

T.C.
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**YETİŞKİNLERDE DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI,
SOMATİZASYON İLE ALGILANAN EBEVEYN
TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
Gülgün AĞYOL

İstanbul, 2024

T.C.
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**YETİŞKİNLERDE DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI,
SOMATİZASYON İLE ALGILANAN EBEVEYN
TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
Gülgün AĞYOL

Öğrenci No
2120039005

ORCID ID
0000-0001-7179-2883

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin EBADİ

İstanbul, 2024

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Yetişkinlerde Durumluk-Süreklî Kaygı, Somatizasyon ile Algılanan Ebeveyn Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 12.06.2024

Gölgün AĞYOL

T.C.
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

12.06.2024

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **2120039005** numaralı **Gülgün AĞYOL**'un "*İstanbul Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Yetişkinlerde Durumluk-Sürekli Kaygı, Somatizasyon İle Algılanan Ebeveyn Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 21/05/2024 tarih ve 2024/23 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, İstanbul Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince 45 dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında "**OYBİRLİĞİ**" ile "**KABUL**" kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 2 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hü*** EB***
(İstanbul Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Doç. Dr. Ne*** GÜ*** DO***
(İstanbul Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Fa*** BA***
(Sakarya Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Gülgün AĞYOL
Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin EBADİ
Derecesi ve Tarihi : Yüksek Lisans (Tezli), 2024
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Somatizasyon, Kaygı, Anksiyete, Durumluk-Sürekli Kaygı, Algılanan Ebeveyn Tutumu

ÖZ

YETİŞKİNLERDE DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI, SOMATİZASYON İLE ALGILANAN EBEVEYN TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Çalışmanın temel amacı somatizasyon, kaygı ve algılanan ebeveyn tutumu değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu doğrultuda verilerin toplanmasında somatizasyon ölçeği, durumluk-sürekli kaygı ölçeği, kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu ölçeği – çocuk formu ve bireylerin demografik özelliklerini öğrenme amacıyla sosyo-demografik bilgi formu kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında örneklemi internet üzerinden anket formu ile ulaşılmış 589 kişiden oluşmaktadır. Analiz sonucunda sürekli kaygı ve reddedici algılanan ebeveyn anne ve baba tutumunun somatizasyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde yordadığı görülmüştür. Bir diğer ifadeyle somatizasyon, sürekli kaygı ve reddedici algılanan ebeveyn tutumu ile açıklanabilmektedir. Somatizasyonun %46'sı sürekli kaygı ve reddedici algılanan ebeveyn tutumu puanlarıyla açıklanmıştır. Sürekli kaygı ile reddedici algılanan ebeveyn tutumu puanları arasında, sürekli kaygı ve somatizasyon puanları arasında, reddedici algılanan ebeveyn tutumu ve somatizasyon puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Name and Surname : Gülgün AĞYOL
Supervisor : Asst. Prof. Hüseyin EBADİ
Degree and Date : Master's (Thesis), 2024
Major : Clinical Psychology
Keywords : Somatization, Anxiety, State-Trait Anxiety, Perceived Parental Attitude

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOMATIZATION, PERCEIVED PARENTAL ATTITUDE AND STATE-TRAIT ANXIETY IN ADULTS

The main purpose of the study was to examine the relationship between somatization, anxiety and perceived parental attitude variables. In this direction, Somatization Scale, State-Trait Anxiety Scale, Abbreviated Perceived Parental Attitude Scale - Child Form and Socio-demographic information form were used to learn the demographic characteristics of individuals. In this direction, the sample for data collection consisted of 570 individuals who were reached through a questionnaire form over the internet. As a result of the analysis, it was seen that trait anxiety and rejecting perceived parental attitude predicted somatization in a statistically significant positive direction. In other words, somatization can be explained by trait anxiety and rejecting perceived parental attitude. 46% of somatization is explained by trait anxiety and rejecting perceived parental attitude scores. Moderately significant relationships were found between trait anxiety and rejecting perceived parental attitude scores, between trait anxiety and somatization scores, and between rejecting perceived parental attitude and somatization scores.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ..... iii

ŞEKİLLER LİSTESİ iv

KISALTMALAR..... v

SÖZLÜK..... vi

GİRİŞ 1

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Somatizasyon 7

1.1.1. Somatizasyonun Tanımı 7

1.1.2. Somatizasyonun Tarihçesi..... 8

1.1.3. Somatizasyonun Epidemiyolojisi..... 9

1.1.4. DSM Perspektifinden Somatizasyon..... 10

1.1.5. Somatizasyonu Açıklayan Kuramlar 13

1.1.5.1. Bilişsel Davranışçı Kuramda Somatizasyon 13

1.1.5.2. Bağlanma Teorisinde Somatizasyon 15

1.1.5.3. Psikodinamik Teoride Somatizasyon 17

1.1.5.4. Biyolojik Teoride Somatizasyon 19

1.1.6. Somatizasyonun Güncel Kavramsallaştırması..... 20

1.1.7. Somatizasyon ve Kaygıyla İlgili Çalışmalar..... 20

1.1.8. Somatizasyon ve Ebeveyn Tutumuyla İlgili Araştırmalar 22

1.2. Kaygı/Anksiyete 24

1.2.1. Kaygının Tanımı..... 24

1.2.2. Kaygının Klinik Görünümü 25

1.2.3. Kaygının epidemiyolojisi..... 26

1.2.4. Kaygının Nedenleri 27

1.2.4.1. Psikanalitik Kuram..... 27

1.2.4.2. Davranışsal Kuram..... 30

1.2.4.3. Bilişsel Kuram..... 31

1.2.4.4. Biyolojik Kuram	33
1.2.5. Durumluk-Sürekli kaygı anlayışı	33
1.2.5.1. Sürekli Kaygı	34
1.2.5.2. Durumluk Kaygı	35
1.3. Algılanan Ebeveyn Tutumu.....	35
1.3.1. Duygusal Sıcaklık	36
1.3.2. Reddedicilik	37
1.3.3. Aşırı Korumacılık.....	38
2. YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Modeli	39
2.2. Evren ve Örneklem	39
2.3. Veri Toplama Araçları	40
2.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	40
2.3.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği	40
2.3.3. Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumu Ölçeği Çocuk Formu (KAET-Ç) .	41
2.3.4. Somatizasyon Ölçeği.....	42
2.4. Verilerin Analizi	42
3. BULGULAR	
TARTIŞMA.....	60
SONUÇ VE ÖNERİLER	87
KAYNAKÇA.....	90
EKLER	
Ek-1. Demografik Bilgi Formu	135
Ek-2. Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği.....	137
Ek-3. Somatizasyon Ölçeği	139
Ek-4. Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumu Ölçeği – Çocuk Formu	143
Ek-5. Etik Kurul Onayı	147

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Araştırma Grubuna İlişkin Demografik Bilgiler	44
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Betimsel İstatistikler	45
Tablo 3. Ölçek Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi	46
Tablo 4. Somatizasyon Puanlarının Yordanmasına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi	48
Tablo 5. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T- Test Analizi	49
Tablo 6. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Analizi	50
Tablo 7. Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T- Test Analizi	51
Tablo 8. Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T- Test Analizi	51
Tablo 9. Psikiyatrik/Psikolojik Tanı Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T- Test Analizi	52
Tablo 10. Yaşa Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Analizi	54
Tablo 11. Eğitim Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Analizi.....	56
Tablo 12. Yaşanılan Yere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Analizi	57
Tablo 13. Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Analizi.....	58
Tablo 14. Algılanan Gelir Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Analizi.....	58
Tablo 15. Kimlerle Yaşadığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Analizi.....	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Araştırmanın Modeli	39
---	----



KISALTMALAR

DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
KAET-Ç	: Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumu Ölçeği-Çocuk Formu
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
SÖ	: Somatizasyon Ölçeği
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri

SÖZLÜK

Algılanan Ebeveyn Tutumu: Yetişkinlerin çocukken ebeveynlerinin davranış ve tutumlarını algılayış şeklidir. Üç kategoriden oluşmaktadır: duygusal sıcaklık, reddedicilik, aşırı korumacılık.

Kaygı: Anksiyete, korku, endişe ve tedirginlik duygularıyla karakterize, genellikle yaşamın erken dönemlerinde başlayan, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenen, davranışları ve günlük işleyişi etkileyen belirli beyin bölgelerini ve nörotransmitter sistemlerini içeren yaygın, karmaşık bir psikolojik ve fizyolojik durumdur.

Somatizasyon: Somatizasyon, psikolojik sıkıntının fiziksel semptomlar yoluyla deneyimlenmesi ve iletilmesidir, genellikle anksiyete, depresyon ve diğer psikiyatrik durumlarla ilişkilidir ve çeşitli yaş gruplarında tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar olarak ortaya çıkabilir.

GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın amacı, araştırmanın önemi, araştırmanın soruları, araştırmanın sınırlılıkları, araştırmanın varsayımları ve ilgili değişkenlerin tanımları yer almaktadır.

Somatizasyon, psikiyatri ile tıp arasındaki sınırdaki yaygın ve büyük ölçüde çözülmemiş bir sorunu temsil etmektedir. Somatik semptomları olan insanlar, yani kanıtlanabilir organik temelleri olmayan ya da nesnel tıbbi bulgular temelinde beklenenin çok üzerinde olduğu yargısına varılan fiziksel semptomlardan sıklıkla şikâyet edenler, dünya çapında sağlık alanında her yerde mevcuttur. Çoğunlukla zor teşhis edilebilen ve zor yönetilebilen sorunlarla karakterizedirler. Bununla birlikte bireyler psikiyatrik bozukluklardan da muzdarip olabilirler veya olmayabilirler ancak bulundukları ülke veya bölgedeki tıbbi bakımın en yüksek kullanıcılarından olma eğilimindedirler ve dolayısıyla artan sağlık maliyetine sebep olurlar. Psikiyatristler ve diğer sağlık çalışanları yakın zamana kadar bu hastalara nispeten daha az ilgi gösteriyor olsa da, son birkaç yılda somatizasyonla ilgili konularda giderek artan sayıda psikiyatrik çalışma ve inceleme yayınlanmıştır.

Bu yayınların çoğu, psikanalistlerin "somatizasyon" terimini bilinçdışı bir savunma mekanizmasını ifade etmek ve belirli bedensel bozuklukların varsayılan psikogeneze atıfta bulunmak ve dolayısıyla teorik bir kavram olarak kullandıklarını göstermekteyken buna karşılık, diğerlerinin açıklamaya çalıştığı olgu tanımlayıcıdır, varsayılan bir savunma mekanizmasını ima etmemektedir ve teorik olanla karıştırılmamalıdır.

Bu bakış açısına göre somatizasyon, patolojik bulgularla açıklanamayan fiziksel semptomlara ve rahatsızlıklara sahip olma, bunları hastalıklarla ilişkilendirme ve bunlar için tıbbi yardım arama eğilimidir. Genellikle bu eğilimin, birey için kişisel olarak stres yaratan yaşam olaylarının ve durumlarının yol açtığı psikososyal strese yanıt olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Bu yorum, dışarıdaki gözlemcilerin yaptığı bir çıkarımı temsil eder; çünkü somatize eden kişiler genellikle kendi sıkıntıları ile bunun varsayılan kaynağı arasındaki nedensel bağlantıyı fark etmezler ve açıkça inkâr edebilirler. Anksiyetelerini psikolojik olarak deneyimlemek veya yorumlamaktan ziyade bunları somatik bir şekilde deneyimleyerek tepki

verirler ve semptomlarını fiziksel bir hastalığın göstergesi olarak görme ve dolayısıyla tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyma eğilimindedirler.

Anksiyete, deneyimsel (ör. korku), davranışsal (ör. kaçınma) ve fizyolojik (ör. taşikardi) bileşenlerle etkileşim halinde olan duygusal bir durumdur. Tüm duygusal durumlar gibi, değişen yoğunluk, sıklık ve süre derecelerinde deneyimlenebilir. Düşük bir ifade aralığında olduğu sürece anksiyete uyarlanabilir ve günlük yaşam için gereklidir. Ancak daha yüksek bir aralıkta, yani ifadenin büyüklüğü, süresi veya sıklığı aşırı olduğunda, bunaltıcı ve yıkıcı olabilir, farklı semptomlara ve hatta patolojik kaygıya dönüşebilir.

