinir sisteminin işleyişini belirlemede önemli etkisinin olduğunu belirtmiştir (110).

Eysenck'e göre kişilik alt boyutları olan nevrozizm, içe dönüklük-dışadönüklük, psikotisizm aşağıda ayrıntılı bir şekilde belirtilmiştir:

Nevrotizm

Nevrotizm boyutunun beynin güdülenmeyi ve duygusal davranışları düzenleyen kısmı olan limbik sistemle ilişkili olduğu belirtilmektedir (108). Nevrotiklik düzeyi yüksek olan bireyler kararsız, huzursuz, kaygılı, duygusal davranmaya eğilimli kişilerdir. Çabuk öfkelenedikleri veya üzüldükleri, yaşadıkları duygusal durumlar karşısında tekrar normale dönmekte zorlandıkları belirtilmektedir. Bu bireylerde fiziksel rahatsızlıkların ve psikiyatrik belirtilerin sık gözleendiği vurgulanmıştır (108). Ayrıca nevrozizm düzeyi yüksek bireylerin ruhsal durumunun değişken olduğu, çoğu kez çökkün oldukları, aşırı duygusal ve

özgüvenlerinin düşük olabileceği, uykularının kötü olduğu ve hazım sıkıntıları bulunduğu öne sürülmektedir (111, 112). Nevrotiklik düzeyi düşük olan bireylerin duygusal olarak daha kararlı oldukları, ani tepkiler vermedikleri ve duygusal iniş çıkışlarının daha az olduğu belirtilmektedir. Eysenck nevrozizm boyutunun kalıtsal temeli olduğunu belirtmiştir (108).

Kişiliğin etiolojide önemli rol oynadığı ve özellikle bazı kişilik özelliklerinin FGİH'de daha sık gözleendiği vurgulanmaktadır (113). Tanum ve arkadaşları (2001), FGİH'si olan bireylerde psikiyatrik hastalığı olmayan bireylere göre daha fazla nevroitik kişilik özelliği gözlemiş, çeşitli FGİH alt gruplarını kişilik açısından değerlendirmiş ve anlamlı bir fark bulmamışlardır (56). Aynı çalışmada kişilik özelliklerinin FGİH'ye yakınlığı arttırabileceği belirtilmiştir. Tkalcic ve arkadaşları (2010) İBS'si olan bireylerin enflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylere göre psikolojik duyumlardan etkilenmeye daha meyilli oldukları ve daha şiddetli anksiyete düzeyi ile birlikte kişilik özelliklerinin daha nevroitik olduğunu bulmuşlardır (114). Filipovic ve arkadaşları (2013) FD'si olan bireylerle, peptik ülseri olan bireyler ve sağlıklı bireyleri karşılaştırmış, FD'si olan bireylerde anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada ek olarak nevroitiklik düzeyi ile anksiyete düzeyinin birbirini desteklediği ve kontrol gruplarından daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (115). Japonya'da yapılan bir çalışmada ise sağlıklı bireyler ve diyare baskın İBS'si olan ve konstipasyon baskın İBS'si olan bireyler karşılaştırılmıştır. Diyare baskın olan grubun konstipasyon baskın olan gruptan ve sağlıklı kontrol grubundan daha fazla nevroitik özellikler gösterdiği gözlenmiştir ve bunun hastalık belirtilerinin başlaması ve artmasında etkili olabileceği belirtilmektedir (116). Yapılan analitik çalışmalarda psikosomatik hastalıklar değerlendirilirken nevrozları ve nevroitik kişiliğin doğasının iyi anlaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (117).

İçedönüklük-Dışadönüklük

İçedönüklük, dış dünyadaki olaylardan çok kendi benliği, iç dünyası, duyguları ile meşgul olan ve bunun sonucunda sosyal ilişkilerden uzak duran bireyleri tanımlamada kullanılmıştır. Bu kişiler genelde içine kapanık, çok yakınları haricinde kişilerle vakit geçirmekten hoşlanmayan bireylerdir, eyleme geçmeden önce iyice düşünürler ve dürtülerle hareket etmeyen bireyler olarak tanımlanırlar. Çevresel olaylardan fazlaca yaralanabilirler (107).

Dışadönüklük ise dikkatin ve enerjinin iç dünyadan ve benlikten çok dış dünyaya yönlendirilmesi olarak tanımlanmıştır (118). Dışa dönükler, cana yakın, atılgan, rahat ve pek

çok sosyal ilişkisi olan, çok arkadaşına sahip olan kişiler olarak tanımlanır. Hareketli ve saldırgan bir yapıya sahiptirler. Bireylerin genel olarak içe dönüklük ve dışa dönüklük olarak tanımlanan iki uç arasında yer aldığı belirtilmektedir (45).

Eysenck içe dönük ve dışa dönük bireyler arasındaki farkın temel nedeninin kortikal uyarılma düzeyi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. İçe dönük bireylerin kortikal uyarılma düzeylerinin dışa dönük bireylerden daha yüksek olduğu bu nedenle uyarılara hassas olan içe dönük bireylerin aşırı uyarılmayı sağlayacak durumlardan kaçındıkları vurgulanmıştır. Dışa dönük bireylerde ise kortikal uyarılma düzeyi daha az olduğundan uyarılma gereksinimlerini karşılamak için uyarıcı yaşantıları tercih ettikleri belirtilmiştir (108).

Psikotizm

Psikotizm özelliği yüksek olan bireylerin benmerkezci ve dürtüsel yapıda oldukları belirtilmiştir. Bencilik, saldırganlık, anlayışsızlık bu bireylerin diğer özellikleridir (108). Ayrıca bu gruptaki bireylerin soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf, empati kuramayan ve diğer insanlara karşı duyarsızlık gibi kişilik özellikleri gösterdikleri belirtilmektedir (112). Eysenck psikotizm özelliklerinin erkeklerde daha sıklıkla ortaya çıktığını gözlemiştir (108). Psikotizmin özellikleri antisosyal kişilik özelliklerine benzemektedir. Antisosyal kişilik bozukluğu da erkeklerde kadınlardan iki kat daha sık gözlenmektedir (119). Bu gruptaki bireylerde psikotik bozukluklara yatkınlığın olduğundan bahsedilmiştir (101).

2.3. Benliğin Savunma Düzenekleri

Freud (1894), insan organizmasını biyolojik ve kalıtsal olarak anksiyete yaşantılamaya olasılığı olan bir canlı olarak tanımlamıştır. Benlik bir yandan dış dünya ile ilişkilerini gerçekçi bir biçimde sürdürmeye çalışırken diğer taraftan altbenlikten gelen isteklerini belli ölçüde doyumlamak durumundadır ve bu dengenin sağlanabilmesi için savunma düzeneklerini kullanmaktadır. Bu düzenekler bilinçdışı olarak işlemektedir (9). Psikanalitik kuramda savunma düzeneklerinin bireyin çocuklukta yaşadıkları yaşantılarını bilinçten uzaklaştırma işlevini gördüğü belirtilmektedir (120). Bu terim ilk kez Freud (1894) tarafından “Psikonevrozlarda Savunma ” adlı makalesinde yayınlanmıştır. Freud daha sonra bastırma terimini kullanmış ancak sonrasında yeniden savunma düzenekleri terimine geri dönmüştür ve böylelikle bastırma savunma düzeneklerinden birisi olmuştur (9).

Ruhsal yapı kontrol edemeyeceği kadar büyük iç ya da dış kaynaklı bir uyarı akımıyla karşılaştığı zaman otomatik olarak anksiyete ortaya çıkar ve savunma düzenekleri bu

anksiyetle başetmede rol oynar (9). Anna Freud savunma düzeneklerini daha da ileri götürmüş ve savunmaların dinamik anlayışın temelini oluşturduğunu ileri sürmüştür (9). Savuma düzenekleri, güçlü ve tehdit edici duygudan kaçınmak ya da kontrol altına almak ve özsaygıyı sürdürmek amacıyla kullanılır ve kişinin mizacı, erken çocukluk çağında yaşanan olaylar, model olan kişilerin çocuğa aktardıkları ve bireyin deneyimleri ile elde ettikleri olmak üzere dört faktörden etkilenir (121). Bazı savunma düzeneklerinin belli durumlarda daha sık gözlemlendiği belirtilmektedir. Örneğin rahatsız edici duyguların inkarı, bastırılması ve akla uydurulması bedenselleştirme ile sonuçlanmaktadır (63). Faramarzi ve arkadaşları (2012) FD'si olan hastalarla sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve FD'si olan hastaların daha fazla nevrotik ve ilkel savunma düzeneklerini kullandıklarını saptamışlardır (10). Başka bir çalışmada ise İBS'si olan hastalarla sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu karşılaştırılmış ve psikiyatrik hastalığı olmayanlarda savunma düzenekleri ve öfkenin farklı olmadığı gözlemlenmiştir ancak stresin ve anlık durumların belirtileri etkilemekte yine de bir rolü olabileceği belirtilmiştir (19). Hyphantis ve arkadaşları (2013) bedensel belirtiler ve savunma düzeneklerinin ilişkisini incelemiş ve bedensel belirtilerin şiddeti ile bedenselleştirme savunması kullanılması sıklığının paralel olarak arttığını saptamışlardır. Bedenselleştirme savunmasını yansıtırma, yer değiştirme, ilkel geri çekilme ve edilgin saldırganlık izlemiştir. Ayrıca olgun savunma düzeneklerinden olan rasyonalizasyon ve mizahın daha az sıklıkta kullanıldığı belirtilmiştir (122).

Savunma düzenekleri birincil ya da ilkel ve ikincil ya da üst düzey savunma düzenekleri olarak ikiye ayrılır. İlkel savunma düzeneklerinin kendilik ile dış dünya arasındaki sınırlarla, üst düzey savunma düzeneklerinin ise benlik veya üstbenlik ile altbenlik arasında ya da gözlemleyen ve deneyimleyen benlik arasındaki içsel sınırlarla ilgilidir (121).

2.3.1. Birincil (İlkel) Savunma Düzenekleri

Yaşamın ilk yıllarında görülen en ilkel savunma mekanizmalarıdır. Bir savunma mekanizmasının ilkel savunma mekanizması sayılması için dil öncesi dönemle ilişkili iki özelliği olması gerekir: Gerçeklik ilkesi kazanılmamış olması ve kendilik dışında kalanlarla ayrı olma hali ve nesne sürekliliğinin gelişmemiş olması. Bu savunma düzenekleri dış dünya ile kendilik sınırları arasındadır (121).

İlkel Geri Çekilme

Bebeklerin aşırı uyarıldığı ya da sıkıntıya girdiğinde uykuya dalması bu savunma düzeneğine örnektir. Erişkin hayatta bu savunma düzeneğini kullanan bireylerin kişisel

ilişkileri zayıf olmakla birlikte çevreye duyarlı kişilerdir. Bazı uzmanlar bu düzenek için "Otistik Düşlem" terimini kullanmaktadır (121).

İnkâr

Benlik için tehlikeli algılanan ve kaygıya neden olabilecek bir gerçeği yok saymak olarak tanımlanmaktadır (8). Tüm savunmalara eşlik edebilen, yaygın kullanılan, günlük yaşamda unutmayı kolaylaştırıp rahatlık sağlayan bir düzenektir. Ayrıca Şizofreni, mani, bağımlılar, özkıyım girişiminde bulunanlar bu savunma düzeneğini kullanmaktadır (8, 9, 121). Garma (1959), vaka izlemlerinde üst FGİH olan bireylerle çalışmış ve bu bireylerde inkâr ve yer değiştirme savunma düzeneğinin belirtilerin oluşmasındaki rolünü gözlemlemiş ve tedavileri sırasında bu düzeneklerle çalışmıştır (123). Öfkenin en çok inkâr edilen duygu olup (8, 9, 121), bedenselleştirmede öfkenin yordayıcı etken olduğu ve inkâr düzeneğinin sık kullanıldığı belirtilmektedir (14, 63).

Tümgüçlü Kontrol

Tümgüçlü kontrol bebeklik döneminde ve bazı kişiliklerde ileriki yaşlarda görülen bir düzenektir. Bebeklikte birincil narsisizm dönemine denk gelen zamanda çocuğun sihirli bir şekilde her şeyi kendisinin yaptığını düşünmesinin bu düzeneğe örnek olduğu belirtilmektedir. Özellikle antisosyal bireylerde gelişimde sapma olur ve bu kişiler tümgüçlü kontrolü erişkin hayatta da oldukça sık kullanır (121).

İlkel Ülküleştirme ve Değersizleştirme

İlkel ülküleştirme ve değersizleştirmenin, madalyonun iki yüzü olduğu ve birinin olmadığı yerde diğersinin olmadığı belirtilmektedir. İlkel ülküleştirme, iyi ve olumlu öğeler ya da değerler nesneye yansıtılarak onun daha yüce niteliklere büründürülmesi olarak tanımlanmaktadır (9). Bir nesne ne kadar ülküleştirilirse o kadar şiddetli değersizleştirmeye uğrar (9, 121).

Yansıtma, Yansıtımlı Özdeşim

En ilkel savunma süreçlerinden biridir. Yansıtma, benlik ile uyumsuzluk yaratan bir duygu ya da düşüncenin kaygıyı azaltmak amacı ile dışsal kaynaktan geliyor gibi deneyimlendiği bir süreçtir. Yansıtma savunma düzeneğinin habis biçiminin paranoid nitelikteki karakterde gözlemlendiği vurgulanmıştır (121). Yapılan analitik yönelimli terapilerde üst FGİH olan bireylerde yansıtma savunma düzeneğinin sık kullanıldığı gözlenmiştir (103).

Yansıtımlı Özdeşimde ise anksiyete yaratan durumların dış nesneye yansıtılması sonucunda hissedilen anksiyetenin şiddeti azalır ve yansıtılan kişi bu özelliklere sahipmiş gibi davranılmaya zorlanır. Sonuçta nesne tehlikeli ruhsal öğelerin özelliklerini kazanmış olur.

Böylece birey kendinde kontrol edemediği durumları yansıtılan nesneye müdahale ederek kontrol etmeye çalışır (9). Bu düzenek sınır kişilik örgütlenmesi olan bireylerde sıklıkla kullanılmaktadır (121).

Bölme

Dil öncesi dönemden kaynaklandığı düşünülen ilkel savunma mekanizmalarından olduğu belirtilmektedir (121). Birbirine karşıt kendilik ve nesne imgelerini oldukça kesin bir biçimde birbirinden ayıran bilinçdışı bir süreç olduğu düşünülmektedir (9, 121). Bu düzeneğin sınırdurum kişiliklerde sıklıkla kullanıldığı vurgulanmaktadır (9).

Disosiyasyon

Disosiyasyon, zihindeki bir takım düşünce ve duygu kümelerinin ya da karmaşaların, bağlı oldukları olay ve yaşantılardan koparak özerkleşmeleri ve bu durumların benliği etkileme süreci olarak tanımlanmıştır. Uyurgezerlik, bayılma nöbetleri ve unutmalar olarak görülebilir (8).

2.3.2. İkincil (Üst Düzey-Olgun) Savunma Düzenekleri

Bu savunma düzeneklerinin benlik, üstbenlik ve altbenlik arasında ya da gözlemleyen ve deneyimleyen ego arasındaki içsel sınırlarla ilgili olduğu belirtilmiştir (124).