Patolojik kaygının çeşitli biçimlerini temsil eden kaygı bozuklukları, aşırı ve devamlı korku, kaygı duyguları ve kişinin günlük yaşantısını engelleyen ve önemli düzeyde sıkıntıya neden olan ilgili davranış bozukluklarıyla karakterize edilen bir grup zihinsel bozukluktur.

Ek olarak, somatik semptomlar patolojik ve yüksek düzey kaygının temel özellikleridir ve otonom sinir sistemiyle bağlantılıdır. Ancak bununla birlikte kas-iskelet sistemi, solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal, deri ve genitoüriner organları içeren birden fazla sistem etkilendiğinden somatik belirtiler tek bir otonomik boyutta değerlendirilemez. Bu bedensel fizyolojik uyarılma durumlarının algılanması ve yorumlanması, bireyin duygusal durumuna bağlıdır ve birlikte, duygusal uyaranlara karşı artan ve düzenlenmemiş psikofizyolojik reaktivitenin gözlemlendiği anksiyete bozukluklarının patogeneğinde önemli bir rol oynarlar.

Son zamanlarda yapılan birçok çalışma, çocukluk ve ergenlik dönemindeki çeşitli psikopatoloji biçimleri ile algılanan ebeveyn tutumu, yani çocuğun ebeveynlerinin davranışlarına ilişkin algıları arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ebeveynlik tutumları, ebeveynlik uygulamalarından (belirli içerik ve sosyalleşme hedefleri -örneğin okul başarısı- ile tanımlanan davranışlardan) ayrılmalıdır. Ebeveynlik tutumları, çocuğa yönelik olarak çocuğa iletilen ve ebeveynlerin davranışlarının ifade edildiği duygusal bir iklim yaratan tutumlar olarak açıklanabilir.

Birçok çalışma, ergenlik döneminde bireysel gelişim için risk faktörleri olarak algılanan ebeveyn tutumlarının önemini vurgulamaktadır. Bu bağlamda başa çıkma

stratejileri, kaygı ve psikopatolojik faktörler gibi bireysel farklılıkların önemli bir rol oynadığı görülmektedir.

Somatizasyon bozukluğu olan bireylerin çocukluk döneminde sıklıkla sağlıklı aile ortamlarında büyüdükleri, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıkları, ebeveynlerinin alkol ve madde kullanım öyküsünün olduğu ve çeşitli travmatik deneyimlerin olduğu görülmüştür.

Tüm bunlar ele alındığında algılanan ebeveyn tutumunun anksiyete ve somatizasyon ile yakından ilgili olan kavramlar olduğu gözlemlenmektedir. Sonuç olarak bu değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunacağı düşünülmektedir. Alanyazında somatizasyon ve kaygı arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır, fakat algılanan ebeveyn tutumu ve somatizasyon ile kaygı arasındaki ilişki araştırılmamıştır. Bu doğrultuda çalışmanın alana katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

Somatizasyon, anksiyete ve ebeveyn tutumu arasındaki karmaşık bağlantıyı anlamak, bireylerin zihinsel ve fiziksel refahı hakkında fikir edinmek için çok önemlidir. Ebeveynlerin çocuklarıyla etkileşim şekli ve evde geliştirdikleri ortam, çocuğun psikolojik durumunu ve somatik semptomlar geliştirme olasılığını önemli ölçüde etkileyebilir. Bu ilişkiyi inceleyerek, bu sorunları erkenden tespit etmek ve ele almak için potansiyel yolları keşfedebilir, sonuçta somatizasyon ve anksiyete ile uğraşan bireyler için gelişmiş müdahale stratejileri ve daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; somatizasyon, durumluk-sürekli kaygı ve algılanan ebeveyn tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla birlikte çeşitli sosyo-demografik değişkenlere göre, somatizasyon, sürekli anksiyete ve algılanan ebeveyn tutumu düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek de amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Önemi

Somatizasyon, anksiyete ve ebeveyn tutumu arasındaki ilişki, ruh sağlığı sorunlarının anlaşılması ve ele alınması için önemli çıkarımlar içeren bir araştırma

alanıdır. Araştırmalar, yüksek düzeyde somatizasyon veya psikolojik sıkıntıya yanıt olarak fiziksel semptomlar yaşama eğilimi gösteren bireylerin anksiyete semptomları yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak, ebeveyn tutumu hem somatizasyonun hem de anksiyetenin gelişiminde ve devamlılığında önemli bir rol oynayabilir. Örneğin, çalışmalar çocuklukta istismara uğramış bireylerin somatik semptomlar ve daha yüksek anksiyete seviyeleri sergileme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, istismarın türü ve şiddeti de daha yüksek düzeyde somatizasyon ve anksiyeteye neden olabilir. Somatizasyon, anksiyete ve ebeveyn tutumu arasındaki ilişkinin anlaşılması, bu sorunları yaşayan bireyler için müdahaleler ve tedaviler konusunda bilgi sağlayabilir. Bireyin somatizasyon ve anksiyeteye yatkınlığını şekillendirmede genetik ve çevresel faktörlerin rolü yadsınamaz. Örneğin genetik yatkınlık, stresli veya destekleyici olmayan bir ebeveynlik ortamıyla birleştiğinde, bireyin somatik semptomlar ve anksiyete bozuklukları geliştirme olasılığını önemli ölçüde artırabilir.

Dahası, aile dinamiği içinde öğrenilmiş davranış kavramı giderek daha fazla ilgi görmektedir. Çocuklar genellikle davranışsal ve duygusal tepkilerini ebeveynlerinde gözlemledikleri tutumlara ve başa çıkma mekanizmalarına göre modellerler. Bu durum, somatizasyon ve anksiyetenin bir nesilden diğerine aktarıldığı bir döngüyü devam ettirebilir ve bu sorunları sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda aile bağlamında da ele almayı çok önemli hale getirir.

Buna ek olarak, araştırmacılar kültürel ve toplumsal etkilerin somatizasyon ve anksiyetenin tezahürü üzerindeki etkisini araştırmaya başlamıştır. Kültürel normlar ve beklentilerin yanı sıra duygusal ifadeye yönelik toplumsal tutumlar, bireyin somatik semptomlar ve anksiyete deneyimini şekillendirebilir. Bu durum, bu konuların anlaşılması ve ele alınmasında kültürel çeşitliliğin ve sosyal bağlamın dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Somatizasyon, anksiyete ve ebeveyn tutumu arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayarak, ruh sağlığı uzmanları genetik, çevresel, ailesel ve kültürel faktörleri göz önünde bulundurarak bu sorunların çok yönlü doğasını ele alan müdahaleleri uyarlayabilir. Bu, somatizasyon ve anksiyete yaşayan bireyleri desteklemek için daha etkili ve bütünsel yaklaşımlara yol açabilir ve sonuçta genel refahlarını iyileştirebilir.

Alanyazına bakıldığında somatizasyonla ilgili çalışmaların yetersiz oluşu ve bu üç değişkenin birlikte incelendiği bir araştırmaya rastlanılmaması nedeniyle alanda bir açık olduğu da görülmüştür. Bilimsel veriler ile araştırmanın literatüre katkı sağlaması amacıyla bu çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur. Yapılan çalışma neticesinde somatizasyona nelerin sebep olabildiği ile ilgili bir bilgi sunulurken ruh sağlığı ve tıp alanında çalışanlara rehber niteliği olabilmesi hedeflenmektedir.

Araştırmanın Soruları

1. Kaygı, algılanan ebeveyn tutumu ve somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Algılanan ebeveyn tutumu ve kaygının somatizasyon üzerinde yordayıcı etkisi bulunmakta mıdır?
3. Kaygı, algılanan ebeveyn tutumu ve somatizasyon düzeyleri yaşa göre farklılaşmakta mıdır?
4. Kaygı, algılanan ebeveyn tutumu ve somatizasyon düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?
5. Kaygı, algılanan ebeveyn tutumu ve somatizasyon düzeyleri eğitim düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?
6. Kaygı ve somatizasyon düzeyleri yaşanan yere göre farklılaşmakta mıdır?
7. Kaygı ve somatizasyon düzeyleri medeni duruma göre farklılaşmakta mıdır?
8. Kaygı ve somatizasyon düzeyleri çocuk sahibi olmaya göre farklılaşmakta mıdır?
9. Kaygı ve somatizasyon düzeyleri çalışma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
10. Kaygı ve somatizasyon düzeyleri gelir düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?
11. Kaygı ve somatizasyon düzeyleri kişinin kimle yaşadığına göre farklılaşmakta mıdır?
12. Kaygı ve somatizasyon düzeyleri kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
13. Kaygı, algılanan ebeveyn tutumu ve somatizasyon düzeyleri daha önce psikiyatrik/psikolojik tanı veya tedavi alınıp alınmadığına göre farklılaşmakta mıdır?

Sınırlılıklar

1. Çalışmaya katılım sağlayan katılımcılar, internet ortamında ve sosyal medya platformlarından oluşmaktadır.
2. Araştırma, anketi dolduran 589 kişi ile sınırlıdır.
3. Araştırma somatizasyon, durumluk-sürekli kaygı ve algılanan ebeveyn tutumu arasındaki ilişkiyi incelenmesi ile sınırlıdır.

Varsayımlar

1. Araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların ölçekleri kendi rızası ile özenli ve gerekli bir şekilde doldurduğu varsayılmaktadır.
2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin, hedeflenen değişkenleri ölçtüğü varsayılmaktadır.
3. Araştırmada kullanılan istatistiksel analiz ve yöntemlerin geçerli olduğu varsayılmaktadır.

Tanımlar

Somatizasyon: Somatizasyon, psikolojik sıkıntının fiziksel semptomlar yoluyla deneyimlenmesi ve iletilmesidir, genellikle anksiyete, depresyon ve diğer psikiyatrik durumlarla ilişkilidir ve çeşitli yaş gruplarında tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar olarak ortaya çıkabilir.

Kaygı: Anksiyete, korku, endişe ve tedirginlik duygularıyla karakterize, genellikle yaşamın erken dönemlerinde başlayan, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenen, davranışları ve günlük işleyişi etkileyen belirli beyin bölgelerini ve nörotransmitter sistemlerini içeren yaygın, karmaşık bir psikolojik ve fizyolojik durumdur.

Algılanan Ebeveyn Tutumu: Yetişkinlerin çocukken ebeveynlerinin davranış ve tutumlarını algılayış şeklidir. Üç kategoriden oluşmaktadır: duygusal sıcaklık, reddedicilik, aşırı korumacılık.

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde somatizasyon, durumluk-sürekli kaygı ve algılanan ebeveyn tutumu değişkenleri ile ilgili literatür bilgileri yer almaktadır.

1.1. Somatizasyon

Bu bölümde somatizasyonun tanımı, tarihçesi, epidemiyolojisi, DSM perspektifinden somatizasyona bakış, somatizasyonu açıklayan kuramlar, somatizasyonun güncel kavramsallaştırılması, somatizasyon ve kaygıyla ilgili çalışmalar, somatizasyon ve ebeveyn tutumuyla ilgili çalışmalar yer almaktadır.

1.1.1. Somatizasyonun Tanımı

Yüzyıllardır çeşitli isimler alan somatizasyon bozukluğu, tarih boyunca bilinen en eski psikoloji temelli bozukluklardan biridir (Lipowski, 1988). Somatizasyonun tanımı birçok farklı şekilde yapılmıştır. Somatizasyon, tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar ve psikolojik sıkıntıyı bedensel semptomlarla ifade etme eğilimi ile karakterizedir (APA, 2018, s. 125).

Brodsky'nin (1984) açıklamasına göre somatizasyon, duygusal sıkıntının beden dili aracılığıyla temsil edilmesini sağlayan bilinçdışı bir yoldur. Somatizasyon alanının önde gelen isimlerinden Lipowski'ye (1988) göre, tıbbi bulgularla açıklanamayan fiziksel sıkıntı ve semptomlar yaşama, bunları fiziksel rahatsızlıklarla ilişkilendirme ve bunlar için tıbbi yardım arama eğilimi somatizasyon olarak bilinir. Ayrıca klasik psikanaliz çerçevesinde somatizasyon, psikolojik sorunların bedensel belirtilere dönüştüğünü gösteren olgunlaşmamış bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1997).

Pek çok araştırmacıya göre somatizasyonun anlaşılabilmesi için bazı şartların sağlanması gerekmektedir. Lipowski (1988), bireydeki fiziksel yakınmaların somatizasyon olarak adlandırılabilmesi için üç temel bileşenin gerekli olduğunu belirtmiştir. Bu bileşenleri deneyimsel, bilişsel ve davranışsal olarak sınıflandırmıştır. Bireyin sergilediği fiziksel yakınmalar (ağrı ya da çeşitli bedensel duyular) somatizasyonun deneyimsel yönünü yansıtmaktadır. Somatizasyonun bilişsel

bileşeni, bireyin karşılaştığı fiziksel belirtileri nasıl algıladığı ve yorumladığıyla ilgili olarak tanımlanmıştır. Bu kavram, bireyin semptomlarını tıbbi bir hastalığa bağlama ve değerlendirme süreçlerini içermektedir. Davranışsal boyut olarak adlandırılan son bileşen ise bireyin bedenselleştirme algısı sonucunda yöneldiği davranışları kapsamaktadır. Bu davranışların en bilinen örneği, bireyin bedensel belirtilerden kurtulmak için aktif olarak tedavi araması ve bir tıp doktoruna başvurmasıdır (Lipowski, 1988).

Dikkate almaya değer bir diğer konu ise bedensel yakınmaların her zaman bir bozukluk olarak yorumlanmaması, bazen ise normal karşılanıyor olmasıdır. Örneğin, periyodik olarak yoğun stres deneyimleri yaşamak, bedensel duyumlara daha fazla odaklanmaya ve bunları daha farklı bir biçimde algılamaya yol açabilir. Bu tür durumlar bireyin sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı ve kronikleşmediği sürece normal olarak değerlendirilmektedir (Özmen, 2009).

Somatik semptomlar net bir tıbbi açıklaması olmayan fiziksel semptomlardır, bedensel belirti bozukluğu ise DSM-5'te psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bedensel belirti bozukluğu olan kişiler somatik semptomları olan kişilerle örtüşmektedir, ancak bu ikisini birbirinden ayırmak önemlidir (Lee vd., 2023). Somatik semptomlar bir dizi faktörden kaynaklanabilir ve genel popülasyonda yaygındır (Kalita vd., 2023). Öte yandan, bedensel belirti bozukluğu tıbbi olarak açıklanamayan semptomlarla karakterize edilir ve kişinin günlük yaşamını önemli ölçüde bozarak tedavi gerektirebilir (Wu vd., 2023).

1.1.2. Somatizasyonun Tarihçesi

İnsanlık tarihi boyunca fiziksel belirtilerin açıklanamaması her zaman merak konusu olmuştur (Ford ve Folks, 1985). İlk açıklama girişimlerinin yaklaşık 4.000 yıl önce Eski Mısır'da yapıldığı düşünülmektedir (Sevinçok, 1999). Bireylerin fiziksel olarak hissettiği ancak fiziksel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel belirtilere ilişkin bu ilk açıklamalar, M.Ö. 1900 yıllarında Mısır'daki Kahun Papirüsü'nde görülmüştür (Akyıldız vd., 2015). Mısır tıbbında bu semptomların ortaya çıkmasının kaynağının uterusun fiziksel yer değiştirmesi olduğuna inanılıyordu (Sevinçok, 1999). Kilo kaybı ve dehidrasyon nedeniyle rahmin yer değiştirebileceği ve nefes almada zorluk

ve boğazda yumru hissi gibi belirtilerin rahmin boğaza veya karın boşluğuna baskı yapmasından kaynaklandığı düşünülüyordu. Benzer şekilde anksiyete ve kabızlığın da rahmin kalbe yaklaşmasından kaynaklandığı düşünülmekteydi (Karvonen vd., 2004). Tedavinin amacı ise "dolaşan uterusu" uygun yerine geri döndürmekti (Sevinçok, 1999).

Yunan toplumu da bu hastalığa rahimle aynı anlama gelen “histeria” adını vermiştir (Akyıldız vd., 2015). Yüzyıllar sonra Freud, histeri kavramına büyük ilgi ve önem vermiş ve bu kavramın detaylı incelenmesiyle psikanalizin birçok ilkesi ortaya çıkmıştır (Sevinçok, 1999). Ayrıca somatizasyonun tam anlamıyla anlaşılması psikanalizle başlamıştır (Erol, 2018). Freud, Breuer ile yaptığı ilk çalışmalardan olan "Histeri Çalışmaları (1895)"nda, psikolojik travmanın yaşandığı dönemde bireyin travmaya tepki vermediğini, bunun yerine onu bastırdığını ileri sürmüştür. Daha sonra travmanın, bastırılmış anılara karşı bir savunma olarak fiziksel belirtilerle kendini gösterdiği düşünülmüştür (Breuer & Freud, 1895, s. 1-17). Bu bakış açısı kapsamında histeri somatizasyonun başlangıcı olarak görülmektedir. Histeri ile somatizasyon arasındaki fark ise, histerinin anksiyete ve depresyon belirtilerini içermesidir (De Gucht ve Fischler, 2002).

Briquet çalışmalarında modern somatizasyon bozukluğunun temelini oluşturan bir histeri kavramı tanımlamıştır. Onun histeri kavramı, organik bir hastalıkla açıklanamayan şiddetli tıbbi şikayetlerin olduğu bir durum olarak tanımlanmaktadır (Mai ve Merskey, 1981). "Briquet sendromu" terimi, ilk olarak 1980 yılında DSM-III'te "Somatizasyon Bozukluğu" olarak yer alan somatizasyon kavramının klinik tanımını ifade etmektedir (Yavuz, 2012). DSM-5'te ise "Bedensel Belirti Bozukluğu" terimiyle değiştirilmiştir (Karamustafalıoğlu, 2018).

1.1.3. Somatizasyonun Epidemiyolojisi

Tıbbi koşullarla tam olarak açıklanamayan fiziksel semptomların ortaya çıkmasıyla karakterize bir durum olan somatizasyonun yaygınlığı, kültürel, psikolojik ve demografik faktörlerin karmaşık bir etkileşimini yansıtarak farklı popülasyonlar ve ortamlar arasında önemli ölçüde değişmektedir. İran'da, nüfusun önemli bir kısmı hafif ila şiddetli düzeyde somatizasyon sergilemekte olup medeni

durum ve yaş önemli belirleyicilerdir (Garrusi vd., 2019). Pakistan'da, kadınlar arasında tıbbi olarak açıklanamayan semptomların yüksek bir prevalansı gözlenmiş, bu da cinsiyet ve muhtemelen kültürel etkilerin altını çizmiştir (Raza ve Zainab, 2019). Benzer şekilde, Hindistan'ın Kochi kentinde yetişkin kadınlar arasında somatizasyon ve anksiyete prevalansının yüksek olduğu ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (Babu vd., 2019). Peru'nun Lima kentinde lisans öğrencileri arasında yapılan araştırma, öğrencilerin önemli bir kısmının orta ila şiddetli somatik semptomlar yaşadığını ve anksiyetenin güçlü bir belirleyici olduğunu ortaya koymuştur (Zegarra-López vd., 2022). Çin'in doğusundaki ergenler arasında, somatizasyon eğilimlerinin yaygınlığının, aile tıbbi geçmişi ve çevresel koşullar dahil olmak üzere bir dizi faktörden etkilendiği bulunmuştur (Cheng vd., 2019). Sırbistan'da, somatizasyon prevalansı genel popülasyonlarda daha önce bildirilenden biraz daha yüksek çıkmıştır ve nevroitiklik ve anksiyete ile yakından ilişkili bulunmuştur (Rokvić, 2018). Somatizasyon farklı etnik gruplar arasında yaygın olduğundan, yaygınlık oranlarında farklılıklar ve içe dönüklük ile somatizasyon semptomları arasında pozitif bir ilişki bulunduğu kültürel geçmiş de bir rol oynamaktadır (Kaviani, 2018). Dermatoloji alanında, somatizasyon tıbbi olarak açıklanamayan dermatolojik semptomlar olarak ortaya çıkmakta, tanı ve tedaviyi zorlaştırmaktadır (Millington vd., 2022). Son olarak, literatür tıbbi ziyaretlerin önemli bir yüzdesinin somatizasyonla ilgili olduğunu öne sürmekte ve sağlık çalışanlarının değerlendirmelerinde psikolojik faktörleri göz önünde bulundurmaları gerektiğinin altını çizmektedir (Stauder vd., 2016). Bu çalışmalar toplu olarak, somatizasyonun mesleki stres, kültürel geçmiş, psikolojik sıkıntı ve demografik özellikler gibi sayısız faktörden etkilenen yaygın doğasının altını çizmektedir.

1.1.4. DSM Perspektifinden Somatizasyon

Somatizasyon bozuklukları için semptomlar ve tanı kriterleri zaman içinde gelişmiştir. Uzmanlar etiyolojisi, teşhisi ve tedavisi için çeşitli yaklaşımlar önermiş, ancak hiçbir zaman bir fikir birliği oluşturmak mümkün olmamış ve hiçbir yaklaşım diğerinden daha iyi bulunmamıştır (Creed, 2006). Bu nedenle, somatik semptomların

kriterleri konusundaki anlaşmazlık bir istisna değil, bir zorunluluk haline gelmek zorunda kalmıştır (Jana vd., 2012).

Bu nedenle, DSM'de tanımlanan somatizasyon tanı kriterleri de somatizasyon anlayışı değiştikçe zaman içinde değişmiştir. Başlangıçta, DSM-II (1972) tıbbi olarak açıklanamayan semptomları nevrozlar, psikofizyolojik bozukluklar ve özel semptomlar ve Briquet sendromu olarak sınıflandırmıştır (Hollifield, 2004). Konversiyon semptomları, anksiyete ve depresif semptomlar, gastrointestinal problemler, cinsel ve menstrüel problemler, vücudun farklı bölgelerinde herhangi bir tıbbi açıklama olmaksızın psikolojik sıkıntıya bağlı bedensel ağrı ve hastaların hayatlarının çoğunda fiziksel olarak iyi olmadıklarına inanmaları ile karakterize edilen Briquet sendromunu da dahil etmişlerdir (Cloninger vd., 1986).

DSM-III, önceki versiyonlardaki histerik ve hipokondriyak nevrozların yerine somatoform bozukluklar adında yeni bir kategori getirmiştir (APA, 1980, s.). Konversiyon bozukluğu, somatizasyon, psikojenik ağrı ve hipokondriyazis somatoform bozukluklar arasında yer almıştır (Hollifield, 2004). Tüm psikolojik semptomlar çıkarıldıktan ve sadece somatik semptomlar bırakıldıktan sonra, Briquet sendromu somatizasyon hastalığı olarak yeniden adlandırıldı (Kellner, 1990). Somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, somatik yakınmalarla giden uyum bozuklukları ve başka türlü tanımlanamayan somatoform bozukluk DSM-III-R'de somatizasyonla ilişkili bozukluklar için yapılan sınıflandırmalardır. Somatizasyon bozukluğunun tekrarlayan, kronik ve tamamen iyileşmesi neredeyse imkânsız bir durum olduğu düşünülmektedir. Hipokondriyazis ile birçok özelliği paylaşmaktadır (Hollifield, 2004).