Bastırma

Bastırma Freud'un ilgisini çeken ilk savunmalardan biridir ve üst düzey savunmalar içinde en temel olandır. Freud bastırmanın esasının bir şeyi bilinçten uzaklaştırmak ve belli mesafede tutmak olduğunu belirtmiştir, bu savunmayı tanımladıktan sonra uzun süre bunu bilinçdışı ile eş tutmuştur (9, 124). Histerik kişiliklerde ve bedenselleştirme ile ilgili bozukluklarda bu düzeneğin sık kullanıldığı belirtilmektedir (124). Psikanalitik yönelimli terapilerde FGİH'si olan bireylerde bastırmanın yaygın kullanıldığı ve hastalığın başlaması ve belirtilerin şiddetlenmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (95, 96, 125).

Gerileme

Kişinin bulunduğu durum birey için ileri derece kaygı oluşturduğunda kişinin önceki bir döneme gerileyeceği bir savunma düzeneğidir. Bireyler bu düzeneği çocuklukta ve erişkinlikte kullanmaktadır (8, 124).

Düşünselleştirme

Bu savunma düzeneğinde bireyler duygular hakkında konuşur ancak konuşmanın duygu içermediği belirtilmektedir. Olaylar duygudan yoksun donuk ve mesafeli bir sesle anlatılır. Obsesif bireylerde düşünselleştirme sık kullanılmaktadır (124).

Akılçılaştırma

Acı verici ve bunaltıya sebep olan durumlarda akla yatkın görünen sıkıntı vermeyecek bir neden ya da açıklama bulmak olarak tanımlanmaktadır. Ağır kişilik bozuklukları ve bağımlılıkta sık kullanılan bir düzendir (57, 67).

Ahlaksallaştırma

Kişi akılçılaştırmayı kullandığında yaşadığı sıkıntı için mantıklı nedenler bulmaktadır ancak ahlaksallaştırmayı kullandığında bu davranışı yapmanın "görev" olduğunu düşünmekte ve bu durum haklı ve zorunlu bir olaymış gibi davranmaktadır. Bu savunmayı kullanan bireylerde katı ve cezalandırıcı olan üstbenliğin işleyişi vurgulanmıştır (124).

Bölmeleme

Yalıtımda birey duygu ve olayları birbirinden ayırmaktadır ancak bölmeleme düzeneğinde çatışan ve suçluluk, utanç gibi duygular oluşturan tutumlar aynı anda bilinç alanında bulunmaktadır ancak bu durumların birbiriyle ilişkisi bilinçdışıdır (124).

Yapmabozma

Gerçekte ya da düşüncede yapılan ya da yapıldığı düşünülen olumsuz bir eylemi yansızlaştırmak, etkisini kaldırmak ve yapılmamış saymak için yürütülen bir takım işlemler olarak tanımlanmıştır (8). Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde bu düzendir sıklıkla kullanılmaktadır (124).

Kendine Karşı Döndürme

Kendine karşı döndürme, bazı olumsuz duygulanım ve tutumları dışsal bir nesne yerine kendiliğe yöneltmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireyler bir olayı kontrol edemediklerinde, durumu kendilerine döndürerek kontrol edebilecekleri için tercih ettikleri bir savunmadır. Depresif kişiliklerde ve özkıyım girişimlerinde bu düzendir sıklıkla kullanılmaktadır (8, 124).

Yer Değiştirme

Benlikçe kabul edilmeyen ve kaygıya neden olacak bir dürtü ya da duygunun başka bir nesneye yönlendirilmesi olarak tanımlanmıştır. Bu düzendir kullanıldığında korku geçmemekte sadece sakınılan nesne değişmektedir (8, 9, 124). Garma (1956), psikanalitik vaka incelemelerinde FGİH'si olan bireylerde yer değiştirme savunma düzeneğinin psikopatolojide önemli bir yeri olduğu gözlemiştir (97). Bu düzendir özellikle fobi, obsesif kompulsif bozukluk ve bedenselleştirmede gözlenmektedir (8, 9, 124).

Karşıt Tepki Oluşturma

Bu savunma düzeneğinde kişinin benliğini; içindeki kin, nefret düşünceleri ve pislik eğilimlerini, aşırı kibar, nazik davranarak ya da çok temizlik yaparak koruduğu gözlenmiştir. Yüceleştirmenin zıttı olarak kişilerin bilinçdışı dürtüleri bireyleri zorlamakta ve bireylerin bunların tersine davranıp bu düşüncelerle savaştığı belirtilmektedir. Özellikle obsesif kompulsif bozuklukta bu savunma kullanılmaktadır (8, 124).

Özdeşleşim

Çocukluktan erişkin çağa kadar kullanılan bilinçdışı olgunlaşma ve savunma düzeneği olan özdeşleşim başka bir bireyin davranışlarını, değerlerini benimseyerek benliğimize sindirip onun bir parçası haline getirme durumu olarak tarif edilmektedir (8). Freud (1923), özdeşleşimin hem savunma amaçlı korkulan nesne olmaya hem de sevilen nesneyi içe almayı içerdiğini vurgulamıştır. Özellikle savunma amaçlı korkulan nesneyle özdeşleşme Oidipus nitelikli karmaşada görülmektedir (8, 124).

Eyleme Koyma

Freud (1914), çalışmalarında bazı hastalarının bilinçdışı çatışmalarını bilinçli düzeyde yaşamamak için eyleme geçtiklerini, bu şekilde bilinçdışı yasaklanmış duygular, arzular, rahatsız edici korkular ve anılarla bağlantılı kaygıyı kontrol edebilmek için güdülenen davranışları tanımlamak için kullanıldığı belirtmiştir (126). Bu savunma mekanizmasının özellikle dürtüsel kişilik patolojilerinde daha yaygın görüldüğü vurgulanmaktadır (124).

Yüceltme

Diğer savunma düzenekleri genelde dürtü ile olan bir çatışma ve ortaya çıkacak kaygıya karşı kullanılan düzeneklerdir ancak yüceltmede herhangi bir kaygıya karşı savunma olmadığı belirtilmektedir. Çünkü zamanla bireyde bulunan cinsel ve saldırgan dürtülerdeki saldırganlık ve cinsellik ortadan kalkar sadece enerjisi kalır ve bu enerji toplum içinde yaratıcı ve yapıcı eylemlere dönüştürülür (8)

2.4. Öfke

Öfke doğal, evrensel, diğer duygular gibi kabul edildiğinde kontrol edilip işe yarayabilen aynı zamanda zarar da verebilen bir duygudur. Genel olarak doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen duygusal tepki olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı olarak ifade edildiğinde yapıcı ve adaptasyona yardımcı bir duygu olduğu belirtilmektedir. Kontrol edilemediğinde en zarar verici duygulardan biri olup, son

derece saldırgan bir tepkiye dönüşme ihtimali olan öfke, diğer tüm duygular gibi fiziksel ve ruhsal sağlık açısından önemli bir role sahiptir (15, 127).

Spielberger'e (1991) göre öfke, basit bir şekilde sinirlenme ve kızma durumundan yoğun ve ciddi hiddet durumuna kadar değişebilen, duygusal bir tepki olarak tanımlanmıştır (128). Spielberger ayrıca öfkenin kaç-savaş yanıtı oluşmasında önemli bir rol oynadığını ve bu nedenle organizmanın varlığını sürdürebilmesi için gerekli olduğunu, tehlike geçene kadar devam ettiğini belirtmiştir. Diğer yandan da saldırganlık davranışını tetikleyebilecek bir duygu olduğunu belirtmiştir (127, 129). Defenbacher (1992) öfkenin özelliklerini şu şekilde sıralamıştır:

- i.Öfke planlanan bir eylem sonucunda çıkan bir duygu değil, içsel bir duygudur.
- ii.Öfkeyi göstermek zor değildir, öfkeyi göstermenin çok çeşitli yüzleri vardır ve herkes öfkelenebilir.
- iii.Öfke bireyi daha kuvvetli ve uyarılmış bir hale getirir ancak öfkeli birey daha kolay incinebilir.
- iv.Öfkelenildiğinde gösterilen tepkiler yaşam süreci içinde öğrenilmiş davranışlardır.
- v.Öfke engellenme, haksızlık gibi çeşitli durumlarda aniden ortaya çıkabilen bir duygudur. Öfkenin bastırılması veya hemen olduğu anda çıkarılması sağlıklı değildir.

Bu sebeple öfkenin nedenleri ve tanınması öfkeyi kontrol etmek için çok önemlidir (130). Novaco (1975) da öfkenin beş önemli işlevinden bahsetmiştir:

- i.Kişiye güç verir.
- ii.Kişinin duygularının daha da artmasına yol açacak rahatsız edici davranışları önler.
- iii.Diğer insanlara karşı olumsuz duyguların dışa vurulmasını kolaylaştırır.
- iv.Anksiyetenin dışsal çatışmalara yönelmesi sonucu, egonun zarar görme olasılığına karşı bir savunma oluşturur;
- v.Kişiyi, isteklerini elde etme konusunda daha atılgan bir hale getirir (131).

2.4.1. Öfke ile İlgili Kuramlar

Psikanalitik yaklaşımda öfke duygusu saldırganlığın bir boyutu olarak ele alınmaktadır. Bu davranışta bireylerin davranışlarının yaşam ve ölüm içgüdüleri olarak yansıtılan iki temel içgüdü tarafından yönlendirildiği belirtilmektedir. Freud, yaşam içgüdülerini cinsellikle, ölüm içgüdülerini saldırganlıkla ilişkilendirmiştir. Brenner (1998) psikanalizin ilk yıllarında Freud'un saldırganlığı, ruhsal yaşamın bağımsız bir etkeni olarak görmemesi nedeniyle, bu kavram üzerinde cinsellik kadar durulmadığını belirtmiştir (120).

Psikanalitik bakış açısında öfke duygusunun işlevi önemli kavramlardan biri olan boşalım (katarsis) ilişkilendirilmiştir. Organizmada gereksinimler sonrasında gerginlik ortaya çıkar ve bu gerginliğin azaltılıp gerilim öncesi duruma dönülmesi için biriken enerjinin boşaltılması gerekir. Bu enerjinin boşaltılmasında öfke bir araçtır. Biriken enerjinin ifade edilmesinin, duygularda boşalım sağlayarak rahatlamayı sağladığı belirtilmektedir. Öfkenin içgüdüsel bir duygu olduğu vurgulanmaktadır (132).

Bilişsel Davranışçı Kuramda, bireyin yaşadığı farklı durumlar farklı tepkilere dolayısıyla kişinin duygularını farklı şekillerde ifade etmesine yol açar. Kişinin tepkileri olayla ilgili algı ve yüklediği anlama göre yani otomatik düşüncesine göre değişir. Öfke olaydan ziyade kişinin ona yüklediği anlam ve olayı algılama biçimi nedeniyle oluşmaktadır. Bu yaklaşımda öfke ifade ediliş şeklinin, öğrenilmiş bir davranış olduğu belirtilmektedir ve öfkenin ifade edilme şekliyle çalışılır (133, 134).

Gestalt yaklaşımında öfkenin, öznel bir duygu olmadığı ve çevreyle biyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkileşimin sonucu olduğu belirtilmektedir. Bireyin istek ve ihtiyaçları çevresiyle olan ilişkisinin ürünü olduğundan öfkenin sebebi ve çözümlenmesinde bu etkileşimden yararlanılması gerektiği belirtilmektedir (135, 136).

Kopper ve Epperson (1996), klinik ortamda yaptıkları çalışmalarında öfkenin üç şekilde ifade edildiğini bulmuşlardır: i) Öfkenin saldırganlıkla dışa vurulması; ii) Öfke eğiliminin olması ve sözel olarak ya da dolaylı yoldan dışa vurulması; iii) Öfkenin bastırılması ve kızgınlık ile edilgin saldırganlığın olması (137). Averill (1983) ise saldırgan olmayan tepkiler de olabileceğini belirtmiş ancak öfkenin bu üç yolla dışavurumunun olduğunu desteklemiştir (138).

Öfkenin bedenselleştirmede büyük bir rol oynadığı belirtilmektedir (139). Kellner ve arkadaşları (1992) çalışmalarında, bastırılmış öfkenin semptomimetik etkinliği arttırdığı bunun da bedenselleştirme ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (140). Öfke ifade biçimi ile bedensel belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ifade etme şekline göre içedönük öfkenin, daha çok psikosomatik bozukluklarda, somatoform bozukluklarda ve kaygı bozukluklarında; öfke dışavurumunun ise depresif bozukluklardaki bedenselleştirme ile anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır (140). Kore’de yapılan bir çalışmada FD’si olan bireyler ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış ve FD’si olan grupta depresif belirtilerin daha fazla olduğu buna bağlı olarak öfkenin daha fazla olduğu belirtilmiştir (141). Tanum ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada FGİH’de gizlenmiş öfke daha fazla gözlenmiştir (56). Yapılan başka bir çalışmada İBS ve Crohn Hastalığı olan bireyler karşılaştırılmış,

bastırılmış ve sürekli öfkenin İBS'si olan bireylerde daha fazla olduğu gözlenmiştir (142). Romanya'da yapılan bir çalışmada ise sağlıklı bireyler ile İBS'si olan bireyler karşılaştırılmış ve İBS'si olanlarda sürekli öfkenin daha fazla olduğu gözlenmiştir (16). FGİH'de öfkeyi inceleyen çalışmalar incelendiğinde öfkenin hastalıkla ilişkisi üzerinde durulmuş ve FGİH tedavisinde göz önünde bulundurulması gereken bir faktör olarak belirtilmiştir (16, 56, 142).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje No: KA15/28, Etik Kurul Onay Tarihi: 18.02.2015) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

3.1. Örneklem

Bu araştırmaya Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğine 08.02.2015 -31.05.2015 tarihleri arasında muayene ve tedavi amacıyla başvuran, gastroskopi ve kolonoskopi yapıp gastroenterologlar tarafından ROMA III kriterlerine göre FGİH tanısı konulan 109 kişi ve kronik GİS hastalığı olmayan yaş, cinsiyet ve eğitim durumu eşleştirilmiş 96 birey kontrol grubu olarak alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 6 kişi vaktinin olmadığını belirtmiştir. Bütün katılımcılar bilgilendirilmiş onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Değerlendirme araçlarını yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olunması, 18-64 yaşları arasında olmak, okuryazar olmak ve gastroenterologlar tarafından ROMA III kriterlerine göre FGİH tanısı konulmuş olunması araştırmaya alınma ölçütleri idi. Araştırmadan dışlama ölçütleri ise bireyin değerlendirme ölçeklerini yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmaması, alkol ve madde kullanım bozukluğu olması, psikotik bozukluğu olması ve bilinen başka kronik gastrointestinal hastalığı olması idi.

3.2 Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulama

Her iki gruptaki katılımcılara çalışma ve ölçekler hakkında bilgi verildi. Daha sonra katılımcılardan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Eysenck Kişilik Anketi Kısa Formu (EKA-KF), Savunma Biçimleri Testi (SBT) ve Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeğini (SÖ-ÖİTÖ) doldurmaları istendi.

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu: Çalışmanın amacına uygun olarak sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanmış bilgi toplama aracıdır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, ekonomik gelir düzeyi, alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar, eşlik eden ruhsal ve bedensel hastalık öyküsü, hastalık süresi, psikiyatrik soygeçmişe ait bilgileri içeren bölümden oluşmaktadır (Ek-1).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ): Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini

değerlendirme ölçeğidir (143). Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (144). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Toplam 14 soru içerir. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyete şiddetini, diğer yedisi de (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir. HAD bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle tercih edilmiştir (Ek-2).