DSM-IV'e gelindiğinde, farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı, somatizasyon bozukluğunun somatik semptomları olan bireylerin yalnızca küçük bir kısmını tanımlayacağı düşünülerek yeniden düzenlenmiştir. DSM-III ve DSM-IV kategorileri anlaşılabilir oldukları ve yeterli bir düzenleyici yapıdan yoksun oldukları için eleştirilmiştir. Sıkı tanımlanmış sınıflandırmalar ve belirsiz, spesifik olmayan alt kategoriler yanıltıcı olarak görülmüştür (Barsky vd., 2001).

DSM-V'te somatizasyon bozukluğu ve farklılaşmamış somatoform bozukluk arasındaki fark belirsiz kaldığı için, “somatik semptom bozukluğu” başlığı altında birleştirilmiştir (APA, 2013). Ayrıca, DSM-V kriterleri, çakışan tanıları en aza indirmek için somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, ağrı bozukluğu ve farklılaşmamış somatoform bozukluk kategorilerini ortadan kaldırmıştır. Bu nedenle, DSM-V'in psikiyatri ve tıp arasındaki arayüzün karmaşıklığını daha iyi tanıdığı düşünülmektedir. DSM-V'te “bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar” adı altında yedi somatizasyon bozukluğu kategorisi bulunmaktadır: ‘bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, dönüştürme/konversiyon bozukluğu, diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler, yapay bozukluk, tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk’ (APA, 2013).

DSM-IV'te, somatizasyon bozukluğu tanısı çoğunlukla tıbbi olarak açıklanamayan semptomların uzun ve karmaşık bir semptom sayımına dayanmıştır ve bir semptom için tıbbi bir açıklama eksikliğine odaklanılmıştır. Bu kategorizasyon tekniği nedeniyle, literatürün çoğu nadir görülen fenomenlere odaklanırken, daha yaygın somatizasyon türleri, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar göz ardı edilmiştir. Çalışmalar, farklılaşmamış veya başka türlü tanımlanmamış somatoform bozukluğu olan hastaların birinci basamakta, teşhis edilmiş bir hastalığı olan hastalardan çok daha yaygın olduğunu göstermiştir (Kirmayer ve Robbins, 1994). Daha önce somatizasyon bozukluğu teşhisi konmuş bireyler, fiziksel semptomlarına ek olarak hastalığı oluşturan anormal düşünce, duygu ve davranışları da sergiledikleri takdirde bedensel belirti bozukluğu için DSM-V kriterlerini karşılamış olurlar (APA, 2013). Fibromiyalji de dahil olmak üzere birçok nörolojik durumun, doktorlar insanların ağrıları için bir neden bulamadığından, somatize semptomlar olduğu düşünülmüştür. Sonuç olarak, DSM-V'in odak noktası tıbbi bir açıklama eksikliğinden, sıkıntı ve bozulma ile beklenenden önemli ölçüde daha şiddetli olan semptomlara kaymıştır. Bedensel belirti bozukluğu olan birçok kişi, semptomların kendisinden ziyade semptomlarını ifade etme ve yorumlama biçimleriyle ayırt edilir (APA, 2013).

Öte yandan, çoğu profesyonel hala bu yeni sınıflandırmalara aşina olmayabilir. DSM kriterlerine sıkı sıkıya uyulduğunda somatizasyon oranları düşerken, tıbbi olarak açıklanamayan semptomların ortaya çıkma oranları yüzde 20'den yüzde 60'a çıkma eğilimindedir (Steinbrecher vd., 2011). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin çoğu somatizasyonu araştırırken ve tedavi ederken bu tür tanı kriterlerini kullanmamaktadır (Lamberty, 2008). Dahası, sınıflandırmalar bu semptomların temel hastalıklar mı olduğu yoksa anksiyete ve depresyon tanıları gibi yalnızca psikopatolojiyle mi bağlantılı olduğu konusunda net değildir. Kendi başına resmi bir tanı olmamasına rağmen, somatizasyon bir semptomdur. Bu çalışmada, somatizasyon terimi bir bozukluk olarak kullanılmayacak ve ruh sağlığı uzmanları tarafından kullanılan terminolojiye uygun olması nedeniyle belirli bir tanı kategorisi dışında bir semptom olarak kabul edilecektir ve tıbbi olarak açıklanamayan semptomlara dikkat çekilecektir.

1.1.5. Somatizasyonu Açıklayan Kuramlar

Bu bölümde somatizasyonu açıklayan bilişsel-davranışçı kuram, bağlanma kuramı, psikodinamik kuram ve biyolojik kuram yer almaktadır.

1.1.5.1. Bilişsel Davranışçı Kuramda Somatizasyon

Bilişsel-davranışçı teoriye göre, somatik semptomların psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir. Somatizasyon, semptomların artmasıyla sonuçlanan, kendi kendini sürdüren ve kendi kendini doğrulayan bilişsel bir rahatsızlık olarak kavramsallaştırılır (Stuart vd., 2008) ve bu yaklaşımda bireyin fiziksel duyumları belirli şekillerde deneyimlemesine neden olabilecek atıflar ve inançlar vurgulanır (Rief ve Hiller, 1998). Somatik semptomları olan kişiler fiziksel uyarılmaları felaket olarak deneyimleyebilir ve daha düşük bir eşik nedeniyle iyi huylu bedensel hisleri ciddi bir hastalığın göstergesi olarak yanlış yorumlayabilir (Rosendal vd., 2005). Bu yoğun semptomlar, sağlıkla ilgili endişelerinin artmasına yol açarak kısır bir döngünün devam etmesine neden olur.

Martin ve Pihl (1985) de benzer şekilde, stresli olayların bilişsel düzeyde duygusal olarak düzenlenmesindeki güçlüğün aşırı fizyolojik uyarıma ve hastalıklara yatkınlığa neden olabilecek davranışsal tepkilere yol açabileceğini öne sürmüştür. Hastalığın altında yatan nedenlere ve ciddiyetine ilişkin bilişler ve inançlar ile prognoza ilişkin olumsuz beklentiler, somatik semptomların deneyimini ve bunların yoğunluğunu, müdahaleciliğini ve nahoşluğunu etkiler (Kirmayer ve Robbins, 1991). Bu inançlar kültür ve sağlık sistemi tarafından şekillendirilmektedir (Duddu vd., 2006).

Duygusal farkındalık yaklaşımına göre, duygusal deneyimi tanımlamak ve tarif etmek 'bilişsel bir beceridir (Lane ve Schwartz, 1987). Bu nedenle, somatizasyonun duygusal süreçlerde bir bozulma ve aynı zamanda dikkat ve hafıza sorunları ile bilişsel işlev bozukluğuyla ilişkili olduğu görülmektedir (Niemi vd., 2002). Hastalığın bilişsel temsili modeli (Horne, 1997), hastalar fiziksel veya psikolojik belirtiler yaşadıklarında kendilerine ne olduğuna dair içsel bir temsilin inşasını ifade eder. Düşüncenin temel unsurları, semptomların doğasından bağımsız olarak kimlik, neden, zaman çizelgesi, sonuçlar ve tedavi/kontrol etrafında şekillenir (Patel ve Sumathipala, 2001). Somatik semptomları olan kişiler genellikle düşük konsantrasyon, son olayları hatırlayamama ve konuşurken doğru kelimeyi bulamama gibi bilişsel sorunlar bildirmiştir (Barrows, 1995).

Davranışçı bakış açısına göre somatizasyon bir yardım arayışı ve dikkat çekme mekanizması olarak da değerlendirilmektedir (Kellner, 1990). Pilowsky, uzun süreli somatizasyonu olan hastalar tarafından sergilenen anormal hastalık davranışı olarak yeni bir kavram önermiştir (Pilowsky, 1969). Bu davranışlar ilaç ya da farklı fiziksel muayeneler isteme, sağlık sistemini sık kullanma, iş sorumluluklarından kaçınma ve fiziksel şikayetlerini aile üyeleri ve önemli diğer kişilerle paylaşma olabilir (Barsky ve Borus, 1999). Bu anormal hastalık davranışı doktor muayenesi ile tutarlı değildir ve fiziksel bir sorun yoktur. Buna rağmen hastalar hasta rolünde kalmaya devam etmektedirler (Chaturvedi vd., 2006). Çünkü ailelerinden veya önemli diğer kişilerden daha fazla ilgi ve bakım görebilmekte veya iş göremezliklerinden dolayı iş ve ev sorumluluklarından muaf olabilmektedirler. Fiziksel veya psikolojik semptomlara eşlik eden bu tür olumlu avantajlar, altta yatan nedenleri anlamak psikolojik açıdan karmaşık olan ikincil kazanımlar olarak

tanımlanmaktadır (Dersh vd., 2004). Başka bir deyişle, hasta rolünde olmak, bilinçli ya da bilinçsiz olarak, özellikle yoğun stres altındaki insanları başkalarının dikkatini çekmek ve korumak için motive etmektedir (Parsons, 1975). Yani hastanın hasta rolü ve hastalık davranışı, pekiştirme ve ödül süreçlerine bağlı olarak devam etmektedir (Sata ve Munday, 2017). İlgi ve bakımın hastalıkla ilişkilendirilmesi, çocukluktaki bu öğrenme süreçleriyle ya da ebeveynlerin benzer davranış kalıplarına maruz kalmakla ilişkilendirilebilir; bu da semptomların devam etmesinde ebeveynlerin, önemli kişilerin ve ayrıca doktorların etkisini vurgulamaktadır (Barsky ve Klerman, 1983). Bedensel şikayetlerin özel ilgi gördüğü ailelerdeki çocukların yetişkin yaşamlarında somatizasyonu bir savunma olarak kullanma olasılıklarının önemli ölçüde daha yüksek olduğuna dair kanıtlar vardır (Woolfolk ve Allen, 2006).

Diğer bir açıdan, somatik semptomlar hastaların hayatında avantajdan ziyade zorluklara neden olmaktadır (Kellner, 1990). Somatizasyon, hastalık davranışı ve artan sağlık hizmeti kullanımı ile önemli ölçüde ilişkilidir (Karlsson vd., 1997). Bu nedenle, bu hastalar bazen 'kalp hastası' veya 'endişeli iyi' olarak adlandırılmakta ve semptomları yapay olmasa da fiziksel bir rahatsızlığı olmayan, sağlık sisteminin aşırı kullanımı veya kötüye kullanımı ile bağlantılı bireyler olarak görülmektedirler (Birmingham vd., 2010).

1.1.5.2. Bağlanma Teorisinde Somatizasyon

İnsanların somatik semptomları nasıl geliştirdiğini anlamak, ebeveynler ve bakıcılarla yaşanan erken deneyimlerin yetişkinlikte içselleştirilmiş kişilerarası temsilleri ve algıları nasıl etkilediğine odaklanan bağlanma teorisi ile daha kolay hale gelmiştir (Ciechanowski vd., 2002). İlk olarak Bowlby (1969) tarafından, insanların fiziksel veya duygusal acılar karşısında teselli ve sükûnet bulma girişimlerine verdikleri tepkilere ilişkin bu zihinsel imgelerin veya beklentilerin, yeni doğanlar ile ebeveynleri arasındaki bağ tarafından şekillendirildiği öne sürülmüştür. Bowlby'nin bağlanma teorisine dayanan bağlanma türleri için dört kategori- "güvenli bağlanma, kaygılı bağlanma, kaçınmacı bağlanma ve korkulu bağlanma"- oluşturulmuştur (Bartholomew ve Horowitz, 1991). Güvenli bağlanan bireyler çocukken güvenilir bir bakıma sahip olduklarını, kendilerini ve başkalarını olumlu bir şekilde algılamaya

daha yatkın olduklarını ve diğer insanları güvenilir bulduklarını bildirmektedir. Kaygılı bağlanan bireyler ise çocukluklarında tutarsız bakım aldıklarını bildirirler. İhtiyaçlarına verilen yanıtlardaki bu tutarsızlık, benliğin değersiz olduğuna dair olumsuz bir görüşün gelişmesi ve başkalarının yardım edebilecek durumda olsalar bile yardım etmeye istekli olmadıkları beklentisiyle ilişkilidir (Waldinger vd., 2006). Bu bağlanma stili, düşük benlik saygısı, güvence ihtiyacı ve başkalarına karşı olumlu ve idealize edilmiş bir bakış açısıyla karakterize edilmiştir. Kaçınan bağlanma stiline sahip bireyler, çocukluklarında tepkisiz bakım verme deneyimleri yaşadıklarını ve bunun da kendilerinin kendi kendilerine yeterli olduklarına dair olumlu bir görüşü beslediğini bildirmekte, ancak başkalarına güvenilemeyeceği inancı nedeniyle yakın ilişkilerden kaçınmaktadırlar. Korkulu bağlanma stilinde, yetişkinler kendilerine ve başkalarına olumsuz bakmalarına neden olan reddedici bakıcılar bildirirler. Yakın olma arzusuna sahiptirler ancak aynı zamanda başkalarına güvenilemeyeceği için reddedilme korkusu yaşarlar ve bu da başkalarına yakınlaşmaya çalışırken yaklaşma-kaçınma tarzı ilişkiye yol açar (Bartholomew ve Horowitz, 1991). Bu bağlanma stilleri, büyük yaşam değişiklikleri ve zor olaylar gibi tehdit duyguları üreten koşullar sırasında tetiklenmiştir (Bowlby, 1973).