Eysenck Kişilik Anketi Kısa Formu (EKA-KF): Bu çalışmada, katılımcıların kişilik özelliklerini belirlemede Francis, Brown ve Philipchalk (1992) tarafından geliştirilen Eysenck Kişilik Anketi'nin Gözden Geçirilmiş Kısa Formu kullanılmıştır. Bu ölçek kişilik özelliklerini ölçmede kullanılan bir ankettir. Toplam 24 maddeden oluşan anket, kişiliği 3 ana faktörde değerlendirmektedir: "dışa dönüklük", "nörotisizm", "psikotisizm". Ayrıca "yalan" alt ölçeği; anket uygulanırken ki yanlılığı engellemeyi ve geçerlilikle ilgili kontrol sağlamayı amaçlanmaktadır. Her bir faktörün 6 madde ile değerlendirildiği bu anketin 24 sorusuna Evet – Hayır formatıyla cevap vermektedir. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. Diğer alt ölçeklerden daha yüksek puan alınan alt ölçek, bu kişilik özelliğinin kişide diğer kişilik özelliklerinin daha baskın düzeyde bulunduğu işaret eder. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karancı ve Arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır (145) (Ek-3).

Savunma Biçimleri Testi (SBT): Savunma Biçimleri Testi 40 maddelik formu (SBT-40) bilinçdışı kullanılan savunma biçimlerinin bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Andrews ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen testte her bir madde 1 (Bana hiç uygun değil) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir (146). Ölçekteki 20 savunma mekanizması ilkel, nevrotik ve olgun savunmalar olarak 3 boyutta toplanmıştır. Her bir alt savunma ve 3 savunma biçiminin hesaplanmasında toplam puan ya da aritmetik ortalama kullanılabilir ilkel savunmalar: yansıtma (6. ve 29. sorular), edilgin saldırganlık (23. ve 36. sorular), dışa vurma (11. ve 20. sorular), yalıtma (34. ve 37. sorular), değersizleştirme (10. ve 13. sorular), otistik düşlem (14. ve 17. sorular), yadsıma (8. ve 18. sorular), yer değiştirme (31. ve 33. sorular), disosiyasyon (9. ve 15. sorular), bölme (19. ve 22. sorular), mantıksallaştırma (4. ve 16. sorular), bedenselleştirme (12. ve 27. sorular). Nevrotik savunmalar: yapmabozma (32. ve 40. sorular), yapay özgecilik (1. ve 39. sorular), idealleştirme (21. ve 24. sorular), karşıt tepki geliştirme (7. ve 28. sorular). Matür savunmalar:

yüceltme (3. ve 38. sorular), mizah (5. ve 26.) Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır (147) (Ek-4).

Sürekli Öfke –Öfke İfade Tarz Ölçeği (SÖ-ÖİTÖ): Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği Spielberger (1983) tarafından geliştirilmiştir (148). Bu ölçeğin Türkçeye çeviri ve uyarlama çalışmaları Özer (1994) tarafından yapılmıştır (149). Bu çalışmada iki ana alt ölçekten oluşan Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte sürekli öfkeyi ölçmek için 10 madde bulunmaktadır. Öfke İfade Tarz Ölçeği ise sekizer maddeyi kapsayan 3 bölümden ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 10+24 olmak üzere toplam 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade biçimleri için ayrı ayrı yapılmaktadır. 10 maddelik Sürekli Öfke Ölçeğinden 10 ile 40 arasında bir puan elde edilmektedir.

Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden ise, sekizer maddelik her boyuttan 8 ile 32 arasında bir puan elde edilmektedir. Sürekli öfke; öfke içte, öfke dışı ölçeklerinden alınan puanların düşük olması olumlu nitelik kazanırken, Öfkenin kontrolünde puanların yüksek oluşu olumlu nitelik arz etmektedir. Ölçekten toplam bir puan elde edilmemektedir. Ölçek iki aşamalı bir şekilde oluşturulmuştur. İlk önce Durumluluk, Sürekli Öfke Ölçeği olarak geliştirilmiş, daha sonra öfkenin ifade edilişinin önemli olduğu göz önünde bulundurularak, 24 madde daha eklenmiştir. Ölçek Durumluluk Öfke alt testi dışında, Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Alt ölçeklerinin Türkçeye uyarlaması Özer (1994) tarafından yapılmıştır (149) (Ek-5).

3.3 İstatistik

Analizin ilk aşamasında katılımcıların demografik bilgilerine dair ortalama ve sıklık değerlerine bakılmıştır. Tanı ve kontrol grubundaki katılımcıların çeşitli sosyodemografik değişkenler üzerinden karşılaştırılması Ki-kare Analizi ve Bağımsız Gruplar İçin T-Testi Analizi yoluyla yapılmıştır. Değişkenler arası ilişki katsayılarına Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi yoluyla; bağımsız değişkenlerin puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark araştırması da İki-yönlü Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) ile bakılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın temel amacı doğrultusunda yanıt aranan sorulara ilişkin yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Nihai analizlere geçilmeden önce tüm veri seti SPSS programı ile verilerin bilgisayara aktarılmasında hata olup olmaması, kayıp değerler, normal dağılım özelliği gibi yönlerden incelenmiştir. Sonuçta bağımlı değişkenlerin sahip oldukları özelliklerin parametrik istatistik sayıtlarını karşıladığı görülmüş ve analizler 205 kişiden elde edilen veriler üzerinden yapılmıştır.

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Bu bölümde, çalışmada yer alan 109 FGİH'si olan (%53.2) ve 96 sağlıklı kontrolden (%46.8) oluşan toplam 205 kişiden elde edilen verilerin analiz sonuçlarına yer verilmiştir. FGİH grubu üst ve alt FGİH olarak ayrıldığında 41'i üst FGİH (%38), 68'i alt FGİH (%62) grubundadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri alışkanlıkları ve tıbbi öyküleri incelendiğinde 205 katılımcının 151'i kadın (%73,7) 54'ü erkektir (%26,3). Tüm katılımcıların yaş ortalaması $40\pm 13,1$ 'dir. Medeni durumlarına bakıldığında 205 katılımcıdan 128'inin evli (%62,4), 6'sının dul (%2,9), 2'sinin ayrı yaşadığı (1), 6'sının boşanmış (%2,9) ve 63'ünün hiç evlenmemiş olduğu (%30,7) bildirilmiştir. Örneklem grubunda 25 kişi ilkokul (%12,2), 15 kişi ortaokul (%7,3), 48 kişi lise (%23,4), 117 kişi üniversite (%57,1) mezundur. Diğer değişkenlerin sıklık ve ortalama değerleri Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Değişkenler	Sıklık	Yüzde
Kontrol Grubu	96	46.8
FGİH	109	53.2
FGİH		
Üst	41	38
Alt	68	62
Cinsiyet		
Kadın	151	73,7
Erkek	54	26,3

Tablo 1. (Devam)

Sosyodemografik Değişkenler	Sıklık	Yüzde
Medeni Durum		
Evli	128	62,4
Dul	6	2,9
Ayrı yaşıyor	2	1
Boşanmış	6	2,9
Evlenmemiş	63	30,7
Eğitim Durumu		
İlkokul	25	12,2
Ortaokul	15	7,3
Lise	48	23,4
Üniversite	117	57,1
Çalışma Durumu		
Hiç çalışmamış	21	10,2
Öğrenci	19	9,3
Aralıklı çalışmış	2	1
İşten ayrılmış	4	2
Emekli	27	13,2
Halen Çalışıyor	132	64,4
Meslek		
İşçi	67	50
Memur	46	34,3
Serbest meslek	21	15,7
Gelir Düzeyi		
Çok düşük	17	8,5
Düşük	54	27
Orta	69	34,5
Yüksek	60	30
Hastalık Başlama Yaşı		
Çocukluk	1	0,9
Ergenlik	19	17,6
Genç Yetişkinlik	63	58,3
Yetişkinlik	25	23,1
Fiziksel Hastalık		
Var	68	33,7
Yok	134	65,3

Tablo 1. (Devam)

Sosyodemografik Değişkenler	Sıklık	Yüzde
Psikiyatrik hastalık		
Var	20	9,9
Yok	183	90,1
Geçmişte Ruhsal Hastalık		
Var	41	20,2
Yok	162	79,8
Geçmişte Psikiyatrik İlaç Kullanımı		
Var	39	19,2
Yok	164	80,8

Tablo 2: Tüm Katılımcıların Yaş, Hastalık Süresi ve Anne Sütü Alma Süreleri

Sosyodemografik Değişkenler	Ortalama	Ss
Yaş	40.0	13.1
Hastalık Süresi	8.65 (yıl)	9.0
Anne sütü	12.7 (ay)	8.0

4.2. Grup Karşılaştırmaları

FGİH ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş açısından farklı olup olmadıklarına t-testi ile bakılmıştır. Yapılan analize göre kontrol grubunun yaş ortalaması ($X=38.4\pm 12.4$) ile FGİH grubunun yaş ortalaması ($X=41.4\pm 13.7$) arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($t=1.6$, $sd=203$, $p>0.05$). FGİH tanısı alıp almamış olmanın cinsiyete göre farklılaşmasına Ki-kare testi ile bakılmıştır. Analiz sonucuna göre kadın ve erkeklerin FGİH grubunda olup olmamaları açısından bir fark bulunamamıştır ($Ki-kare=0.30$, $p>0.05$). Aynı gruplar medeni durum ($Ki-kare=2.9$, $p>0.05$) ve eğitim durumu ($Ki-kare=2.1$, $p>0.05$) açısından değerlendirilmiş ve söz konusu değişkenler için FGİH grubunda olup olmamaları açısından bir fark bulunamamıştır. FGİH ve kontrol grubu çalışma durumuna göre değerlendirilmiş, FGİH grubunda daha çok bireyin çalışmadığı bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($Ki-kare=6.7$, $p<0.05$) (Bknz. Tablo 3). Diğer değişkenlerle ilgili bulgular Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. FGİH ve Kontrol Gruplarında Sosyodemografik Değişkenler

Sosyodemografik Değişkenler	FGİH Grubu	Kontrol Grubu	t	sd	p
	(n=109)	(n=96)			
	Ort. (ss)	Ort. (ss)			
Yaş	38.4 (12.4)	41.4 (13.7)	1.6	203	0.108
Anne sütü (ay olarak)	12.6 (8.3)	12.9 (7.8)	-0.3	158	0.8
	n	n	Ki-Kare	sd	p
Cinsiyet					
Kadın	82	69			
Erkek	27	27	0.30	1	0.6
M. Durum					
Evli	71	57			
Dul	3	3			
Ayrı yaşıyor	2	0	2.9	4	0.6
Boşanmış	3	3			
Evlenmemiş	30	33			
Eğitim					
İlkokul	15	10			
Ortaokul	10	5	2.1	3	0.5
Lise	26	22			
Üniversite	58	59			
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	62	70			
Çalışmıyor	47	24	6.7*	1	0.009
Meslek					
İşçi	27	40			
Memur	21	25	4.5	2	0.11
Serbest Meslek	14	7			
Gelir Düzeyi					
Çok düşük	6	11			
Düşük	23	31	9.01*	3	0.03
Orta	38	31			
Yüksek	40	20			
Fiziksel Hastalık					
var	46	22			
yok	63	71	7.72*	1	0.05

Tablo 3. (Devam)

Sosyodemografik Değişkenler	FGİH Grubu (n=109)	Kontrol Grubu (n=96)	Ki-Kare	sd	p
Psikiyatrik hastalık					
var	15	5			
Yok	94	89	4.05*	1	0.04
Geçmişte Psikiyatrik Hastalık					
var	29	12			
yok	80	82	6.0*	1	0.01
Psikotrop İlaç Kullanımı					
var	29	10			
yok	80	84	8.3*	1	0.04

*p<0.05

Benzer şekilde üst ve alt FGİH gruplarının yaş açısından farklı olup olmadıklarına t-testi analizi ile bakılmış ve gruplar arasında yaş farkının anlamlı olmadığı görülmüştür (t=0.46, sd=107, p>0.05). Alt veya üst FGİH'nin cinsiyete göre farklılaşmasına Ki-kare testi ile bakılmıştır. Analiz sonucuna göre kadın ve erkeklerin alt veya üst FGİH gruplarında olmaları açısından bir fark bulunamamıştır (Ki-kare=0.97, p>0.05). Aynı gruplar arasında medeni durum (Ki-kare=1.3, p>0.05), eğitim durumu (Ki-kare=6.4, p>0.05) ve çalışma durumu (Ki-kare=2.9, p>0.05) için değerlendirilmiş ve bakılan parametrelerin alt veya üst FGİH gruplarında olmaları açısından bir fark bulunamamıştır (Bknz. Tablo 4). Diğer değişkenlerle ilgili bulgular Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Üst ve Alt FGİH Gruplarında Sosyodemografik Değişkenler

Sosyodemografik Değişkenler	ÜST FGİH Grubu (n=41)	Alt FGİH Grubu (n=68)	t	sd	p
	Ort. (ss)	Ort. (ss)			
Yaş	42.2 (13.7)	40.9 (13.8)	0.45	107	0.6
Anne sütü (ay olarak)	15.1 (8.8)	10.9 (7.6)	2.3*	80	0.02
Hastalık süresi (yıl olarak)	7.3 (10.2)	9.5 (8.1)	-1.2	101	0.3
	n	n	Ki-Kare	sd	p
Cinsiyet					
Kadın	33	49	0.97	1	0.3
Erkek	8	19			

Tablo 4. (Devam)

Sosyodemografik Değişkenler	n	n	Ki-Kare	sd	p
M. Durum					
Evli	26	45			
Dul	1	2			
Ayrı yaşıyor	1	1	1.3	4	0.87
Boşanmış	2	1			
Evlenmemiş	11	19			
Eğitim					
İlkokul	6	9			
Ortaokul	6	4	6.4	3	0.09
Lise	13	13			
Üniversite	16	42			
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	19	43	2.9	1	0.08
Çalışmıyor	22	25			
Meslek					
İşçi	11	16			
Memur	6	15	3.1	2	0.21
Serbest Meslek	2	12			
Gelir Düzeyi					
Çok düşük	4	2			
Düşük	11	12	7.8*	3	0.05
Orta	17	21			
Yüksek	9	31			
Hastalık başlama yaşı					
Çocukluk	0	1			
Ergenlik	5	14			
Genç yetişkinlik	24	39	2.8	3	0.43
Yetişkinlik	12	13			
Fiziksel Hastalık					
var	20	26			
yok	21	42	1.17	1	0.3
Psikiyatrik hastalık					
var	6	9			
Yok	35	59	0.04	1	,0.83

Tablo 4. (Devam)

Sosyodemografik Değişkenler	n	n	Ki-Kare	sd	p
Geçmişte Psikiyatrik Hastalık					
var	8	21			
yok	33	47	1.7	1	0.2
Psikotrop İlaç Kullanımı					
var	7	22			
yok	34	46	3.05	1	0.08

*p<0.05

4.3. Değişkenlerarası İlişki

Hastalık süresinin çalışmadaki tüm ölçümlerle olan ilişkisine Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile bakılmış ve hastalık süresinin sadece olgun savunma düzeneği puanı ile anlamlı bir ilişki olabileceği sonucuna varılmıştır ($r=0.25$, $p<0.05$).