Bağlanma teorisinin erken çocukluk ve ergenlik dönemindeki ilişkilerin sağlıklı ilgili davranışları etkilediği iddiası, araştırmacıları kişiler arası ilişki tarzı ile duygusal düzenleme, başa çıkma mekanizmaları ve hastalık davranışları arasındaki ilişkiyi incelemeye sevk etmiştir. Ebeveynlerin ziyaret oranları ve ailelerin sağlık ve hastalık araştırmalarına katılımı ile kanıtlandığı üzere, ebeveyn-çocuk bağlılığının gücü, ailelerin çocuklarının hastalıklarına verdikleri tepkileri de etkilemektedir (Feeney, 2001). Somatizasyonla ilgili literatür, çocukluktaki bağlanma eksikliklerinin yaşamın ilerleyen dönemlerindeki fiziksel semptomların kaynağı olduğunu ima etmektedir (Aisenstein ve Gibeault, 1991). Çeşitli çalışmalar güvensiz bağlanma stilleri ile yetişkin somatik belirti bildirimini arasındaki ilişkiye işaret etmektedir (Liu vd., 2011). Buna ek olarak, araştırmalar korkulu bağlanma stili ile somatik şikayetlerin artması arasında, kaçınan bağlanma stili ile somatizasyon arasında (Kidd ve Sheffield, 2005) ve kaygılı bağlanma ile somatizasyon arasında (Wearden vd., 2005) ilişkiler olduğunu göstermektedir.

1.1.5.3. Psikodinamik Teoride Somatizasyon

Psikolojik ve fiziksel süreçler arasındaki bağlantı psikanalizin çok erken dönemlerinden itibaren araştırılmıştır (Breuer ve Freud, 1895, s. 235-248). Psikanalitik bakış açısı, semptomların anlamını hastaların bilinçdışı istek ve fantezileri (Lipsitt, 1974) ve dürtü, çatışma ve savunma kavramlarıyla açıklamakla ilgilenmektedir (Rodin, 1991).

Sigmund Freud, psikanalitik yaklaşım için önemli bir figür olmuş ve bedenselleştirme konusundaki fikirleri diğer birçok takipçisini etkilemiştir. Bilinçdışı fikirlerin zihinsel süreçlerle ilişkisini ortaya koymuş ve zihnin topografik bir modelini sunmuştur (Freud, 1915). Freud'a göre 'beden', özellikle Charcot ile histerik hastalar üzerinde yaptığı çalışmalardan sonra psikanalitik yaklaşımda önemli bir role sahip olmuştur (Chapman, 1999). İnsan öznesi için biyolojik beden ve erotojenik beden olmak üzere iki tür beden önermiştir (David-Ménard, 1989). Bilinçdışını biyolojik beden olarak adlandırılmayan bedenle ilişkilendirmiştir (Canellopoulos, 2010). Bunun yerine, bedenden, histerik nevrozda önemli bir rol oynayan erotojenik bölge olarak bahseder (Freud, 1905). Bu, ego tarafından yansıtılan haz bedenidir ve histerik dönüşümde meydana gelen bayılma ve kusma gibi fiziksel etkiler dışında biyolojik bedeni oluşturan fizyolojik sistemler ve süreçlerle ilgisi yoktur. Sonuç olarak, 'ikinci beden'in ortaya çıkışı fiziksel semptomlar ikilemini çözmez, ancak histerik nevrozun sembolleştirme yoluyla açıklanmasına yardımcı olur (Chapman, 1999).

Freud nevrozu, intrapsişik bir çatışma olduğunda davranışsal ve fiziksel semptomların oluşması olarak kavramsallaştırmıştır. Freud, Giriş Dersleri'nde gerçek nevrozlar ile psiko-nevrozlar arasında ayrım yaparak yalnızca psiko-nevrozların bastırılmış anılarla bağlantılı olduğunu öne sürmüştür (Freud, 1917). Ancak, gerçek nevrozlar öznenin hayatında yaşadığı güncel travmalarla bağlantılıdır. Gerçek nevrozların tezahürlerinin psişik bir önemi yoktur, yani kişi psikolojik bir ilişki olmaksızın doğrudan somatize olur. Buna karşın psikonevrozların dışavurumları, kişinin psişik deneyimiyle güçlü bir şekilde bağlantılıdır (Chapman, 1999). Bu nedenle Freud, somatik semptomların, hastanın kontrol edilemeyen psikolojik acı nedeniyle yüzleşemediği istismar veya travma ile ilgili çatışmanın bilinçdışı

temsillerine işaret ettiğini öne sürmüştür. Kişi gerçek travma deneyimine yanıt vermez, bunun yerine onu bastırır ve bastırılmış travma, bastırılmış anıları savunmak için fiziksel etkiler olarak kendini gösterir (Breuer ve Freud, 1895). Bilinçdışı zihin, ilkel arzular ve dürtüler için bir depolama alanı olarak hizmet eder ve bunlar bilinç öncesi alan tarafından uzak tutulur ve aracılık edilir. Örneğin, Freud (1915) bazı olayların ve arzuların hastalarının fark edemeyeceği kadar korkutucu ya da nahoş olduğunu keşfetmiş ve bu tür bilgilerin bilinçdışında saklı olduğunu varsaymıştır. Bu, bastırma süreci yoluyla gerçekleşebilir. Öte yandan bastırma, psikoseksüel gelişimin doğal bir parçasıdır ve nevroz, çatışma çözümünün en zararsız ve sosyal olarak uygun yoludur (Freud, 1953). Zamanla Freud, rapor edilen cinsel istismar veya travma deneyimlerinin aslında çocukluk fantezilerinin temsili olduğunu varsayarak hastalarının travma deneyimlerinin gerçekliğinden şüphe etmeye başlamış ve hastalarının raporlarında gerçeği kurgudan ayırmıştır (Freud, 1895).

Laplanche ve Pontalis, daha sonra, somatizasyon bozukluklarını, psikonevrozlar çocukluk deneyimi ve travma ile ilişkiliyken, kökenleri kişinin mevcut durumunda olan gerçek nevrozların yeni bir biçimi olarak tanımlamıştır. Ayrıca, somatizasyon kavramının histerik konversiyonu diğer semptom konversiyonu süreçlerinden ayırmak için kullanılabileceğini belirtmişlerdir (Laplanche ve Pontalis, 1973).

Başlangıçta psikanalitik literatür, Freud'un nevrozunun histerik konversiyondan ne kadar farklı olduğu henüz net olmasa da histeri ve konversiyon süreçlerinin altında yatan nedenin bastırılmış cinsel düşünceler olduğunu öne sürmüştür. Bir görüşe göre, bir sorun yeterince derinlemesine araştırılırsa, somatik semptomların arkasında her zaman nevrotik bir yapı bulunur. Bunun aksine, diğer yaklaşımlar somatizasyonda rol oynayan birçok farklı faktör olduğunu öne sürmektedir. Biri sadece 'nevrotik bireylerin bedensel semptomlara sahip olduğu' anlamına gelirken, ki bu yanlışlanmıştır, diğer yaklaşım somatizasyonun arkasındaki 'psikososyal' süreçleri tam olarak açıklayamaz (Chapman, 1999).

Bu anlamda psikanalitik teori, somatizasyon işlevinde ortaya çıkan fiziksel semptomları, psikolojik bir soruna sahip olmakla ilgili dayanılmaz kaygıya karşı ego savunmaları olarak kavramsallaştırmıştır (Kirmayer ve Robbins, 1996). Bu nedenle,

somatizasyonun birçok tanımı ve mekanizması savunma süreçlerinin gerçekleştiğine işaret etmektedir. Freud savunma mekanizmasının orijinal tanımını "bireyi ezici anksiyeteden ve kabul edilemez dürtülerden korumaya yarayan karşı güç" olarak yapmıştır (Cramer, 2006). Somatizasyonla ilgili savunma mekanizmaları arasında inkâr, yer değiştirme veya rasyonalizasyon yer alır (Kellner, 1990). Bu savunmalar, kabul edilemez düşünce ve durumlardan uzaklaşarak fiziksel sorunlara odaklanma işlevi görür. Örnek vermek gerekirse, hastalar başarısızlıkları için bedensel semptomları suçlayabilir ve bedensel semptomlar hakkında endişelendiklerinde, dayanılmaz çatışmayla uğraşmak yerine dikkatlerini mevcut psişik sorunlardan uzaklaştırabilirler. Hasta böylece bu tür sorunlar için kendini suçlamaktan kaçınabilir ve böylece depresyondan kaçınabilir. Bu açıdan bakıldığında, somatizasyon hastalar için onları daha ciddi bir ruhsal bozukluktan koruyan adaptif bir işleve sahip olabilir. Dolayısıyla, somatizasyon her zaman patolojik olmayabilir (Taylor ve Mann, 1999). Başka bir deyişle, savunmalar bireylerin günlük hayatın gerçekleriyle başa çıkmalarına yardımcı olur. Zihnin bölünmesi, bilinci sıkıntı verici ve genellikle cinsel fikirlerden korumak için bir savunma mekanizmasıdır.

1.1.5.4. Biyolojik Teoride Somatizasyon

Devam eden araştırmalar somatizasyon bozukluğunun biyolojik kökenlerine ilişkin bulgular sunmaktadır. Somatizasyon bozukluğu olan bireylerin beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen veriler, frontal bölgenin metabolik fonksiyonlarında azalma olduğunu göstermektedir (Fidanoğlu, 2007).

Flor-Henry ve diğerleri (1981), somatizasyon bozukluğu olan bireylerin nöropsikolojik işlevlerini araştırmış ve bunları normal kontrol grubu, depresif hastalar ve şizofreni hastalarıyla karşılaştırmışlardır. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında somatizasyon bozukluğu olan bireylerde frontal loblarda fonksiyonel bozulmaya işaret eden iki taraflı simetrik anormallikler görülmüştür.

Araştırmacılar ayrıca baskın olmayan hemisfer fonksiyonel bozukluklarını da bildirmiş ve ön bölgelerde arka bölgelere göre daha fazla bozulma olduğunu kaydetmişlerdir.

Atmaca (2012) tarafından yapılan bir araştırmada somatizasyon bozukluğu olan bireylerin her iki hemisferde amigdala bölgelerinin bu bozukluğa sahip olmayan bireylere göre daha küçük olduğu rapor edilmiştir (Atmaca, 2012). Bulunan bir diğer biyolojik faktör ise somatizasyon belirtilerinin vücudun belirli bölgelerine atfedilmesiyle ilgilidir: Eğer belirtiler vücudun sol tarafına atfediliyorsa beynin sağ yarıkürenin daha baskın olduğu belirtilmektedir (Atmaca, 2012).

Bazı alışmalar somatizasyon bozukluğunun genetik bir bileşeni olabileceğini öne sürüyor. Bolat (2010) tarafından yapılan çalışmada kadın hastaların birinci derece akrabalarının %10-20'sinde somatizasyon olduğu belirtilmektedir.