Hem FGİH grubu hem de kontrol grubundaki katılımcılar için kendi aralarında tüm değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisine de bakılmıştır. FGİH grubu için katsayılar Tablo 5'te ve kontrol grubu için katsayılar da Tablo 6'da verilmiştir. FGİH grubunda depresyon puanı ile anksiyete puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.68$, $p<0.01$). Ayrıca depresyon puanı ile nevrotik kişilik özellikleri ($r=0.55$, $p<0.01$) ve ilkel savunma düzenekleri ($r=0.28$, $p<0.01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Depresyon puanı ile içte tutulan öfke arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.29$, $p<0.01$). Depresyon puanı ile olgun savunma düzeneği puanı ($r=-0.32$, $p<0.01$) ve kontrol edilmiş öfke arasında ($r=-0.17$, $p<0.05$) negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Anksiyete puanı ile nevrotik kişilik özellikleri puanı ($r=0,58$, $p<0.01$) nevrotik savunma düzenekleri puanı ($r=0,25$, $p<0.01$), sürekli öfke puanı ($r=0,32$, $p<0.01$) ve içte tutulan öfke puanı ($r=0.30$, $p<0.01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Anksiyete puanı ile dışa dönük kişilik özelliği puanı ($r=-0.31$, $p<0.01$), olgun savunma düzenekleri puanı ($r=-0.20$, $p<0.05$) ve kontrol edilen öfke puanı ($r=-0.20$, $p<0.05$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Nevrotik kişilik özellikleri puanı ile ilkel savunma düzenekleri puanı ($r=0.35$, $p<0.01$), sürekli öfke puanı ($r=0.44$, $p<0.01$) ve içte tutulan öfke puanı ($r=0.30$, $p<0.01$) arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Nevrotik kişilik özellikleri ile kontrol edilen öfke puanı ($r=-0.35$, $p<0.01$) ve olgun savunma düzenekleri puanı ($r=-0.44$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Dışa dönüklük kişilik özelliği ile olgun savunma düzenekleri puanı arasında ($r=0.25$, $p<0.01$) pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. İlkel savunma düzenekleri puanı ile içte tutulan öfke puanı arasında pozitif ve anlamlı yönde ilişki bulunmuştur ($r=0.50$, $p<0.01$). Olgun savunma düzenek puanları ile sürekli öfke puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0.26$, $p<0.01$).



Tablo 5. FGİH Grubunda Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfke Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Depresyon (1)	-												
Anksiyete (2)	.68**	-											
Nevrotiklik (3)	.55**	.58**	-										
Dışa Dönüklük (4)	-.31**	-.31**	-.16*	-									
Psikotizm (5)	.19*	.09	.10	.26**	-								
İlkel savunma düzenekleri (6)	.28**	.52**	.35**	-.13	.12	-							
Nevrotik savunma düzenekleri (7)	.08	.25**	.05	-.10	-.15	.30**	-						
Olgun savunma düzenekleri (8)	-.32**	-.20*	-.44**	.25**	.04	-.07	.11	-					
Sürekli öfke (9)	.26**	.32**	.44**	.03	.07	.5**	.05	-.26**	-				
Durumluk öfke (10)	.21*	.19*	.11	-.35**	.10	.26**	-.02	-.06	.22**	-			
Kontrol edilen öfke (11)	-.17*	-.20*	-.35**	-.23**	-.02	-.35**	-.01	.21*	-.62**	.28**	-		
Dışa vurulan öfke (12)	.01	.06	.23**	.22*	.07	.38**	-.11	-.16	.68**	.07	-.53**	-	
İçte tutulan öfke (13)	.29**	.30**	.30**	-.31**	.12	.50**	.09	-.15	.52**	.72**	-.20*	.19*	-

*p<0.05; **p<0.01

Kontrol grubunda depresyon puanı ile anksiyete puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.67$, $p<0.01$). Ayrıca depresyon puanı ile nevrotik kişilik özellikleri ($r=0.58$, $p<0.01$) ve ilkel savunma düzenekleri ($r=0.37$, $p<0.01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Depresyon puanı ile içte tutulan öfke arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.33$, $p<0.01$). Depresyon puanı ile olgun savunma düzenekleri puanı ($r=-0.35$, $p<0.01$) ve kontrol edilmiş öfke arasında ($r=-0.23$, $p<0.05$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Anksiyete puanı ile nevrotik kişilik özellikleri puanı ($r=0.52$, $p<0.01$), sürekli öfke puanı ($r=0.27$, $p<0.01$) ve içte tutulan öfke puanı ($r=0.45$, $p<0.01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Anksiyete puanı ile olgun savunma düzenekleri puanı ($r=-0.27$, $p<0.05$) ve kontrol edilen öfke puanı ($r=-0.22$, $p<0.05$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Nevrotik kişilik özellikleri puanı ile ilkel savunma düzenekleri puanı ($r=0.45$, $p<0.01$), sürekli öfke puanı ($r=0.46$, $p<0.01$) ve içte tutulan öfke puanı ($r=0.37$, $p<0.01$) arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Nevrotik kişilik özellikleri ile kontrol edilen öfke puanı ($r=-0.30$, $p<0.01$) ve olgun savunma düzenekleri puanı ($r=-0.33$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Dışa dönüklük kişilik özelliği ile olgun savunma düzenekleri puanı arasında ($r=0.19$, $p<0.05$) pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. İlkel savunma düzenekleri puanı ile içte tutulan öfke puanı arasında pozitif ve anlamlı yönde ilişki bulunmuştur ($r=0.42$, $p<0.01$). Olgun savunma düzenek puanları ile kontrol edilen öfke puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.25$, $p<0.01$).

Tablo 6. Kontrol Grubunda Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfke Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Depresyon (1)	-												
Anksiyete (2)	.67**	-											
Nevrotiklik (3)	.58**	.52**	-										
Dışa Dönüklük (4)	-.38**	-.15	-.31**	-									
Psikotizm (5)	.06	.04	.16	.01	-								
İlkel savunma düzenekleri (6)	.37**	.35**	.45**	-.35**	.08	-							
Nevrotik savunma düzenekleri (7)	.20*	.12	.14	-.12	.06	.42**	-						
Olgun savunma düzenekleri (8)	-.35**	-.27**	-.33**	.19*	.12	.05	.16	-					
Sürekli öfke (9)	.31**	.27**	.46**	-.30**	.06	.36**	.17	-.07	-				
Durumluk öfke (10)	.13	.20*	.05	-.19*	-.03	.18	.08	.12	.34**	-			
Kontrol edilen öfke (11)	-.23*	-.22*	-.30**	.06	-.05	-.27**	-.01	.25**	-.30**	.27**	-		
Dışa vurulan öfke (12)	.08	.22*	.19*	-.08	.01	.34**	.18*	.12	.48**	.23*	-.36**	-	
İçte tutulan öfke (13)	.33**	.45**	.37**	-.28**	.10	.42**	.12	-.06	.36**	.64**	-.09	.16	-

*p<0.05; **p<0.01

FGİH ve sağlıklı kontrol gruplarındaki katılımcıların tüm ölçümleri ile anne sütü alma süreleri arasındaki ilişki katsayıları Tablo 7’de verilmiştir. FGİH grubunda anne sütü alma süresi ile nevrotik kişilik özellikleri puanı ($r=-0.23$, $p<0.05$) ve disosiyasyon savunma düzeneği puanı ($r=-0.29$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda ise anne sütü alma süresi ile nevrotik kişilik özellikleri puanı ($r=-0.25$, $p<0.05$), ilkel savunma düzenekleri ($r=-0.35$, $p<0.01$), sürekli öfke ($r=-0.33$, $p<0.01$) ve durumluk öfke puanları ($r=-0.22$, $p<0.05$) ve disosiyasyon savunma düzeneği puanı ($r=-0.23$, $p<0.05$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer değişkenlerle ilgili bilgiler tablo 7’de belirtilmektedir.

Tablo 7. FGİH ve Kontrol Gruplarının Anne Sütü Alma ile Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfke Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Katsayıları

	FGİH Grubu	Kontrol Grubu
Depresyon	-.18	.03
Anksiyete	-.02	-.14
Nevrotiklik	-.23*	-.25*
Dışa Dönüklük	-.06	.14
Psikotizizm	-.11	-.18
İlkel savunma düzenekleri	-.09	-.35**
Nevrotik savunma düzenekleri	.07	.12
Olgun savunma düzenekleri	.03	.11
Sürekli öfke	-.10	-.33**
Durumluk öfke	.02	-.22*
Kontrol edilen öfke	.08	.11
Dışa vurulan öfke	.03	-.25*
İçte tutulan öfke	-.06	-.20
Yansıtma	-.10	-.11
Edilgin saldırganlık	.03	-.27*
Dışavurma	-.14	-.29**
Yalıtma	.14	-.08
Değersizleşme	.05	-.30**
Otistik düşlem	-.03	-.12
Yadsıma	-.10	-.06
Yer değiştirme	-.06	-.27*
Disosiyasyon	-.29**	-.23*
Bölme	.05	-.12

Tablo 7. (Devam)

	FGİH Grubu	Kontrol Grubu
Mantıksallaştırma	-.20	-.14
Bedenselleştirme	.06	-.13
Yapmabozma	-.01	-.11
Özgecilik	.06	-.12
Ülküleştirme	-.03	-.14
Karşıt tepki oluşturma	.17	.08
Yüceltme	.06	.06
Mizah	-.17	-.13
Beklenti	.11	-.30**
Baskılama	.07	.04

*p<0.05; **p<0.01

4.4. Grup Karşılaştırma Sonuçları

Cinsiyetin ve FGİH tanısı alıp almamanın elde edilen ölçümlerin puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir etkisi olup olmadığına 2 (kadın, erkek) x 2 (FGİH, Kontrol) MANOVA analizi ile bakılmıştır. Sonuçlar, Tablo 8’de verilmiştir. Yapılan Çok değişkenli Varyans Analizine göre FGİH tanısı alıp almama ile cinsiyetin etkileşim etkisi anlamlı çıkmamıştır (Wilk’s Lambda=.94, $F_{13,150}=0.73$, $p=0.73$). Öte yandan, cinsiyet temel etkisi ve FGİH grubunda olup olmamanın temel etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla; Wilk’s Lambda=.82, $F_{13,150}=2.54$, $p=0.003$, Wilk’s Lambda=.85, $F_{13,150}=2.1$, $p=0.01$). Elde edilen post-hoc ANOVA sonuçları da Tablo 8’de verilmiştir. Kadınların anksiyete düzey ortalamasının ($X_{ort.}=7.9$, $sh=0.3$) erkeklerin anksiyete düzey ortalamasından ($X_{ort.}=5.6$, $sh=0.6$) ve kadınların EKA-KF nevrotiliklik puan ortalamasının ($X_{ort.}=3.1$, $sh=0.16$) erkeklerin puan ortalamasından ($X_{ort.}=2.3$, $sh=0.3$) anlamlı bir biçimde yüksek olduğu saptanmıştır.

FGİH tanısı alıp almamanın depresyon, anksiyete, durumluk öfke ve içte tutulan öfke puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Buna göre, FGİH’si olan kişilerin depresyon puan ortalamasının ($X_{ort.}=6.3$, $sh=0.5$) sağlıklı bireylerin puan ortalamasından ($X_{ort.}=4.4$, $sh=0.6$) anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. FGİH grubunun anksiyete puan ortalaması ($X_{ort.}=7.7$, $sh=0.5$) sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasına göre ($X_{ort.}=5.8$, $sh=0.5$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yanı sıra FGİH grubunun durumluk öfke puan ortalamasının ($X_{ort.}=24.7$, $sh=0.4$) sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasından ($X_{ort.}=23.2$, $sh=0.5$) ve FGİH grubunun içte tutulan öfke puan ortalamasının

($X_{ort.} = 18.4$, $sh=0.5$) kontrol grubunun puan ortalamasından ($X_{ort.}=16.5$, $sh=0.6$) anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 8. Cinsiyet ve Tanı Değişkenleri ile Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfkenin İlişisini İncelemek için Yapılan MANOVA Analizi Sonucu Elde Edilen Post-hoc ANOVA Sonucu

Bağımlı Değişken	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Ortalama Kare	F	p	(Kısmi Eta) ²
Cinsiyet (A)						
Depresyon	39.58	1	39.58	2.04	0.15	0.01
Anksiyete	168.27	1	168.27	11.15	0.00	0.06
Nevrotiklik	17.82	1	17.82	5.47	0.02	0.03
Dışa Dönüklük	0.00	1	0.00	0.00	0.99	0.00
Psikotisizm	3.90	1	3.90	3.33	0.07	0.02
İlkel savunma düzenekleri	0.01	1	0.01	0.00	0.96	0.00
Nevrotik savunma düzenekleri	0.13	1	0.13	0.02	0.90	0.00
Olgun savunma düzenekleri	6.75	1	6.75	1.02	0.31	0.01
Sürekli öfke	4.13	1	4.13	0.15	0.70	0.00
Durumluk öfke	12.02	1	12.02	1.04	0.31	0.01
Kontrol edilen öfke	7.81	1	7.81	0.37	0.54	0.00
Dışa vurulan öfke	51.85	1	51.85	3.19	0.08	0.02
İçte tutulan öfke	37.80	1	37.80	2.03	0.16	0.01

Tablo 8. (Devam)

	Bağımlı Değişken	Tip III	Serbestlik	Ortalama	F	p	(Kısmi
		Kareler	Derecesi	Kare			Eta)²
		Toplamı	(sd)				
FGİH (B)	Depresyon	117.74	1	117.74	6.08	0.01	0.04
	Anksiyete	115.65	1	115.65	7.66	0.01	0.04
	Nevrotiklik	10.79	1	10.79	3.31	0.07	0.02
	Dışa Dönüklük	0.03	1	0.03	0.01	0.93	0.00
	Psikotisizm	2.06	1	2.06	1.76	0.19	0.01
	İlkel savunma düzenekleri	2.16	1	2.16	0.48	0.49	0.00
	Nevrotik savunma düzenekleri	6.79	1	6.79	1.01	0.32	0.01
	Olgun savunma düzenekleri	19.05	1	19.05	2.87	0.09	0.02
	Sürekli öfke	2.50	1	2.50	0.09	0.76	0.00
	Durumluk öfke	73.55	1	73.55	6.36	0.01	0.04
	Kontrol edilen öfke	45.70	1	45.70	2.16	0.14	0.01
	Dışa vurulan öfke	36.08	1	36.08	2.22	0.14	0.01
	İçte tutulan öfke	112.20	1	112.20	6.02	0.01	0.04
A*B	Depresyon	8.52	1	8.52	0.44	0.51	0.00
	Anksiyete	15.75	1	15.75	1.04	0.31	0.01
	Nevrotiklik	1.32	1	1.32	0.40	0.52	0.00
	Dışa Dönüklük	5.10	1	5.10	1.32	0.25	0.01
	Psikotisizm	0.49	1	0.49	0.42	0.52	0.00
	İlkel savunma düzenekleri	0.63	1	0.63	0.14	0.71	0.00
	Nevrotik savunma düzenekleri	0.65	1	0.65	0.10	0.76	0.00
	Olgun savunma düzenekleri	0.46	1	0.46	0.07	0.79	0.00
	Sürekli öfke	37.52	1	37.52	1.35	0.25	0.01
	Durumluk öfke	11.88	1	11.88	1.03	0.31	0.01
	Kontrol edilen öfke	0.25	1	0.25	0.01	0.91	0.00
	Dışa vurulan öfke	2.35	1	2.35	0.14	0.70	0.00
	İçte tutulan öfke	7.76	1	7.76	0.42	0.52	0.00

Tablo 8. (Devam)