1.1.6. Somatizasyonun Güncel Kavramsallaştırması

Somatizasyon başlangıçta bir tür savunma mekanizması olarak kavramsallaştırılmış ve eski tanımlarda somatizasyonun bir psikopatolojiyle ilişkili olduğu düşünölmüştür (Al Busaidi, 2010). Somatizasyonun gelişimine katkıda bulunan altta yatan faktörler hala net olmadığından, ortak bir açıklama üzerinde anlaşmak zordur (Smith vd., 2009). Bununla birlikte, mevcut kavramsallaştırma psikosomatik sendromların 'tanı, sınıflandırma ve tedavisinde' davranışsal ve tanımlayıcı bir yaklaşıma işaret etmekte ve somatizasyon genellikle semptomlara abartılı veya yetersiz tepkiler gibi anormal hastalık davranışı olarak açıklanmaktadır. Bu açıklama somatik semptomları olan hastaların tanımlanmasına yol açmıştır (Kirmayer ve Looper, 2006). Somatizasyonun tüm tartışmalı tanımları, son araştırmalar arasında kabul gören 'tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar' olarak yeni bir terimin ortaya çıkmasına da neden olmuştur (Al Busaidi, 2010).

1.1.7. Somatizasyon ve Kaygıyla İlgili alışmalar

Anksiyete ve tanımlanabilir fiziksel patolojiye bağlı olmayan çeşitli gastrointestinal, kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemi semptomları arasında bir ilişki olduğu artık kabul edilmektedir (Barsky vd., 1988). Kronik ve tıbbi olarak açıklanamayan semptomların ortaya çıkmasında ve tedavisinde duygusal durumun önemi, anksiyete ve somatizasyon arasındaki kesin ilişkiyi ortaya çıkarmaya çalışan

çok sayıda araştırmaya yol açmıştır. Daha önceki araştırmalar bu ikisinin aynı veya çok benzer yapılar olduğunu varsaysa da bu karışıklık artık büyük ölçüde ortadan kalkmış ve anksiyete ölçümü sıklıkla somatizasyon çalışmalarına dahil edilmiştir (Kellner, 1985; Pilowsky, 1967). Yapılan araştırmalar, duygusal durumu mevcut veya geçmişteki stresli yaşam olaylarına karşı tepkisel bir durum olarak görme (Bass vd., 1990) ve gelecekte somatoform bozukluk gelişimine karşı artan bir kırılganlığı öngörme eğilimindedir (Escobar vd., 1987).

Özetle, anksiyete ve somatizasyon arasındaki kesin ilişki karmaşıktır ve sürekli incelenmesi gereken bir konudur, ancak şu anda duygusal bozuklukların ve özellikle anksiyetenin somatoform bozukluk gelişimi için risk faktörleri olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır.

Chaturvedi ve Chandra (1991) anksiyetenin somatizasyonda nedensel bir faktör olduğunu göstermeye çalışmıştır, ancak bu sefer batı dışındaki bir kültürde. Depresif ve kaygılı Hintli hastaları somatizasyon bozukluğu tanısı konmuş hastalarla karşılaştırmışlardır. Anksiyetesi yüksek olan hastaların; anksiyete, depresyon, öfke veya umutsuzluk gibi aşırı acı verici duygulardan kaçmak için fiziksel semptomlar gösterdikleri görülmüş ve yüksek düzeyde somatizasyon sergiledikleri sonucuna varılmıştır. Anksiyete hastalarından çok çeşitli fiziksel semptomlar bildirilmiş ve bunlar farklı nedenlere bağlanmıştır. Barsky'nin çalışmasında hastaların yalnızca semptomlardan mı kurtulmak istedikleri yoksa altta yatan acı verici etkilere mi kurtulmak istedikleri net değildir. Hangi tür semptomun somatizasyona ikincil olduğunu bilmek önemlidir, çünkü bunun tedaviye etkileri olabilir (1988).

Orijinal teorik fikre uygun olarak, anksiyete ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmalar, anksiyetenin somatizasyon semptomlarına neden olup olmadığını tespit etmeye çalışmıştır. Örneğin, Barsky ve diğerleri (1988) açıklanamayan fiziksel semptomlar ve anormal bulgularla başvuran 47 hastadaki anksiyete düzeylerini, zihinsel olarak sağlıklı 47 kontrol deneğindeki anksiyete düzeyleriyle incelemiştir. Hastalar fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarının olup olmamasına göre ayrılmış ve yapılandırılmış tanısız görüşmeler, öz bildirim anketleri ve Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılarak test edilmiştir. Somatizasyon bozukluğu olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları hem

hasta hem de kontrol karşılaştırma gruplarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar somatizasyonda anksiyetenin önemli rolüne destek sağlamaktadır.

İki pediatrik çalışma, neredeyse tüm somatik semptomların, depresif ve/veya anksiyete bozukluğu olan hastalarda kontrollere göre daha yaygın olduğunu göstermiştir (Bohman vd., 2010; Egger vd., 1999). Ek olarak, somatik semptomların depresif ve/veya anksiyete bozukluğuna sahip olma riskinin en az iki kat artmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Kroenke ve Price, 1993; Van Boven vd., 2011). Anksiyete bozukluklarının somatik semptomlarla birlikte ortaya çıkması, patolojiler dışında daha fazla fonksiyonel yetersizlik, daha yüksek tıbbi bakım kullanımı ve daha yüksek maliyetlerle ilişkilidir (Barsky vd., 2005; De Waal vd., 2004). Ayrıca anksiyete bozukluklarının kardiyopulmoner semptomlarla daha güçlü ilişkiler gösterdiği görülmüştür (Beesdo vd., 2010; Van Boven vd., 2011).

1.1.8. Somatizasyon ve Ebeveyn Tutumuyla İlgili Araştırmalar

Somatizasyon bozukluğu olan bireylerin çocukluklarında sıklıkla sağlıklı aile ortamlarında büyüdükleri, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıkları (Kesebir, 2004; Kırpınar vd., 2014; Kinzl vd., 1995), ebeveynlerinin alkol ve madde bağımlılığı öyküsü olduğu (Dülgerler, 2000) ve çeşitli travmatik deneyimler yaşadıkları görülmüştür (Imbierowicz ve Egle, 2003; Katon vd., 2001; Löwe vd., 2008). Ayrıca araştırmalar, bakım verenlerine güvensiz bir şekilde bağlanan bireylerin daha yüksek düzeyde somatik semptomlar rapor ettiğini göstermiştir (Ciechanowski vd., 2002; Wearden vd., 2005).

Öğrenme perspektifinden bakıldığında, somatizasyon ve ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkinin pekiştirme, cezalandırma veya tepkileri görmezden gelme gibi edimsel koşullanma mekanizmalarıyla açıklanabileceği öne sürülmektedir (Fordyce, 1978). Ebeveyn ilgisi veya olumsuz olayların göz ardı edilmesi gibi olumlu veya olumsuz pekiştirme somatizasyonu güçlendirebilir. Tersine, somatik şikayetlere verilen olumsuz tepkiler ya da tepkilerin en aza indirilmesi somatizasyonun yaygınlığını azaltabilir. Benzer şekilde, ebeveynlerin cezalandırması daha yüksek somatizasyon ile ilişkilendirilmiştir (Bergström vd., 2018).

Minuchin ve diğerleri (1975) bir 'psikosomatojenik aile modeli' sunmuş ve psikosomatik sorunların gelişimi için belirli aile etkileşim kalıplarını tanımlamıştır. Belirli bir bağlam için gerekli olan dört temel etkileşim özelliği tanımlamışlardır. Bu özellikler, bireyler arasında güçlü bir duyarlılık ve katılım duygusuna işaret eden iç içe geçme; birbirlerinin refahı için yüksek düzeyde endişe duymaya işaret eden aşırı koruyuculuk; mevcut durumu veya yapıyı sürdürmeye yönelik güçlü bir bağlılığa işaret eden katılık ve bireyler arasındaki farklılıkların açık bir şekilde müzakere edilmemesi veya çözülmemesi anlamına gelen çatışma çözümü eksikliğidir (Minuchin vd., 1975). Ebeveynin aşırı koruması somatizasyon için başa çıkma mekanizması stratejileri geliştirmeyi önleyici olabilir çünkü aktif başa çıkma mekanizması stratejilerinin somatizasyonla başa çıkmak için önemli olduğu bulunmuştur (Sanders vd., 1994).

Bir başka çalışma, duygusal destek eksikliği, yüksek düzeyde müdahalecilik ve sinirlilik ile karakterize edilen ailelerde ergenlerin daha fazla psikosomatik semptom yaşadığını ortaya koymuştur (Eray vd., 2015). Ayrıca, kronik karın ağrısı olan çocukların ebeveynlerinin daha fazla psikolojik semptom sergilediği ve aile üyelerinde kronik bir fiziksel hastalığın varlığının çocuklarda somatik semptomlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Wasserman vd., 1988). Somatizasyon bozukluğu olan bireylerin önemli bir kısmı duygusal olarak mesafeli ve destekleyici olmayan aile ortamlarında yetişmiş olup, sıklıkla duygusal ya da fiziksel istismar vakaları görülmektedir (Brown vd., 2005; Feldman vd., 2010; Rhee vd., 2005). Güleç ve diğerleri (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, ailede fiziksel istismar ve duygusal ihmalin somatizasyon üzerinde yordayıcı etkileri olduğu bulunmuştur. Ayrıca, yetersiz ya da bozulmuş anne-çocuk ilişkilerinin somatizasyonu bağımsız olarak yordadığı bulunmuştur (Luminet, 1994). Ayrıca, daha yüksek ebeveyn aşırı korumasının daha yüksek fiziksel şikayetlerle anlamlı derecede ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Fisher ve Chalder, 2003).

Reddedici ebeveyn tutumu uyum güçlükleri ve psikopatoloji ile de açıkça ilişkili bulunmuştur ve en çok güvensizlik ve sıkıntıya bağlı somatik şikayetlerle yakından ilişkilidir. Özellikle reddedilme, şüphecilik yan sıra, öncelikle nörolojik somatik şikayetlerde (örneğin, baş ağrısı ve öznel hafıza ve dikkat zorlukları) kendini gösteren artan sıkıntı, moral bozukluğu ve kaygı ile ilişkilidir. Aşırı koruyucu

ebeveyn tutumu da artan somatik ve nörolojik şikayetlerle ilişkili bulunmuştur (Baker ve Hoerger, 2012).

1.2. Kaygı/Anksiyete

Bu bölümde kaygının tanımı, klinik görünümü, epidemiyolojisi, nedenleri ve durumluk-sürekli kaygı anlayışı anlatılmaktadır.

1.2.1. Kaygının Tanımı

Kaygının ne olduğu, nedenleri ve türlerine ilişkin birçok farklı teorik açıklamalar bulunmaktadır. Kaygı; bireyin yaklaşmakta olan tehlikeyi, felaketi veya talihsizliği öngördüğü, endişe ve somatik gerginlik belirtileriyle karakterize edilen bir duygudur. Vücut sıklıkla algılanan tehdide karşı harekete geçer: Kaslar gerilir, nefes alma hızlanır ve kalp daha hızlı atar. Her ne kadar iki terim sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa da kaygı hem kavramsal hem de fizyolojik olarak korkudan ayrılabilir. Kaygı, genel olarak yaygın bir tehdide odaklanan geleceğe yönelik, uzun etkili bir tepki olarak kabul edilirken, korku, açıkça tanımlanabilir ve spesifik bir tehdide karşı uygun, şimdiki zamana yönelik ve kısa ömürlü bir tepkidir (APA, 2018). Türkçe’de kaygıyla aynı anlamda kullanılan anksiyete kelimesinin kökeni ise Latince “anxius” ve “anxietas” kelimelerinden gelmektedir (Oxford Learner’s Dictionaries, t.y.). Kaygı strese karşı normal bir tepki olabilir. Örneğin iş yerinde zor bir sorunla karşılaştığınızda, bir sınava girmeden önce veya önemli bir karar vermeden önce kendinizi kaygılı hissedebilirsiniz. Başa çıkmanıza yardımcı olabilir. Kaygı size enerji artışı sağlayabilir veya odaklanmanıza yardımcı olabilir. Ancak kaygı/anksiyete bozukluğu olan kişiler için kaygı geçici değildir ve bunaltıcı olabilir (National Library of Medicine, t.y.).

Blanchard ve diğerleri (2011) kaygının tanımını yaparken korkuyla olan farkının göz önünde bulundurulması gerektiğini söyler. Korku, normalde açıkça tehdit edici uyarılara maruz kalındığında ortaya çıkan bir dizi davranışla ilişkili motivasyondur. Kaygı, potansiyel, sinyalli veya belirsiz tehditler karşısında ortaya çıkan davranışlarla ilişkili motivasyondur. Hem kaygı hem de korku sıklıkla ilişkili

oldukları davranışların yoğunluğu veya kalıcılığıyla ölçülür ve ayrıca bu tehditlerle ilişkili uyaranlara karşı koşullanma yetenekleriyle de değerlendirilebilir. Bu tanımlamalar, korku ve kaygının birbiriyle örtüşebileceğini veya örtüşebileceğini açıkça ortaya koymaktadır; tıpkı onları ortaya çıkaran uyaranların, belirli bir tehdidin bu süreklilik boyunca çeşitli noktalarda ortaya çıkabileceği şekilde, açıklığın ve tehdidin yakınlığının aşırı uçlarını temsil etmesi gibi (Blanchard vd., 2011).

1.2.2. Kaygının Klinik Görünümü

Anksiyete bozuklukları, depresyondan sonra en yaygın ikinci ruh sağlığı bozukluğu grubudur (WHO, 2018). DSM-5'te stresli bir yaşam olayına yanıt olarak aşırı korku deneyimi, gelecekteki tehditle ilişkili yoğun kaygı ve bazı davranış bozuklukları gibi ortak özellikleri paylaşan toplam on bir farklı anksiyete bozukluğu vardır (APA, 2013). Anksiyete bozuklukları, bir birey için korku, endişe veya kaçınma yaratan durumun türüne göre ayırt edilebilir. Örneğin, sosyal anksiyete bozukluğu sosyal etkileşimleri içeren durumlarda gözlemlenebilirken, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ebeveynler veya diğer bakıcılar gibi bağlanma figürlerinden olası bir ayrılık söz konusu olduğunda ortaya çıkabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ise ciddi bir sağlık sorunu teşhisi konulması gibi büyük olaylardan işe geç kalma gibi küçük yaşam olaylarına kadar hayatın her alanında gözlemlenebilen daha geniş bir bozukluk olarak değerlendirilebilir (Henning vd., 2007).

DSM-5'e (APA, 2013) göre YAB, kontrol edilmesi zor olan, günlük aktivitelere müdahale eden, en az 6 ay boyunca devam eden ve sosyal, mesleki veya kişisel işlevsellik alanlarında klinik olarak önemli sıkıntı veya bozulmaya neden olan aşırı endişe ve patolojik kaygı ile karakterizedir. YAB'nin fiziksel belirtileri şu semptomlardan üç veya daha fazlasını içerebilir: huzursuzluk veya gerginlik hissi, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü veya zihin bulanıklığı, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku bozukluğu (APA, 2013).

1.2.3. Kaygının epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları, algılanan tehditlere karşı genelleştirilmiş veya duruma özgü yanıtlarla ilişkili biyopsikososyal durumlardır (Quek vd., 2019). Kaygının yaygınlığı tarihsel olarak önemli düzeyde araştırmacıların ilgisini çekmiştir (Johns vd., 2022; Racine vd., 2021; Quek vd., 2019;). Anksiyete bozuklukları en sık görülen ruhsal bozukluklar arasındadır. Genellikle yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkarlar ve diğer ruhsal bozukluklarla birlikte belirgin bir kronik gelişim ve güçlü bir işlevsel etki gösterirler. Küresel kaygı prevalansındaki artış, toplumun refahı ve yaşam kalitesi için önemli bir tehdit oluşturmaktadır (Racine vd., 2021). Anksiyete bozukluklarının farklı klinik belirtileri vardır. Bazı bireylerde fobilere yol açan belirli çevresel uyaranlarla ilişkilidir (Johns vd., 2022).

Anksiyete bozukluklarının kadınlarda erkeklere göre iki kat görüldüğü tutarlı bir sonuçtur. (Blanchard vd., 2011). Parmasari ve diğerlerinin 2022’de yaptığı bir araştırma erkeklerin %12,5’inin, kadınların ise %31,8’inin ağır ve çok ağır kaygı grubunda yer aldığını göstererek, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek kaygı düzeyine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Baxter ve diğerlerinin 22 ülkede yaptığı araştırmaya göre anksiyete düzeyi kadın erkek oranı 2:1’dir (2013).

15 ülkeyi ve 34 493 katılımcıyı kapsayan kapsamlı bir çalışma, hiç evlenmemiş olmanın ve daha önce bir evlilik yaşamış olmanın anksiyete ile ilgili semptomlar geliştirmek için bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir (Scott vd., 2010). Bu sonuç Helbig ve diğerleri (2006) tarafından da desteklenmektedir. Onlar bireylerin tek ebeveyn olmaları ve iki ya da daha fazla çocuk sahibi olmaları durumunda daha yüksek kaygı düzeyi gösterebilmektedir (Helbig vd., 2006).

Aile yaşamıyla ilgili olarak, evli olmak veya daha önce evlenmiş olmak ve çocuk sahibi olmak veya olmamak anksiyete için etkili bir sosyo-demografik özellik olarak düşünülebilir. 15 ülkeyi ve 34493 katılımcıyı kapsayan kapsamlı bir çalışma, hiç evlenmemiş olmanın ve daha önce bir evlilik yaşamış olmanın anksiyete ile ilgili semptomlar geliştirmek için bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir (Scott vd., 2010). Bu sonuç Helbig, Lampert (2006) tarafından da desteklenmektedir. Onlar bireylerin tek ebeveyn olmaları ve iki ya da daha fazla çocuğa sahip olmaları durumunda daha yüksek düzeyde kaygı gösterebilmektedir (Helbig vd., 2006).

Osborne ve diğerkleri tarafından yürütölen ve medeni durumun kaygı düzeyleri üzerinde bir etkisi olmayabileceği sonucuna varılan araştırmada ebeveyn olmak ve kaygı düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır (2003). Ayrıca, bireylerin eğitim düzeyi gibi kaygıyı etkileyen başka faktörlerin de olabileceği belirtilmektedir (Osborne vd., 2003).

1.2.4. Kaygının Nedenleri

Bu bölümde kaygının farklı kuramlara göre nedenleri açıklanmıştır.

1.2.4.1. Psikanalitik Kuram

Psikoanalitik kurama göre anksiyetenin iki tanımını vardır:

1. Anksiyete bir cevap sinyali olarak ortaya çıkar, amacı kişiyi tehlikeli bir duruma hazırlamaktır.
2. Ego anksiyetenin merkezidir ve bazen de sebebi olabilir (Gregurek ve Gregurek, 2016).

Freud (1911, s. 218-226), kaygının insan psikolojisinin merkezi bir yönü olduğuna inanmış ve onu bir tür karşılaştığımız en büyük yük olarak tanımlamıştır. Kaygının yaşam ve ölüm dürtüleri arasındaki çatışma nedeniyle ortaya çıktığına ve kişisel büyüme ve gelişme için belirli bir miktar kaygının gerekli olduğuna inanmıştır. Freud, zihnin çeşitli mekanizmalar aracılığıyla ezici kaygıya karşı kendini savunduğunu, ancak kontrolsüz bırakıldığında kaygının derin bir rahatsızlığa yol açtığını teorize etmiştir. Freud, anksiyetenin içsel gerilim ve içgüdüsel dürtülerin birikmesinden kaynaklandığına ve bunların genellikle cinsel nitelikte olduğuna ve psikosomatik rahatsızlıklar olarak ortaya çıkabileceğine inanıyordu.

Freud, insan sinir sisteminin acıya karşı doğuştan gelen bir tiksinti duyduğunu ve acı veren her şeyden kaçmaya çalıştığını ileri sürmüştür. Psikoterapi, hastaların düşünce ve duygularını ifade edebilecekleri terapötik bir alan sunarak, ezici duygusal durumları tolere etmelerini ve bunlara katlanmalarını sağlar. Bu, kendine zarar verici

davranışlar yoluyla bu duygulardan kaçmaya veya rol yapmaya bir alternatif sağlar (1911, s. 218-226).

1926'da Freud (s. 77-175), anksiyetenin egoya bir uyarı işareti olarak hizmet ettiği ve onu travmatik veya tehlikeli bir durumda yaklaşan tehlikeye karşı uyardığı teorisini öne sürmüştür. Bu fikir, Melanie Klein'ın bebeklerdeki ilkel kaygı durumları üzerine yaptığı çalışmayı etkilemiş ve kaygının dış ve iç kaynakları arasındaki bağlantıyı vurgulamıştır. Freud ayrıca, bebeklerin ezici korku ve endişelerini yönetmek için tipik olarak bir anne veya anne figüründen gelen dış yardıma güvendiklerini de kabul etmiştir. Anne-bebek ilişkisinin temel olduğuna, annenin bebeğin içsel kaygı durumlarıyla başa çıkmasına yardımcı olmak için müdahale ve destek sağladığına inanmıştır.

Freud'un (1911, s. 218-226) anksiyetenin kişisel gelişimdeki rolü ve zihnin buna karşı savunması ile ilgili ilk kavramı, Freud sonrası düşünürler, özellikle de anksiyeteyi hem büyüme hem de akıl hastalıklarındaki patoloji ile ilişkisini araştıran Melanie Klein tarafından genişletilmiştir.

Freud'un bilinçdışı zihin teorisi, davranışlarımızın ve duygularımızın çoğunun bilinçli zihnimizden ziyade dinamik, bilinçdışı bir alandan kaynaklandığını öne sürer. Bu bilinçdışı alanın kanıtı olarak rüyaları, dil sürçmelerini, aktarımı ve yansıtıcı mekanizmaları kullanmıştır. Melanie Klein bu fikirleri daha da geliştirerek anksiyetenin bilinçdışındaki yok olma ve parçalanma korkusundan kaynaklandığı sonucuna varmıştır. Klein, çocuklarda kaygıyı yorumlamaya ve anlamaya odaklanmış, bu kaygıları ele almanın onları hafifletebileceğini ve sağlıklı gelişimi teşvik edebileceğini bulmuştur. Bir çocuğun oyununda sembol oluşturma ve kişileştirme, kaygıyı azaltan yaratıcı zihinsel süreçler olarak gözlemlenmiştir. Klein'ın anne memesi gibi erken dönem nesne ilişkilerinden kaynaklanan iki tür anksiyete (perseküsyon ve depresif) formülasyonu tartışılmıştır. Klein, bireyin tüm zihinsel yaşamının bilinçdışından kaynaklandığını, dünyayı nasıl algıladıklarını ve dünyayla nasıl ilişki kurduklarını şekillendirdiğini düşünmüştür (Klein, 1975, s. 29).

Klein, bebeklerin anneleriyle ilkel bir ilişki içinde olduklarını ve memeyi kendi mülkleri olarak gördüklerini öne sürmüştür. Meme ya onları tatmin ettiğinde iyi ya da yokluğunda kötüdür. Klein, endişeli küçük çocuklarla yaptığı çalışmalara

dayanarak yansıtımlı özdeşim kavramını geliştirmiştir. Bu kavram, istenmeyen deneyimlerin bir nesneye yansıtılmasını ve nesnenin de yansıtılan şeyden etkilenmesini içerir. Meme mevcut olduğunda güvenli ve tatmin edicidir, ancak olmadığında, onu aç bırakmak isteyen korkunç bir nesne haline gelir. Bu durum, güçlü bir paranoid tat ve gerçekliğin inkârı ile karakterize edilen perseküsyon anksiyetesine yol açar. Perseküsyon kaygısı arkaiktir ve bütünleşmemiş bir iç durumdan kaynaklanmaktadır. Bu aşamadaki anksiyete, kişinin odağını dış dünyadaki nesnelere genişleten meraka yol açabilir. Ancak kaygı çok büyükse, bir nesnenin sembolik olarak başka bir nesne ile değiştirilmesi söz konusu değildir. 4 yaşındaki çocuğun şiddetli kaygılarıyla tek başına başa çıkması beklenemez. Çocuk, paranoid-şizoid pozisyonda sıkışıp kalmıştır ve daha olgun depresif pozisyona geçmek için mücadele etmektedir (Klein, 1975, s. 1-25).