	Bağımlı Değişken	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Ortalama F Kare	p	(Kısmi Eta)²
HATA	Depresyon	3137.90	162	19.37		
	Anksiyete	2444.10	162	15.09		
	Nevrotiklik	528.20	162	3.26		
	Dışa Dönüklük	623.58	162	3.85		
	Psikotisizm	189.71	162	1.17		
	İlkel savunma düzenekleri	727.32	162	4.49		
	Nevrotik savunma düzenekleri	1088.70	162	6.72		
	Olgun savunma düzenekleri	1075.99	162	6.64		
	Sürekli öfke	4487.16	162	27.70		
	Durumluk öfke	1872.08	162	11.56		
	Kontrol edilen öfke	3429.24	162	21.17		
	Dışa vurulan öfke	2633.91	162	16.26		
	İçte tutulan öfke	3018.09	162	18.63		

p<0.05

FGİH ve kontrol grubundaki kişilerin savunma düzeneği puanları açısından farklılaşp farklılaşmadıklarını belirlemek için Tek-yönlü MANOVA Analizi yürütülmüştür. Çok değişkenli istatistik analizi sonucunda bu iki grup arasında en az bir savunma düzeneği puanı açısından anlamlı bir farkın olabileceği saptanmıştır (Wilk's Lambda=.78, $F_{20,156}=2.2$, $p=0.005$). Ortaya çıkan bu farkın kaynağını araştıran post-hoc ANOVA sonucuna bakıldığında (Bknz. Tablo 9) her iki grup arasında değersizleştirme, yadsıma, disosiyasyon, bedenselleştirme, yapmabozma ve beklenti savunma düzeneği puanları açısından farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Gruplara ait ortalama ve F değerleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 9. FGİH ve Kontrol Gruplarında Savunma Düzeneklerinin İncelenmesi için Yapılan MANOVA Analizi Sonucu Elde Edilen ANOVA Sonucu

	Savunma Düzenekleri	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Ortalama Kare	F	p	(Kısmi Eta)²
Tanı/Kontrol							
	Yansıtma	19.51	1	19.51	1.12	.29	.01
	Edilgin saldırganlık	5.72	1	5.72	.37	.54	.00
	Dışavurma	3.46	1	3.46	.20	.65	.00
	Yalıtma	6.11	1	6.11	.30	.58	.00
	Değersizleşme	66.93	1	66.93	4.55	.03	.02
	Otistik düşlem	32.32	1	32.32	1.46	.23	.01
	Yadsıma	119.43	1	119.43	8.62	.00	.05
	Yer değiştirme	1.73	1	1.73	.10	.75	.00
	Disosiyasyon	170.54	1	170.54	12.89	.00	.07
	Bölme	17.03	1	17.03	.97	.33	.00
	Mantıksallaştırma	.50	1	.50	.03	.85	.00
	Bedenselleştirme	265.80	1	265.80	11.74	.00	.06
	Yapmabozma	92.42	1	92.42	4.46	.04	.02
	Özgecilik	.09	1	.09	.01	.93	.00
	Ülküleştirme	26.41	1	26.41	1.27	.26	.01
	Karşıt tepki oluşturma	2.92	1	2.92	.18	.68	.00
	Yüceltme	5.32	1	5.32	.27	.60	.00
	Mizah	9.35	1	9.35	.52	.47	.00
	Beklenti	71.52	1	71.52	4.32	.04	.02
	Baskılama	18.03	1	18.03	1.18	.28	.01

Tablo 9. (devam)

	Bağımlı Değişken	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Ortalama Kare	F	p	(Kısmi Eta)²
HATA	Yansıtma	3044.40	175	17.40			
	Edilgin saldırganlık	2683.91	175	1534			
	Dışavurma	3008.04	175	17.19			
	Yalıtma	3543.02	175	20.25			
	Değersizleşme	2575.05	175	14.71			
	Otistik düşlem	3861.69	175	22.07			
	Yadsıma	2424.82	175	13.86			
	Yer değiştirme	3082.11	175	17.61			
	Disosiyasyon	2314.97	175	13.23			
	Bölme	3082.81	175	17.62			
	Mantıksallaştırma	2578.69	175	14.73			
	Bedenselleştirme	3961.67	175	22.64			
	Yapmabozma	3626.47	175	20.72			
	Özgecilik	2122.97	175	12.13			
	Ülküleştirme	3626.72	175	20.72			
	Karşıt tepki oluşturma	2884.58	175	16.48			
	Yüceltme	3446.42	175	19.69			
	Mizah	3126.31	175	17.86			
	Beklenti	2895.15	175	16.54			
	Baskılama	2677.53	175	15.30			

p<0.05

Tablo 10. FGİH ve Kontrol Gruplarında Post-hoc ANOVA Sonucunda Farkın Anlamlı Olduğu Savunma Düzenekleri için Elde Edilen Ortalama ve F Değerleri

Savunma		Ort.	Stan. h.	F _{1,175}	p	Kısmi Eta-kare
Değersizleştirme	Tanı	6.459	.387	4.549	.03	.03
	Kontrol	7.696	.432			
Yadsıma	Tanı	6.765	.376	8.619	.01	.05
	Kontrol	8.418	.419			
Disosiyasyon	Tanı	5.684	.367	12.892	.01	.07
	Kontrol	7.658	.409			
Bedenselleştirme	Tanı	10.908	.481	11.741	.01	.06
	Kontrol	8.443	.535			
Yapmabozma	Tanı	8.939	.460	4.460	.04	.03
	Kontrol	10.392	.512			
Beklenti	Tanı	11.633	.411	4.323	.04	.02
	Kontrol	12.911	.458			

p<0.05

FGİH tanısı konulan bireylerde alt ve üst FGİH gruplarında olmanın savunma düzeneği puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarını belirlemek için Tek yönlü MANOVA Analizi yürütülmüştür. Çok değişkenli istatistik analizi sonucunda bu iki grup arasında herhangi bir savunma düzeneği puanı açısından anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (Wilk's Lambda=.87, $F_{20,77}=0.60$, $p=0.90$).

FGİH grubundaki katılımcılar alt ve üst olarak iki gruba ayrıldıktan sonra her iki grup arasında tüm ölçümler açısından anlamlı bir farkın olup olmadığı Tek Yönlü MANOVA analiziyle bakılmıştır. Her ne kadar çok değişkenli test istatistiği herhangi bir ölçüm açısından iki grup arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varmış olsa da (Wilk's Lambda=.84, $F_{13,79}=1.1$, $p=0.35$) post-hoc ANOVA sonucuna göre (Bknz. Tablo 11) dışa dönüklük, kontrol edilen ve dışa vurulan öfke puanları açısından iki grup arasında anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir. Buna göre, alt FGİH grubunun dışadönüklük puan ortalaması ($X_{ort}=4.0$, $sh=0.3$) üst FGİH grubunun puan ortalamasından ($X_{ort}=2.9$, $sh=0.3$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yanı sıra, üst FGİH grubunun kontrol edilen öfke puan ortalaması ($X_{ort}=24.7$, $sh=0.8$) alt FGİH grubunun puan ortalamasından ($X_{ort}=22.5$, $sh=0.6$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Son olarak, alt FGİH grubunun dışa vurulan öfke puan ortalamasının ($X_{ort}=15.6$, $sh=0.6$) üst FGİH grubundakilerin puan ortalamasından ($X_{ort}=13.6$, $sh=0.7$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 11. Üst ve Alt FGİH Gruplarında Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfkenin İlişkisini İncelemek için Yapılan MANOVA Analizi Sonucu Elde Edilen Post-hoc ANOVA Sonucu

	Bağımlı Değişken	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Ortalama Kare	F	p	(Kısmi Eta)²
FGİH Üst/Alt	Depresyon	.82	1	.82	.03	.85	.00
	Anksiyete	.49	1	.49	.02	.87	.00
	Nevrotiklik	.01	1	.01	.00	.96	.00
	Dışa Dönüklük	25.1	1	25.1	7.27	.01	.07
	Psikotisizm	1.1	1	1.1	.79	.38	.01
	İlkel savunma düzenekleri	5.44	1	5.44	1.41	.24	.01
	Nevrotik savunma düzenekleri	1.78	1	1.78	.24	.63	.00
	Olgun savunma düzenekleri	4.10	1	4.10	.71	.40	.01
	Sürekli öfke	51.11	1	51.11	1.64	.20	.02
	Durumluk öfke	.13	1	.13	.01	.92	.00
	Kontrol edilen öfke	101.10	1	101.10	4.65	.03	.05
	Dışa vurulan öfke	86.08	1	86.08	4.96	.03	.05
	İçte tutulan öfke	2.83	1	2.83	.14	.71	.00

Tablo 11. (Devam)

	Bağımlı Değişken	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Ortalama Kare	F	p	(Kısmi Eta)²
HATA	Depresyon	2116.21	91	23.25			
	Anksiyete	1753.98	91	19.27			
	Nevrotiklik	295.88	91	3.25			
	Dışa Dönüklük	313.73	91	3.45			
	Psikotisizm	122.51	91	1.35			
	İlkel savunma düzenekleri	351.90	91	3.87			
	Nevrotik savunma düzenekleri	685.67	91	7.53			
	Olgun savunma düzenekleri	637.54	91	7.01			
	Sürekli öfke	2832.12	91	31.12			
	Durumluk öfke	1101.67	91	12.11			
	Kontrol edilen öfke	1978.21	91	21.74			
	Dışa vurulan öfke	1577.81	91	17.34			
	İçte tutulan öfke	1865.81	91	20.50			

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, amacı FGİH'si olan bireylerde savunma düzenekleri, kişilik özellikleri, öfkenin şiddeti ve yansıtılmasını incelemek olan bu araştırmanın bulguları literatür ışığında tartışılacaktır. Bu çalışmada tanı ve kontrol grubu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum açısından değerlendirildiğinde herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir. Bu sosyodemografik verilerde anlamlı farklılık olmaması FGİH ve kontrol grubunun karşılaştırma için uygun seçildiğini göstermektedir. Ancak hasta ve kontrol grubu çalışma durumuna göre incelendiğinde fark bulunmuştur. FGİH'si olan grupta çalışmayanların sayısının istatistiksel olarak anlamlı olarak fazla olduğu tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda FGİH'si olan bireylerde işgünü kaybının fazla olduğu belirtilmiştir (20, 21). Bu bulguya dayanarak FGİH'si olan çalışmayan bireylerde hastalık belirtilerinin şiddetli olup, çalışmalarını engellediği düşünülebilir. Başka bir bakış açısı ile bu hastalar çalışmadıklarından bedensel belirtilerine daha duyarlı olup, FGİH belirtilerini yaşıyor ya da olduğundan daha şiddetli algılıyor olabilirler.

FGİH'si olan bireylerde anksiyete ve depresyon puanının yüksek olması, fakat üst ve alt FGİH grupları arasında anlamlı bir fark bulunmaması bu çalışmanın literatürle uyumlu önemli bulgularından biridir. Literatürde İBS'si olan bireylerde %54-%100 oranında psikiyatrik hastalık bulunduğu ve en sık anksiyete bozukluğu, depresyon ve somatizasyon bozukluğunun İBS'ye eşlik ettiği belirtilmektedir (74, 75, 77). Bu bulguların aksine İsveç'te yapılan bir çalışmada, anksiyetenin FD ile ilişkili ancak depresyon ile ilişkisiz olduğu gözlenmiştir (78). Psikiyatrik hastalıklarda özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarında da işlevselliğin azaldığı açıktır. Dolayısıyla psikosomatik bozukluklarda anksiyete ve depresyon puanlarının sağlıklı bireylere kıyasla yüksek saptanmasının neden mi sonuç mu olduğu bilinmemektedir. Bizim çalışmamızda da bunun ayrımını yapmak mümkün değildir. Ayrıca, FGİH'si olan bireylerde, fiziksel belirtiler nedeniyle iş verimliliğinin ve işlevselliğin azaldığı, doktor başvurularının arttığı da vurgulanmıştır (21, 22). İş verimliliği ve işlevsellikte azalma FGİH'den kaynaklanıyorsa, bireyler hastalık belirtilerini yaşadıkça yetersizlik duygu ve düşünceleri artabilir ve depresif belirtiler ortaya çıkabilir. Bu hastalarda fiziksel hastalık belirtileri belli durumlarda ortaya çıkıyorsa beklenti anksiyetesi ve anksiyete bozukluğuna yol açıyor ya da var olan belirtilerin şiddetini artırıyor olabilir.

FGİH'de anne sütü alma süresinin depresyon, anksiyete, nevrotik kişilik özellikleri dışındaki kişilik özellikleriyle, disosiyasyon savunma düzeneği dışındaki savunma düzenekleriyle ve öfkeyle herhangi bir ilişkisi saptanmamıştır. Bununla birlikte sağlıklı

bireylerde anne sütü alma süresi arttıkça öngörülebileceği üzere ilkel savunma düzenekleri, edilgin saldırganlık, dışa vurma savunma düzeneklerinin daha az kullanıldığı; sürekli ve durumluk öfke ile dışa vurulan öfkenin azaldığı saptanmıştır. Literatürdeki vaka çalışmalarında alt FGİH'si olan bireylerin annelerinin çifte değerli ve bilinçdışı yıkıcı dürtüleri olan kişiler olduğu belirtilmiştir (106). Emzirme sırasında bu özellikleri taşıyan bir anneyle kurulacak olan ilişkinin niteliğinin ve anneye sağlıklı ilişki kurulmasının etkilenebileceği düşünülebilir. Çalışmamızda FGİH tanısı konulan bireylerde anne sütü alsalar bile öfkenin azalması, ilkel savunma düzeneklerinin daha az kullanılması gibi bireye olumlu katkısı olacak olan özelliklerin gelişiminde aksaklıklar gözlenmesi, anne ve çocuk arasındaki alışverişin sağlıklı gerçekleşmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Ancak çalışmamızda anne ve çocuk ilişkisi derinlemesine araştırılmadığı için bu konuda daha ileri fikir yürütmek mümkün değildir. Ayrıca bu durumda aile desteği de bir etken olabilir. Özellikle postpartum dönemde annelerin yaşadığı güçlükler bebekle olan iletişimi etkileyebilir bu süreçte anneye verilecek olan aile desteğinin yeterli veya kaliteli olmaması bu dönemin sağlıklı geçirilmesini etkileyip psikosomatik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Bu çalışmanın önemli bulgularından biri FGİH'si olan bireylerde kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kişilik özellikleri açısından herhangi bir fark gözlenmemiş olmasıdır. Oysa literatürde, psikanalitik bakış açısıyla yapılan değerlendirmeler ve kişilik envanteri kullanılarak yapılan incelemelerde FGİH'si olan bireylerde nevrotik kişilik özelliklerinin gözlemlendiği bildirilmiştir (35, 56, 96, 97, 115). FGİH'si olan grupta açıkça nevrotik kişilik özelliklerinin saptanmaması sosyokültürel nedenlere bağlı olabilir. Bizim kültürümüzde, duygulardan bahsetmek, hayatıyla ilgili detayları çevresiyle paylaşmak bazen zayıflık olarak nitelendirilebileceği için ("Delikanlı adam ağlamaz.", "Kol kırılır yen içinde kalır.") kişilerin testi doldururken yargılanmış hissetmelerine ve yanlış davranmalarına neden olabilir. Nevrotik bireylerin sık sık duygu dalgalanmaları yaşayan ve duygularıyla hareket eden bireyler olduğu, yaşadıklarını sıklıkla çevresine yansıttığı göz önünde bulundurulursa, bu çalışmaya katılan bireyler duygularını bastırıyor veya ifade etmekten kaçınmış olabilirler. Nevrotik kişilik özellikleri açısından hasta ve kontrol grubu arasında fark gözlenmemiş olması bu hastaların doğrudan psikiyatri bölümüne başvurmadıkları ve duyguları ifade etmenin zaman ve güven gerektirdiği düşünüldüğünde bir miktar anlaşılır olabilir.

Bilindiği kadarıyla FGİH'si olan bireylerde öfke düzeyi ve nasıl yansıtıldığı ülkemizde hiç çalışılmamıştır. Bu araştırmada, FGİH'si olan bireylerde sürekli öfke puanları, sağlıklı bireylerden farklı bulunmamış, durumluk öfke ve içe yansıtılmış öfke puanları ise sağlıklı

bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Zoccali ve arkadaşları (2006), bu çalışmanın aksine, öfke ve savunma düzenekleri açısından İBS'si olan bireylerle sağlıklı bireyler arasında herhangi bir fark bulmamıştır. Ancak diğer çalışmalarda FGİH'si olan bireylerde sürekli öfke ve içe yansıtılan öfke puanlarının kontrol gruplarından daha yüksek olduğu ve bu farkların anlamlı olduğu gözlenmiştir (16, 142, 150). Önceki çalışmalarda öfkenin etiolojide rol oynayabileceği ya da başka bir bakışla yaşanan fiziksel rahatsızlıkların sonucu olarak ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (142). Bu çalışma kesitsel bir klinik araştırma olduğundan bu konuda kesin bir yargıya varılamayacağı düşünülmüştür. Ayrıca sağlıklı bir duygu olarak kabul edilen öfke kavramı (15) bizim toplumumuzda adeta delilikle eşdeğer sayılmakta ve bu bağlamda bireylerin öfkeyi doğal ve yaşanması gereken bir duygu olarak nitelendirmedikleri düşünülmektedir. Bu bireyler, kendi öfkeleri ile baş edememekten korktukları için öfkelerini göstermekten korkmuş ve testlere yansıtılmamış olabilirler.

Diğer bir kayda değer bulgu da içe yansıtılan öfke puanı arttıkça depresyon puanının da artmasıdır. Psikanalitik görüşe göre depresyonda içe yansıtılan öfkenin depresyonun etiolojisinde oynadığı rol düşünüldüğünde (151), çalışmamızda içe yansıtılmış öfkenin yüksek saptanması, bu hasta grubunda depresyon puanlarının artmasında etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada hasta grubu üst ve alt FGİH gruplara ayrılmış ve yapılan istatistik sonucunda kişilik özellikleri ve savunma düzenekleri açısından fark olmamakla birlikte öfke açısından anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Alt FGİH'de dışa vurulan öfke puanının, üst FGİH'den daha yüksek olduğu saptanmıştır. FGİH'si olan bireylerle yapılan analitik vaka izlemlerinde, çözülmemiş Oidipus nitelikli sorunlar nedeni ile oral ve anal döneme gerilemeden bahsedilmektedir (103, 104). Bu açıdan bakıldığında alt FGİH'si olan bireylerde anal dönemde gözlenen dürtülerin kontrolünde zorluk, inatçılık, kontrolcülük özellikleri hakim olup öfke dışavurumu daha fazla oluyor olabilir.

FGİH'de savunma düzeneklerine gelince, bu konuda yapılan çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır ve bilindiği kadarıyla ülkemizde FGİH'de savunma düzenekleri hiç incelenmemiştir. Bu çalışmada Zoccali ve arkadaşlarının (2006) çalışması ile uyumlu olarak ilkel, nevrotik ve olgun savunma düzeneği grupları karşılaştırıldığında herhangi bir fark gözlenmemiştir (19). Faramarzi ve arkadaşları (2012) FD'si olan bireyleri sağlıklı bireylerle karşılaştırmışlar ve FD'si olanlarda daha fazla maladaptif yani nevrotik ve ilkel savunma düzeneklerinin kullanıldığını saptamışlardır (10). Çalışmamızda hastalık süresi ile depresyon, anksiyete, kişilik özellikleri, savunma düzenekleri ve öfkenin ilişkisi incelendiğinde ise hastalık süresi

arttıkça olgun savunma düzeneklerinin arttığı gözlenmiştir. Savunma düzeneklerinin kişinin uyumu üzerindeki etkisi düşünülürse, bu bireylerin ortalama hastalık süresi olan 8.65 yıllık süreçte hastalıkla yaşamayı öğrenip kendileri için daha sağlıklı stratejileri geliştirdikleri bu nedenle sağlıklı bireylere göre bir fark göstermedikleri düşünülebilir. Yine de kronik bir hastalık sürecinde kullanılan savunma düzeneklerinin de gerileme sonucu ilkel savunmalara kayması şaşırtıcı olmazdı.

Savunma düzenekleri tek tek incelendiğinde ise üst ve alt FGİH'si olan bireyler arasında savunma düzeneklerinin kullanılması açısından fark gözlenmemiştir. FGİH'si olan bireylerle sağlıklı bireyler karşılaştırıldığında FGİH'de bedenselleştirme, sağlıklı bireylerde ise değersizleştirme, yadsıma, disosiyasyon, yapmabozma, beklenti savunma düzeneklerinin daha sık kullanıldığı saptanmıştır. Bedenselleştirmenin FGİH'de daha sık bulunması beklenen ve literatürle uyumlu olan sonuçtur. Ancak diğer savunma düzeneklerinin kontrol grubunda daha sıklıkla kullanılması daha önceki araştırmalarla uyuşmamaktadır. Önceki araştırma ve vaka çalışmalarında FGİH'si olan bireylerde bedenselleştirme, inkar, bastırma, yer değiştirme ve yansıtma savunma düzeneklerinin sık kullanıldığı gözlenmiştir (95, 96, 103, 123, 125). Beklenenin aksine kontrol grubunda bazı savunma düzeneklerinin anlamlı olarak fazla kullanıldığının gözlenmesi, FGİH'si olan bireylerin inkar savunma düzeneğini çok kullanıyor olmasından olabilir. FGİH'si olan bireylerde aleksitimi de sık görülür (152, 153). Bu bağlamda bizim hasta grubumuzda da bireyler duygularını tanımıyor ya da bu duygularla ve olaylarla baş edemediklerinden inkar savunma düzeneğini kullanıyor olabilirler ya da ilgili ölçeği kendilerini yansıtan biçimde dolduramamış olabilirler. Öfkenin en çok inkar edilen duygu olduğu göz önünde bulundurulursa (92, 101, 104), literatürden farklı olarak çalışmamızda sürekli öfkede fark gözlenmemesi de inkar savunma düzeneği ile ilişkili olabilir.

Özetle, FGİH'si olan bireylerde kişilik özellikleri, savunma düzenekleri ve öfkenin incelendiği bu çalışmada literatürdeki bilgileri destekleyen bulguların yanı sıra farklı sonuçlarda elde edilmiştir. Özellikle bu bireylerde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kişilik özelliği açısından fark olmaması literatürden farklı ve önemli bulgulardan biridir. Bu farkların toplumsal-kültürel özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Öfke incelendiğinde ise FGİH grubunda öfkenin içe yansıtıldığı gözlenmiştir. Ayrıca üst ve alt FGİH'si olan bireyler karşılaştırıldığında öfkenin yansıtılmasında farklar olduğu gözlenmiştir. Bu durumun gelişim dönemleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. İlkel, nevrotik ve olgun savunma düzenekleri

açısından değerlendirildiğinde ise fark gözlenmemiştir. Bu durumun ise inkar savunma düzeneğinin daha fazla kullanılması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

FGİH'si olan bireylerde savunma düzenekleri, kişilik özellikleri, öfkenin şiddeti ve yansıtılmasını inceleyen bu çalışma bildiğimiz kadarıyla Türkiye'de klinik örnekler üzerinden FGİH tanısı konulan bireylerde kişilik, öfke ve savunma düzeneklerini araştıran ilk çalışmadır. Araştırmada FGİH'si olan ve olmayan gruplar arasında kişilik özellikleri bakımından farklılık olmadığı; ilkel, nevrotik ve olgun savunma düzenekleri bakımından ise her iki grubun benzer savunma düzeneklerini kullandıkları ancak tek tek savunma düzenekleri incelendiğinde farklılıklar olduğu, FGİH grubunda öfkenin içe yansıtıldığı saptanmıştır.

Bu çalışma alanda yapılan pek çok araştırma gibi FGİH'de psikolojik etmenlerin önemini ortaya koymuştur. FGİH'de bedenselleştirmenin fazlalığı, bu bireylerde psikiyatrik değerlendirme sonrasında alacakları psikiyatrik yardımı değerli kılmaktadır. Öfke ifade biçimi, psikosomatik hastalıklarla yakından ilişkili olup FGİH için özellikle önemlidir. FGİH'si olan bireylere öfke konusunda ve bireylerin kullandıkları işlevselliği olumsuz yönde etkileyen savunma düzeneklerinin incelenmesi hususunda psikoterapi uygulanması, bireyin yaşam kalitesini arttıracak gibi hastalığın gidişini de olumlu yönde değiştirebilir. Tıpkı dermatoloji ve psikiyatri ilişkisi gibi bu kadar iç içe girmiş iki bilim dalının, gastroenteroloji ve psikiyatrinin ortak çalışma alanlarının artırılması önemli görünmektedir. FGİH'si olan bireylerin daha kapsamlı değerlendirilebilmesini sağlamak amacıyla kliniklerde gastroenterologlarla ruh sağlığı çalışanlarının iş birliği yapması önemli görünmektedir. Psikiyatrik değerlendirmesi yapılan FGİH'si olan bireyler eğer varsa eşlik eden psikiyatrik belirtileri, tanıları ve eşlik eden davranış örüntüleriyle ilgili hem tıbbi olarak hem de grup terapileri, destekleyici psikoterapiler, motivasyonel görüşmeler ile tedavi edilebilir.

Bu çalışmayla, FGİH'si olan bireylerde yalnızca kişilik özellikleri ve savunma düzeneklerinin araştırılması ile sınırlı kalmamış, öfke ve öfkenin nasıl yansıtıldığı da aydınlatılmaya çalışılmıştır. Çalışmanın avantajlarından bir diğeri de FGİH'si olan bireylerin üst ve alt FGİH olarak ayrılıp kişilik özellikleri, savunma düzenekleri ve öfke açısından araştırılmış olmasıdır. Bu çalışma, ayrıca ülkemizde klinik örnekler üzerinden FGİH'si olan bireylerde kişilik özellikleri, öfke ve savunma düzeneklerini araştıran ilk çalışma olması bakımından da önem taşımaktadır.

Çalışmanın kısıtlılıklarından ilki örneklem büyüklüğünün her ne kadar yeterli olsa da, kimi yordayıcı analizlere imkan tanınamamasıdır. Çalışmaya dahil edilen hastaların hepsinin Ankara'da yaşıyor olması ve sosyokültürel olarak neredeyse homojen bir grup üzerinde çalışılmış olması, başta anksiyete ve depresyon puanları olmak üzere sonuçların

genellenebilirliğini etkilemiş olabilir. Bir diğer kısıtlılık ise organik GİS hastalıkları olan bireylerin bir diğer kontrol grubu olarak çalışmaya alınmamasıdır. Bunun nedeni Başkent Üniversitesi Hastanesinde izlenen ya da yeni tanı alan Chron hastalığı ve ülseratif koliti olan bireylerin sayısının oldukça az olması ve araştırma için öngörülen sürede karşılaştırma için yeterli hasta sayısına ulaşamayacağı kaygısı idi. Yine, çalışmaya alınmış olan bireylerle yapılandırılmış görüşme yapılmaması ve tüm ölçekleri bizzat doldurmuş olmaları çalışmanın güvenilirliğine ilişkin bir kısıtlama olarak değerlendirilebilir. Çalışmanın bir diğer önemli kısıtlılığı da çok sayıda ölçeğin bir arada kullanılmış olmasıdır. Katılımcıların ölçekleri doldururken zaman zaman sıkıldıkları ve zorlandıkları gözlenmiştir.

İleride daha geniş örneklem gruplarında ve organik GİS bozukluklarıyla da karşılaştırmalı yapılacak çalışmaların FGİH etiyojisindeki psikolojik etmenlere daha fazla ışık tutabilecektir. Ayrıca iç dünyalarının derinlemesine incelenmesi, bu hastalıkların anlaşılması ve tedavi edilmesinde önemli bir rol oynayabilir.

7. Kaynaklar

1. Drossman D. The Functional Gastrointestinal Disorders and The ROME III Process. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1377.
2. Drossman D. Introduction. The Rome Foundation and ROME III. *Neurogastroenterology & Motility*. 2007;19(10):783-6.
3. Drossman DA, Dumitrascu DL. ROME III: New Standard for Functional Gastrointestinal Disorders. *Journal Of Gastrointestinal And Liver Diseases*. 2006;15(3):237.
4. Dickerson LM, King DE. Evaluation and Management ff Nonulcer Dyspepsia. *American Family Physician*. 2004;70(1):107-14.
5. Kang J. Systematic Review: The Influence of Geography and Ethnicity in Irritable Bowel Syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2005;21(6):663-76.
6. Akhtar S. Kökenler ve Gelişim. Ağır Kişilik Bozukluklarının Tanı ve Sağıaltımı için Başvuru Kitabı 2009 ed: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri, Org.LTD.ŞTİ; 1995. p. 55-83.
7. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağılığı ve Bozuklukları II. Ankara: Tuna Matbaacılık A.Ş.; 2011.
8. Öztürk O, Uluşahin A. Benliğin Savunma Düzenekleri. Ruh Sağılığı ve Bozuklukları. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2008. p. 72-94.
9. Odağ C. Ruhsal Aygıt. Nevrozlar I. İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri, Org.Ltd.Şti.; 2011. p. 1-131.
10. Faramarzi M, Shokri-Shirvani J, Kheirkhah F. The Role of Psychiatric Symptoms, Alexithymia, and Maladaptive Defenses in Patients with Functional Dyspepsia. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2012;66(1):40.
11. Özen M, Türkcan A, Belene A, Yeşilbursa D, Yurt E. Somatizasyonda Kültürel ve Sosyolojik Faktörler. *Yeni Symposium*; 2009.
12. Koloski NA, Boyce PM, Talley NJ. Somatization an Independent Psychosocial Risk Factor for Irritable Bowel Syndrome but not Dyspepsia: A Population-Based Study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2006;18(10):1101-9.
13. Roxana Micut M, Tanasescu MD, Dorin Dragos M. A Review of The Psychoemotional Factors in Functional Dyspepsia. *Revista Medicala Romana* 2012.
14. Liu L, Cohen S, Schulz MS, Waldinger RJ. Sources of somatization: Exploring The Roles of Insecurity in Relationships and Styles of Anger Experience and Expression. *Social Science & Medicine*. 2011;73(9):1436-43.
15. Soykan Ç. Öfke ve Öfke Yönetimi. *Kriz Dergisi*. 2003;11(2):19-27.

16. Stănculete MF, Pojoga C, Dumitrescu DL. Experience of Anger in Patients with Irritable Bowel Syndrome in Romania. *Clujul Medical*. 2014;87(2):98-101.
17. Corazziari E. Definition and Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2004;18(4):613-31.
18. Talley N, Stanghellini V, Heading R, Koch K, Malagelada J, Tytgat G. Functional Gastrointestinal Disorders. *Gut*. 1999;45(suppl 2):II37-II42.
19. Zoccali R, Muscatello M, Bruno A, Barilla G, Campolo D, Meduri M, et al. Anger and Ego-Defence Mechanisms in Non-Psychiatric Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Digestive and Liver Disease*. 2006;38(3):195-200.
20. Walsh K, McWilliams S, Maher M, Quigley E. The Spectrum of Functional Gastrointestinal Disorders in a Tertiary Referral Clinic in Ireland. *Irish Journal of Medical Science*. 2012;181(1):81-6.
21. Talley N. Functional Gastrointestinal Disorders as a Public Health Problem. *Neurogastroenterology & Motility*. 2008;20(s1):121-9.
22. Dean BB, Aguilar D, Barghout V, Kahler KH, Frech F, Groves D, et al. Impairment in Work Productivity and Health-Related Quality of Life in Patients with IBS. *The American Journal of Managed Care*. 2005;11(1 Suppl):S17-26.
23. Macion-Bergemann S, Thielecke F, Abel F, Bergemann R. Costs of Irritable Bowel Syndrome in The UK and US. *Pharmacoeconomics*. 2006;24(1):21-37.
24. Akehurst R, Kaltenthaler E. Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Review Of Randomised Controlled Trials. *Gut*. 2001;48(2):272-82.
25. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. US Householder Survey of Functional Gastrointestinal Disorders. *Digestive Diseases and Sciences*. 1993;38(9):1569-80.
26. Nakajima S, Takahashi K, Sato J, Fukuda M, Yamamoto K, Inoue T, et al. Spectra of Functional Gastrointestinal Disorders Diagnosed by ROME III Integrative Questionnaire in a Japanese Outpatient Office and The Impact of Overlapping. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2010;25(s1):S138-S43.
27. Okumura T, Tanno S, Ohhira M, Tanno S. Prevalence of Functional Dyspepsia in an Outpatient Clinic With Primary Care Physicians in Japan. *Journal of Gastroenterology*. 2010;45(2):187-94.
28. Köksal AŞ, Oğuz D, Özden A. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastalarda Dispepsi Görülme Sıklığı. *Akad Gastroenterol Derg*. 2008;7:11-7.
29. Ebling B, Jurčić D, Včev A, Bilić A, Pribić S. Anthropological, Demographic and Socioeconomic Characteristics of Irritable Bowel Syndrome. *Collegium Antropologicum*. 2011;35(2):513-21.

30. Özden A, Köksal AŞ, Oğuz D, Çiçek B, Yılmaz U, Dağlı Ü, et al. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Irritabl Barsak Sendromu Görülme Sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2006;5(1):4-15.
31. Drossman DA. Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar ve ROMA III Süreci. *Gastroenterology*. 2006;2(3):135-51.
32. Holtmann G, Liebrechts T, Siffert W. Molecular Basis of Functional Gastrointestinal Disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2004;18(4):633-40.
33. Bengtson M-B, Rønning T, Vatn M, Harris J. Irritable Bowel Syndrome in Twins: Genes and Environment. *Gut*. 2006;55(12):1754-9.
34. Locke GR, Zinsmeister AR, Talley NJ, Fett SL, Melton LJ, editors. *Familial Association in Adults With Functional Gastrointestinal Disorders*. Mayo Clinic Proceedings; 2000: Elsevier.
35. Adam B, Liebrechts T, Holtmann G. Mechanisms of Disease: Genetics of Functional Gastrointestinal Disorders—Searching The Genes That Matter. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*. 2007;4(2):102-10.
36. Uc A, Hyman PE, Walker LS. Functional Gastrointestinal Disorders in African American Children in Primary Care. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2006;42(3):270.
37. Anderson KO, Dalton CB, Bradley LA, Richter JE. Stress Induces Alteration of Esophageal Pressures in Healthy Volunteers and Non-Cardiac Chest Pain Patients. *Digestive Diseases and Sciences*. 1989;34(1):83-91.
38. Whitehead WE. Psychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology Clinics of North America*. 1996;25(1):21-34.
39. Kellow J, Langeluddecke P, Eckersley G, Jones M, Tennant C. Effects of Acute Psychologic Stress on Small-Intestinal Motility in Health and The Irritable Bowel Syndrome. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1992;27(1):53-8.
40. Sonnenberg A, Tsou VT, Müller AD. The " Institutional Colon": A Frequent Colonic Dysmotility in Psychiatric and Neurologic Disease. *The American Journal of Gastroenterology*. 1994;89(1):62-6.
41. Parkman HP, Hasler WL, Fisher RS. American Gastroenterological Association Technical Review on The Diagnosis And Treatment Of Gastroparesis. *Gastroenterology*. 2004;127(5):1592-622.
42. Quigley EM, Hasler WL, Parkman HP. AGA Technical Review on Nausea and Vomiting. *Gastroenterology*. 2001;120(1):263-86.
43. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA Technical Review on Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. 2002;123(6):2108-31.

44. Delgado-Aros S, Camilleri M. Visceral Hypersensitivity. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2005;39(5):S194-S203.
45. Sarnelli G, Vandenberghe J, Tack J. Visceral Hypersensitivity in Functional Disorders of the upper Gastrointestinal Tract. *Digestive and Liver Disease*. 2004;36(6):371-6.
46. Schmulson M, Chang L, Naliboff B, Lee OY, Mayer EA. Correlation of Symptom Criteria with Perception Thresholds During Rectosigmoid Distension in Irritable Bowel Syndrome Patients. *The American Journal of Gastroenterology*. 2000;95(1):152-6.
47. Kim ES, Cheon JH, Park JJ, Moon CM, Hong SP, Kim TI, et al. Colonoscopy as an Adjunctive Method for the Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome: Focus on Pain Perception. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2010;25(7):1232-8.
48. Collins S. Is The Irritable Gut an Inflamed Gut? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1992;27(S192):102-5.
49. Collins SM. The Immunomodulation of Enteric Neuromuscular Function: Implications for Motility and Inflammatory Disorders. *Gastroenterology*. 1996;111(6):1683-99.
50. Pimentel M, Chow EJ, Lin HC. Eradication of Small Intestinal Bacterial Overgrowth Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*. 2000;95(12):3503-6.
51. Barbara G, De Giorgio R, Stanghellini V, Cremon C, Salvioli B, Corinaldesi R. New Pathophysiological Mechanisms in Irritable Bowel Syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2004;20(s2):1-9.
52. Gwee K, Collins S, Read N, Rajnakova A, Deng Y, Graham J, et al. Increased Rectal Mucosal Expression of Interleukin 1 β In Recently Acquired Post-Infectious Irritable Bowel Syndrome. *Gut*. 2003;52(4):523-6.
53. Futagami S, Shindo T, Kawagoe T, Horie A, Shimpuku M, Gudis K, et al. Migration of Eosinophils and CCR2-/CD68-Double Positive Cells into The Duodenal Mucosa of Patients with Postinfectious Functional Dyspepsia. *The American Journal of Gastroenterology*. 2010;105(8):1835-42.
54. Miwa H, Watari J, Fukui H, Oshima T, Tomita T, Sakurai J, et al. Current Understanding of Pathogenesis of Functional Dyspepsia. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2011;26(S3):53-60.
55. North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of Functional Gastrointestinal Disorders and Psychiatric Disorders: Implications for Treatment. *World Journal of Gastroenterology*. 2007;13(14):2020.
56. Tanum L, Malt UF. Personality And Physical Symptoms in Nonpsychiatric Patients with Functional Gastrointestinal Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001;50(3):139-46.

57. Mayer EA, Naliboff BD, Chang L, Coutinho SV. V. Stress and Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*. 2001;280(4):G519-G24.
58. Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional Gastrointestinal Disorders: an Update for The Psychiatrist. *Psychosomatics*. 2007;48(2):93-102.
59. Creed F, Craig T, Farmer R. Functional Abdominal Pain, Psychiatric Illness, and Life Events. *Gut*. 1988;29(2):235-42.
60. Bennett E, Tennant C, Piesse C, Badcock C, Kellow J. Level of Chronic Life Stress Predicts Clinical Outcome in Irritable Bowel Syndrome. *Gut*. 1998;43(2):256-61.
61. Lipowski ZJ. *Psychosomatic Medicine: Current Trends and Clinical Applications*. 1977.
62. Öztürk O, Uluşahin A. Nevrotik, Stresle ilgili ve Somatoform Bozukluklar II. *Ruh Sağlığı ve Bozukluklar I*. 11 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2011. p. 512-55.
63. Kesebir S. Depresyon ve Somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*. 2004;1:14-9.
64. Sullivan M, Katon W. Somatization: the Path Between Distress and Somatic Symptoms. *APS Journal*. 1993;2(3):141-9.
65. Lipowski ZJ. Somatization and Depression. *Psychosomatics*. 1990;31(1):13-21.
66. Hiller W, Rief W, Fichter MM. Further Evidence for a Broader Concept of Somatization Disorder Using The Somatic Symptom Index. *Psychosomatics*. 1995;36(3):285-94.
67. Speckens A, Van Hemert A, Bolk J, Rooijmans H, Hengeveld M. Unexplained Physical Symptoms: Outcome, Utilization of Medical Care and Associated Factors. *Psychological Medicine*. 1996;26(04):745-52.
68. Hiller W, Cuntz U, Rief W, Fichter MM. Searching for a Gastrointestinal Subgroup Within the Somatoform Disorders. *Psychosomatics*. 2001;42(1):14-20.
69. North CS, Downs D, Clouse RE, Alrakawi A, Dokucu ME, Cox J, et al. The Presentation of Irritable Bowel Syndrome in The Context of Somatization Disorder. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2004;2(9):787-95.
70. Baccini F, Pallotta N, Calabrese E, Pezzotti P, Corazziari E. Prevalence of Sexual and Physical Abuse and its Relationship with Symptom Manifestations in Patients with Chronic Organic and Functional Gastrointestinal Disorders. *Digestive and Liver Disease*. 2003;35(4):256-61.
71. Ali A, Toner BB, Stuckless N, Gallop R, Diamant NE, Gould MI, et al. Emotional Abuse, Self-Blame, and Self-Silencing in Women With Irritable Bowel Syndrome. *Psychosomatic Medicine*. 2000;62(1):76-82.

72. Banu Yazgan İnanç EEY. Giriş. Kişilik Kuramları. Ankara: Pegem Akademi Yayınları; 2008. p. 1-11.
73. De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Job Stress, Personality, and Psychological Distress as Determinants of Somatization and Functional Somatic Syndromes in a Population of Nurses. *Stress And Health*. 2003;19(4):195-204.
74. Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ. Irritable Bowel Syndrome and Psychiatric Illness. *The American Journal of Psychiatry*. 1990;147(5):565.
75. Woodman CL, Breen K, Noyes R, Moss C, Fagerholm R, Yagla SJ, et al. The Relationship Between Irritable Bowel Syndrome and Psychiatric Illness: A Family Study. *Psychosomatics*. 1998;39(1):45-54.
76. Kayaçetin E, Faruk U. Psikiyatrik Hastalar ve İrritabl Barsak Sendromu. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2002;1(2).
77. Lee H-J, Lee S-Y, Kim JH, Sung I-K, Park HS, Jin CJ, et al. Depressive Mood and Quality of Life in Functional Gastrointestinal Disorders: Differences between Functional Dyspepsia, Irritable Bowel Syndrome and Overlap Syndrome. *General Hospital Psychiatry*. 2010;32(5):499-502.
78. Aro P, Talley NJ, Ronkainen J, Storskrubb T, Vieth M, Johansson SE, et al. Anxiety is Associated with Uninvestigated and Functional Dyspepsia (ROME III Criteria) In a Swedish Population-Based Study. *Gastroenterology*. 2009;137(1):94-100.
79. Bouchoucha M, Hejnar M, Devroede G, Babba T, Bon C, Benamouzig R. Anxiety and Depression as Markers of Multiplicity of Sites of Functional Gastrointestinal Disorders: A Gender Issue? *Clinics And Research in Hepatology and Gastroenterology*. 2013;37(4):422-30.
80. Wilkins T, Pepitone C, Alex B, Schade RR. Diagnosis and Management of IBS in Adults. *American Family Physician*. 2012;86(5):419.
81. Tan N, Yildirim E, Guldal D. Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Görülen Bir Hastalık: İrritabl Bağırsak Sendromu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(3):75-85
82. Talley NJ, Spiller R. Irritable Bowel Syndrome: A Little Understood Organic Bowel Disease? *The Lancet*. 2002;360(9332):555-64.
83. O'Sullivan MA, Mahmud N, Kelleher DP, Lovett E, O'Morain CA. Patient Knowledge and Educational Needs in Irritable Bowel Syndrome. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2000;12(1):39
84. Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial Model of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2011;17(2):131.

85. Thomson A, Barkun A, Armstrong D, Chiba N, White R, Daniels S, et al. The Prevalence of Clinically Significant Endoscopic Findings in Primary Care Patients with Uninvestigated Dyspepsia: The Canadian Adult Dyspepsia Empiric Treatment–Prompt Endoscopy (CADET–PE) Study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2003;17(12):1481-91.
86. Kayıkçıoğlu E. Sağlık alışanlarında Fonksiyonel Gastrointestinal Bozuklukların Roma III Kriterleri Eşliğinde Sıklığı ve Birlikteliğinin Belirlenmesi. Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi; 2010.
87. Longstreth GF, Yao JF. Irritable Bowel Syndrome and Surgery: A Multivariable Analysis. *Gastroenterology*. 2004;126(7):1665-73.
88. Drossman D, Camilleri M, Mayer E, Whitehead W. AGA Technical Review on Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. 2002; 123: 2108–2131.
89. Drisko J, Bischoff B, Hall M, McCallum R. Treating Irritable Bowel Syndrome with a Food Elimination Diet Followed by Food Challenge and Probiotics. *Journal of the American College of Nutrition*. 2006;25(6):514-22.
90. Brun R, Kuo B. Review: Functional Dyspepsia. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2010;3(3):145-64.
91. Dağlı . İrritabl Barsak Sendromu. *Gncel Gastroenteroloji*. 2004:96-103.
92. Mayer E, Tillisch K, Bradesi S. Review Article: Modulation of The Brain–Gut Axis as a Therapeutic Approach in Gastrointestinal Disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2006;24(6):919-33.
93. Vahedi H, Merat S, Rashidioon A, Ghoddoosi A, Malekzadeh R. The Effect of Fluoxetine in Patients with Pain and Constipation-Predominant Irritable Bowel Syndrome: A Double-Blind Randomized-Controlled Study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2005;22(5):381-5.
94. Savaş T, Yazoğlu M, Aslan H. Fonksiyonel Dispepside Dşuk Doz Antidepresan Tedavinin Etkinliği. *İstanbul Tıp dergisi*.1:31-3.
95. Howlett S, Guthrie E. Use of Farewell Letters in the Context Of Brief Psychodynamic-Interpersonal Therapy with Irritable Bowel Syndrome Patients. *British Journal of Psychotherapy*. 2001;18(1):52-67.
96. Chessick RD. The Psychoanalytic Treatment of Ulcerative Colitis Revisited. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 1995.
97. Garma A. Oral-Digestive Superego Aggressions and Actual Conflicts in Peptic Ulcer Patients. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1956;38(2):73-81.
98. Haug TT, Wilhelmsen I, Svebak S, Berstad A, Ursin H. Psychotherapy in Functional Dyspepsia. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38(7):735-44.

99. Faramarzi M, Azadfallah P, Book HE, Tabatabaei KR, Taheri H, Shokri-shirvani J. A Randomized Controlled Trial of Brief Psychoanalytic Psychotherapy in Patients with Functional Dyspepsia. *Asian Journal of Psychiatry*. 2013;6(3):228-34.
100. Burger JM. Kişilik Nedir. Kişilik. İstanbul: Kaknüs Yayınları; 2006. p. 19-41.
101. McWilliams N. Psikanalitik Karakter Tanısı In: Paker M, editor. Psikanalitik Tanı. 2 ed. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 1994. p. 25-53.
102. Kaya B. Sivas İl Merkezinde Somatizasyon Bozukluğunun Epidemiyolojisi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 1996.
103. Orgel S, Z. Symposium On Disturbances Of The Digestive Tract. III. Oral Regression During Psycho-Analysis of Pepticulcer Patients. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1960;41:456.
104. Sperling M. Symposium on Disturbances of the Digestive Tract. Unconscious Phantasy Life and Object-Relationships in Ulcerative Colitis. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1960;41:450-4.
105. Savitt RA. Conflict and Somatization: Psychoanalytic Treatment of the Psychophysiologic Response in the Digestive Tract. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1977.
106. Sperling M. Psychoanalytic Study of Ulcerative Colitis in Children. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1946;15(3):302-29.
107. Burger JM. Biyolojik yaklaşım: Kuram Uygulama ve Değerlendirme. Kişilik: Kaknüs Yayınları; 2006. p. 341-81.
108. Banu Yazgan İnanç EEY. Araştırma Odaklı Kuramlar. Kişilik Kuramları. Ankara: Pegem Akademi Yayınları; 2014. p. 245-95.
109. Eysenck HJ. Personality and the Experimental Study of Education. *European Journal of Personality*. 1996;10(5):427-39.
110. Taub JM. Eysenck's Descriptive and Biological Theory of Personality: A Review of Construct Validity. *International journal of neuroscience*. 1998;94(3-4):145-97.
111. Ulucan H, Bahadır Z. Haltercilerin Kişilik Özelliklerinin Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2011;5(2).
112. Karancı AN, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anket Gözden Geçirilmiş Kısalmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2007;18(3):254-261
113. Holtmann G, Kutscher S-U, Haag S, Langkafel M, Heuft G, Neufang-Hueber J, et al. Clinical Presentation and Personality Factors are Predictors of the Response to Treatment in Patients with Functional Dyspepsia: A Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Crossover Study. *Digestive Diseases and Sciences*. 2004;49(4):672-9.

114. Tkalcic M, Hauser G, Štimac D. Differences in the Health-Related Quality of Life, Affective Status, and Personality Between Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease Patients. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2010;22(7):862-7.
115. Filipović BF, Randjelovic T, Ille T, Markovic O, Milovanović B, Kovacevic N, et al. Anxiety, Personality Traits and Quality of Life in Functional Dyspepsia-Suffering Patients. *European Journal of Internal Medicine*. 2013;24(1):83-6.
116. Tayama J, Nakaya N, Hamaguchi T, Tomiie T, Shinozaki M, Saigo T, et al. Effects of Personality Traits on the Manifestations of Irritable Bowel Syndrome. *Biopsychosoc Med*. 2012;6:20.
117. Højer-Pedersen W. Symposium on Disturbances of the Digestive Tract. Neurotic States in Duodenal Ulcer Patients. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1960;41:462-4.
118. Deniz D, Ünsal P. İşyerinde Yıldırımaya Uğramada Dışadönük ve Nevrotik Kişilik Yapıları ile Cinsiyetin Rolü. *İŞ, GÜÇ” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 2010;12(1).
119. Öztürk O, Uluşahin A. Kişilik Bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II*. 11 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2011. p. 555-84.
120. Brenner C. *Psikanaliz Temel Kavramlar*. Ankara: HYB Yayıncılık; 1955.
121. McWilliams N. Birincil (ilkel) savunma süreçleri. In: Paker M, editor. *Psikanalitik Tanı*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 1994. p. 119-43.
122. Hyphantis TN, Taunay TC, Macedo DS, Soeiro-de-Souza MG, Bisol LW, Fountoulakis KN, et al. Affective Temperaments and Ego Defense Mechanisms Associated with Somatic Symptom Severity in a Large Sample. *Journal of Affective Disorders*. 2013;150(2):481-9.
123. Garma Á. Symposium on disturbances of the digestive tract. I. The Unconscious Images in the Genesis of Peptic Ulcer. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1959;41:444-9.
124. McWilliams N. İkincil (Üst Düzey) Savunma Düzenekleri. In: Paker M, editor. *Psikanalitik Tanı*. 2 ed. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 1994. p. 143-77.
125. Guthrie E. Brief Psychotherapy with Patients with Refractory Irritable Bowel Syndrome. *British Journal of Psychotherapy*. 1991;8(2):175-88.
126. Rowan A. The Place of Acting Out in Psychoanalysis: From Freud to Lacan. *Psychoanalytische Perspectieven*. 2000;41(42):83-100.
127. Altınöz AE. *Kronik İdiyopatik Ürtiker Tanısı Alan Hastalarda Öfke Ve Erken Dönem Anne Şemasi İlişkisi*. Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.

128. Danışık N. Ergenlerin Sürekli Öfke İfade Tarzları ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2005.
129. Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ. Measuring the Experience, Expression, and Control of Anger. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1995;18(3):207-32.
130. Deffenbacher JL, Stark RS. Relaxation and Cognitive-Relaxation Treatments of General Anger. *Journal of Counseling Psychology*. 1992;39(2):158.
131. Novaco RW. Anger control: The Development and Evaluation of an Experimental Treatment: Lexington; 1975.
132. Mayne TJ, Ambrose TK. Research Review on Anger in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. 1999.
133. Özmen A. Öfke: Kuramsal Yaklaşımlar ve Bireylerde Öfkenin Ortaya Çıkmasına Neden Olan Etmenler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2006;39(1):39-56.
134. Akpınar F. Borderline Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerin Öfke Tarzları ve Saldırganlık Davranışı Üzerine Bir İnceleme. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2010.
135. Balkaya F. Öfke: Temel Boyutları, Nedenleri ve Sonuçları. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2001;4(7):21-45.
136. Balkaya F. Çok Boyutlu Öfke Envanterinin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi) Ankara Üniversitesi. 2001.
137. Kopper BA, Epperson DL. The Experience and Expression of Anger: Relationships with Gender, Gender Role Socialization, Depression, and Mental Health Functioning. *Journal of Counseling Psychology*. 1996;43(2):158.
138. Averill JR. Studies on Anger and Aggression: Implications for Theories of Emotion. *American Psychologist*. 1983;38(11):1145.
139. Koh KB, Park JK. The Relation Between Anger Management Style and Organ System-Related Somatic Symptoms in Patients with Depressive Disorders and Somatoform Disorders. *Yonsei medical journal*. 2008;49(1):46-52.
140. Kellner R, Hernandez J, Pathak D. Self-rated Inhibited Anger, Somatization and Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1992;57(3):102-7.
141. Kang SG, Kim HJ, Lee SY, Cha MJ, Hwang HH. A Study of Anger, Alexithymia, and Depression in the Functional Dyspepsia. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*. 2002;23(7):881-9.
142. Beesley H, Rhodes J, Salmon P. Anger and Childhood Sexual Abuse are Independently Associated with Irritable Bowel Syndrome. *British Journal of Health Psychology*. 2010;15(2):389-99.

143. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
144. Ö A. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1997;8(4):280-7.
145. Karanci AN, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anke-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması.
146. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1993;181(4):246-56.
147. Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Savunma Biçimleri Testinin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007;18(3):244-53.
148. Spielberger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. Assessment of Anger: The State-Trait Anger Scale. *Advances in Personality Assessment.* 1983;2:159-87.
149. Özer AK. Sürekli öfke (SL-ÖFKE) ve öfke ifade tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1994;9 (31):26-35.
150. Muscatello MRA, Bruno A, Pandolfo G, Micò U, Stilo S, Scaffidi M, et al. Depression, Anxiety and Anger in Subtypes of Irritable Bowel Syndrome Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.* 2010;17(1):64-70.
151. GO G. Mood Disorders: Psychodynamic Etiology. In: HI Kaplan BSWW, Editor. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry/VI.* New York1995. P. 116-1123.
152. Taymur İ, Erberk-Özen N, Boratav C, Güliter S. İritabl Barsak Sendromlu Hastaların Aleksitimi, Mizaç, Karakter Özellikleri ve Psikiyatrik Tanı Açısından Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni.* 2007;17(4).
153. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as Predictor of Treatment Outcome in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychosomatic Medicine.* 2003;65(5):911-8.

8. EKLER

EK.1 Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Tarih:

FGH: Var 1 Yok 2

FGH varsa Tanı:

Ad – Soyad :

Protokol No:

Adres ve telefon:

Yaş:

Doğum Yeri:

Cinsiyet: Kadın 1
Erkek 2

Medeni Durumu:

Evli 1
Dul 2
Ayrı yaşıyor 3
Boşanmış 4
Hiç evlenmemiş 5

Çocuk Sayısı:

Aile Tipi:

Çekirdek aile 1
Geniş aile 2
Parçalanmış Aile 3

Eğitim durumu:

Okuryazar 1
İlkokul 2
Ortaokul 3
Lise 4
Y.okul-Üniv. 5

Çalışma durumu:

Hiç çalışmamış 1
Öğrenci 2
Aralıklı çalışmış 3
İşten ayrılmış 4
Emekli 5
Malulen emekli 6
Halen çalışıyor 7

Halen çalışıyorsa ne iş yaptığı:

İşçi 1
Memur 2
Serbest meslek 3

Gelir durumunuz nedir?

0-1000 TL 1
1000-2000 TL 2
2000-4000 TL 3
4000 ve üzeri 4

Aynı bütçeden geçinen kişi sayısı :

Diğer (yazınız):.....

Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?

Sigara 1
Alkol 2
Madde 3
Hiçbiri 4
Hepsi 5

Mide- barsak şikayetinin süresi (yıl olarak) :

.....

FGH hastalığınızın başlangıç yaşı?

0-12 yaş	1
12-18 yaş	2
19-45 yaş	3
46-64 yaş	4
65 yaş ve üzeri	5

Sosyal ortamlarda etkilenme derecesi?

Hiç	1
Hafif	2
Orta	3
Ağır	4
Oldukça	5

Bilinen fiziksel rahatsızlığınız var mı?

Var	1
Yok	2

Varsa yazınız.....

Bilinen bedensel hastalık süresi:

Her gün düzenli kullandığınız ilaç var mı?

Var	1
Yok	2

Varsa yazınız.....

Şu anda tedavi gördüğünüz bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

Evet	1
Hayır	2

Varsa tanıyı yazınız.....

Geçmişte tedavi gördüğünüz herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse tanıyı yazınız.....

Geçmişte kullandığınız psikiyatrik herhangi bir ilaç var mı ?

Evet	1
Hayır	2

Evetse isimlerini yazınız.....

Ailede bedensel hastalık :

Var	1
Yok	2

Varsa belirtiniz.....

Ailede mide-barsak hastalığı :

Var	1
Yok	2

Varsa belirtiniz.....

Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı ?

Var	1
Yok	2

Varsa belirtiniz.....

Ailenizde ruhsal hastalığı olan varsa kim ?

.....

Yetiştirme Ortamı

Çekirdek aile	1
Geniş aile	2
Diğerleri	3

Anne-Babanız

Boşanmış 1

Evli 2

Boşanmışlarsa siz kaç yaşındayken

Anne-Baba kaybı var mı?

Var 1

Yok 2

Varsa Kim/kimler, kaç yaşındaydınız ve nedeni?

.....

Çocukken sizi büyüten kişi?

Anne 1

Baba 2

Anne/Baba dışında büyüten kişi varsa kim ve kaç yaşına kadar?

.....

Kaç ay anne sütü aldınız?

.....



EK.2 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil

Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek

EK.3 Eysenck Kişilik Anketi Kısa Formu (EKA-KF)

Yönerge: Lütfen aşağıdaki her bir soruyu, ‘Evet’ yada ‘Hayır’ı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

	Evet	Hayır
1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi?		
2. Konuşkan bir kişi misiniz?		
3. Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?		
4. Oldukça canlı bir kişi misiniz?		
5. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu?		
6. Garip yada tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız?		
7. Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz birşeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı?		
8. Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?		
9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hissedersiniz mi?		
10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı?		
11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?		
12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?		
13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz?		
14. Kaygılı bir kişi misiniz?		
15. Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır?		
16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?		
17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?		
18. Sinirlerinizden şikayetçi misiniz?		
19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?		
20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?		
21. Sık sık kendinizi yalnız hissedersiniz mi?		
22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?		
23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?		
24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?		

EK. 4 Savunma Biçimleri Testi (SBT)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Kendime çok kolay gülerim.

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

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.

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

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

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

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

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

9. Süpermen" mişim gibi tehlikelere aldırım.

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

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

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

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

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

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

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

13. Çok tutuk bir insanım.

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

14. Hayallerimden gerçek hayatta olduğundan daha çok tatmin sağlarım.

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

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

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

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

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

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

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

18. Hiçbir şeyden korkmam

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

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

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

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

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

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

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

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim

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

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

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

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

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

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

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

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

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

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

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

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

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

36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EK.5 Sürekli Öfke –Öfke İfade Tarz Ölçeği (SÖ-ÖİTÖ)

I. Bölüm

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında size en iyi tanımlayanı seçerek üzere (x) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğini gösteren cevabı işaretleyiniz.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor ?

	H	Sizi ne kadar tanımlıyor ?			T
	iç				ümüyle
1- Çabuk Parlarım.	1	2	3	4	
2- Kızgın mizaçlıyım.	1	2	3	4	
3- Öfkesi burnunda bir insanımdır.	1	2	3	4	
4- Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	1	2	3	4	
5- Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	1	2	3	4	
6- Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	
7- Öfkelenirken ağzıma geleni söylerim.	1	2	3	4	
8- Başkalarının önünde eleştirilmek beni hiddetlendirir.	1	2	3	4	
9- Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir.	1	2	3	4	
10- Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	1	2	3	4	

II. Bölüm

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (x) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeyin.

5. Hiç
6. Biraz
7. Oldukça
8. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	H	Sizi ne kadar tanımlıyor?			T
	iç				ümüyle
11- Öfkemi kontrol ederim.	1	2	3	4	
12- Kızgınlığımı gösteririm.	1	2	3	4	
13- Öfkemi içime atarım.	1	2	3	4	
14- Başkalarına karşı sabırlıyım.	1	2	3	4	
15- Somurtur ya da sürat asarım.	1	2	3	4	

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	H	Sizi ne kadar tanımlıyor?			T
	iç				ümüyle
16- İnsanlardan uzak dururum.	1	2	3	4	
17- Başkalarına iğneli sözler söylerim.	1	2	3	4	
18- Soğukkanlılığımı korurum.	1	2	3	4	
19- Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	1	2	3	4	
20- İçin için köpürürüm ama gösteremem.	1	2	3	4	

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	H			T
	iç			ümüyle
21- Davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4
22- Başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
23- İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	1	2	3	4
24- Beni çileden çıkaran herneyse saldırırım.	1	2	3	4
25- Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	H			T
	iç			ümüyle
26- Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	1	2	3	4
27- Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	1	2	3	4
28- Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	1	2	3	4
29- Kötü şeyler söylerim.	1	2	3	4
30- Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	H			T
	iç			ümüyle
31- İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	1	2	3	4
32- Sinirlerime hakim olamam.	1	2	3	4
33- Beni sinirlendirenlere, ne hissettiğimi söylerim.	1	2	3	4
34- Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	1	2	3	4