Halton (1994, s. 11-18), Klein'ın depresif pozisyon kavramını ve daha önceki paranoid-şizoid pozisyonun saldırgan dürtülerinin anne figürüne onarılamaz bir zarar verdiği korkusundan kaynaklanan kaygıyı tanımlamaktadır. Bu durum suçluluk ve pişmanlık duygularına ve bireyi fantezilerindeki hasarı onarmaya motive eden depresif bir kaygı biçimine yol açar. Depresif pozisyon, farklı deneyimleri bütünleştirmeyi ve kendini idealize etmekten vazgeçmeyi içerir. Annenin hem destekleme hem de hayal kırıklığına uğratma yeteneği gibi iç ve dış gerçekliğin karmaşıklıklarını tanımayı içerir. Klein, psikolojik esenlik ve onarım sürecinde yaratıcılığın uyarılması için bu gelişimsel aşamaya ulaşmanın önemini vurgulamaktadır. Kaygıyı tolere etme ve depresif kaygıya geçme becerisi, psikolojik gelişim ve sembolik ve yaratıcı düşünme kapasitesi için çok önemlidir.

Bion'un çalışmaları, ilk olarak Freud tarafından önerilen kaygı yönetiminin önemini vurgulamıştır (1962, s. 41). Mawson (2019, s. 3-16), annenin müdahalesinin, bebeklerin kendi içlerindeki kaygı ve yıkıcı güçlerle başa çıkmalarına yardımcı olmada çok önemli olduğunu açıklamaktadır. Bion, annenin rolünün temel ihtiyaçların ötesine geçtiğine ve bebeğin kaygısı için bir kap sağlamayı da içerdiğine, bunun da düşünce ve öğrenmenin gelişimine katkıda bulunduğuna inanmıştır. Bion'un psikotik hastalarla yaptığı çalışmalar, duygusal dengeyi korumanın bir yolu olarak yansıtımlı özdeşleşmeyi daha fazla keşfetmesine yol açmıştır. Bu süreç, gerilimi azaltmak ve içgörü kazanmak için kabul edilemez duyguların psikoterapist

gibi harici bir nesneye yansıtılmasını içerir. Bion, annenin bebeğin yansıtmasını nasıl kabul ettiğini ve tuttuğunu, bebeğin anlaşıldığını hissetmesine ve sonunda kendi yansıtma kapasitesini geliştirmesine izin verdiğini açıklar. Annenin bebeğin projeksiyonlarını tolere etme ve kontrol altına alma becerisi duygusal, bilişsel ve psikososyal gelişim için çok önemlidir. Bion ayrıca, ebeveynin bebeğin yansıtmasını kabul etmekte isteksiz veya müsait olmaması durumunda ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlar konusunda da uyarıda bulunur. Bu gibi durumlarda davranış, acıyla birlikte kalmak ve onu değiştirmek yerine onu dışarı atma ya da ondan kaçınma ihtiyacıyla motive olacaktır. Bion (1962, s. 41), bu içirme işlevini Keats'in "negatif kapasite" kavramıyla karşılaştırır; bu kavram, belirsizliği ve şüpheyi anında çözüm aramadan kucaklama yeteneğine işaret eder (1958). Terapötik süreç, annenin dayanılmaz kaygıları kontrol altına alma ve sembol oluşumunu, yaratıcılığı ve düşünmeyi sağlama rolünü yansıtmaktadır. Buna ek olarak, Yerkes ve Dodson (1908) yasasından yola çıkarak, optimal performansın hem fizyolojik hem de zihinsel olarak uygun bir uyarılma düzeyi gerektirdiği öne sürülmektedir. Terapötik müdahalelerin kalitesi, uyarılma seviyelerinin hastanın gelişimi ve odaklanması üzerindeki etkisini dikkate almalıdır. Bazen terapistin hastanın deneyimini anlamlandırmaya çalışmadan dinlemesi ve anlaması gerekir, bu da uyarılma seviyelerini düşürebilir ve performansı artırabilir. Diğer zamanlarda, terapistin hastanın iç ve dış deneyimlerini anlamasına yardımcı olma desteği, artan uyarılma seviyelerinden fayda sağlayabilir.

1.2.4.2. Davranışsal Kuram

Davranışçılar genellikle kaygının öğrenilmiş bir davranış olduğuna ve psikanalitik görüşün iddia ettiği gibi bilinçli ya da bilinçdışı zihnin bir çatışması olmadığına inanırlar (Rachman, 2004). Farklı bir şekilde ifade etmek gerekirse, davranışçılar kaygıyı gelişimsel meselelerin aksine toplumsal değer ve kalıplara dayanan bir kavram olarak görmektedir. Bu görüş temel olarak insanların sosyal doğası üzerinde durur. Bazı insanların sosyal onay arayışı ya da sevildiğini hissetme ihtiyacı içinde kaygı ve çatışma geliştirebileceğini varsayar. Sosyal fobi, birçok insanın bu görüşle ilişkilendirdiği yaygın bir anksiyetedir çünkü mağdurlar bunu

sosyal ortamlarda utanç duyma korkusuyla geliştirirler (Rachman, 2004). Önyargı da davranışsal analogilerden kaynaklanan bir başka kaygı türüdür.

Çalışmalar, birçok insanın rahatsız edici uyaranlar nedeniyle kaygı geliştirdiğini göstermektedir (Rachman, 2004). Örneğin, bazı insanların haberlerde üzücü görüntüler görerek kaygı geliştirebilmesi gibi (TMD, 2014). Bazı davranış bilimciler de aynı kavramı, çalışanların çevresel ve mesleki ortamları nedeniyle nasıl kaygı geliştirdiklerini açıklayarak ortaya koymaktadır. Bu gözlemle ilgili olarak Rachman'a göre (2014) kaçınamayacakları veya kontrol edemeyecekleri ani veya yüksek sesler, parlak veya yanıp sönen ışıklar, kimyasal buharlar veya benzer rahatsızlıklar etrafında yaşamak veya çalışmak zorunda olan kişilerde yüksek kaygı seviyeleri gelişebilir.

Yukarıdaki analogiye dayanarak, davranışçılar genellikle kaygıyı yönetmenin en iyi yolunun rahatsız edici uyaranlara maruz kalmayı azaltmak olduğunu söylerler (Rachman, 2004). Benzer şekilde, bu görüş bazı insanların "nesilsel koşullanma" yoluyla anksiyete geliştirdiğini açıklamaktadır. Örneğin Rachman (2014), bazı ailelerde anksiyete bozuklukları sıklıkla görüldüğünden, çocukların bu tür bozuklukları çevrelerinden edinerek geliştirebileceğini söylemektedir. Benzer bir ideoloji, bazı insanların anksiyete bozukluklarını biyolojik olarak edinebileceğini öne sürmektedir. Örneğin, kanıtlar anksiyete bozukluklarının aynı gen havuzunu paylaşmayan insanların aksine tek yumurta ikizleri arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir (Rachman, 2004). Genel olarak, davranışsal görüş anksiyeteyi sosyal ve çevresel etkilerle açıklar.

1.2.4.3. Bilişsel Kuram

Psikolojideki düşünce okulları arasında bilişsel psikoloji nispeten yenidir ve dikkat, hafıza, tutumlar vb. gibi çok çeşitli zihinsel süreçleri ve bunların davranışlarımızı nasıl yönlendirdiğini araştırır. Bilişsel psikoloji aynı zamanda anksiyetenin nedenini de teorileştirmiştir. Bu teoriye göre, bir kişinin içinde ya da çevresinde meydana gelen uyaranlara ilişkin bilgilerin yanlış bir şekilde (örneğin tehdit edici) depolanması kaygı yaratır (Beck 2005). Bilginin bu yanlış işlenmesi, kişinin düşünce kalıplarını ve deneyimlerinin inşasını bozar ve bu da bilişsel

hatalar/çarpıtmalar olarak bilinen şeyle sonuçlanır (Yurica ve DiTomasso, 2005). Bilişsel şemalardaki işlevsiz inançlar ve içerik, bilişsel hataların temel bileşenleridir. Örneğin, tehlike odaklı inançlar bilişsel şemalarda depolanır ve kişiyi tehditlerle karşılaştığında dikkatini daraltmaya yatkın hale getirir. Tehlike odaklı bir inanç işlevsiz bir inançtır. Bu nedenle, bir tehditle karşılaşıldığında, kişi işlevsiz güvenlik davranışlarında bulunmaya ve belirsiz uyarınları felaket olarak yorumlamaya başlar ve bu da dikkatini daraltmasına neden olur (Beck, 2005). Temel olarak, bilişsel modele göre anksiyetenin nedeni, tüm anksiyete bozukluklarında ve tüm bilgi işleme modellerinde mevcut olan bilginin tehdit edici olarak önyargılı bir şekilde işlenmesinden kaynaklanmaktadır (Beck, 2005).

Anksiyetenin bilişsel modeli, anksiyeteyi tetikleme potansiyeline sahip dört olası faktör bulmuştur (Beck vd., 1985). İlk olarak, fiziksel bir hastalık anksiyeteyi tetikleyebilir. Belirli bir fiziksel hastalığı olan bir kişi, sıradan bedensel tepkileri tehdit edici bir şekilde yorumlayabilir ve bu da solunum güçlüklerine ve anksiyete türü semptomlara neden olma potansiyeline sahiptir. İkinci olarak, sevilen birinin kaybı gibi ciddi dış stres faktörleri anksiyeteyi tetikleyebilir (Beck 2005). Üçüncü olarak, uzun vadeli stres faktörleri anksiyeteyi tetikleyebilir. Bireyin başa çıkma sistemleri, bireyden aşırı taleplerde bulunabilecek stresörlerin uzun süreli birikimi nedeniyle tükenebilir (Stein vd., 2009). Bu aşırı talepler anksiyeteyi tetikleyebilir. Dördüncü olarak, belirli bir duygusal kırılganlığı etkileyen stresörler, başa çıkma mekanizmalarındaki eksiklikler nedeniyle anksiyeteyi tetikleyebilir. Başa çıkma mekanizmalarında eksiklikler olduğunda birey yaşam stresörleriyle etkili bir şekilde başa çıkamaz (Stein vd., 2009). Bu durum, olası düşünceleri, duyguları vb. analiz etme becerisini sekteye uğratacak ve kişiyi tehdit altında bırakacaktır. Bu durum genellikle bireyin başa çıkma eşiği aşıldığında ortaya çıkar. Bir kez aşıldığında, daha önce başa çıkılan koşullar ezici görünecektir (Stein vd., 2009). Yukarıda bahsedilen dört faktör, bilişsel psikolojiye göre bir kişide anksiyeteyi tetikleme potansiyeline sahiptir.

1.2.4.4. Biyolojik Kuram

Anksiyeteye biyolojik açıdan baktığımızda iki önemli nörotransmitter vardır: GABA ve serotonin.

Gamma hidroksibutik asit ya da kısa adıyla GABA denilen nörotransmitterin beyindeki dengesi bozulduğunda kişide anksiyete sorunları ortaya çıkar. Akut anksiyeteden muzdarip olan kişilere GABA reseptörlerine göre çalışan benzodiazepin olarak adlandırılan ilaçlar reçete edilir (Zwanzger ve Rupprecht, 2005).

Serotonin anksiyetede çok önemlidir. Sinir sistemini etkileyerek çok çeşitli davranışları kontrol etmede rol oynayan bir monoamin nörotransmitterdir. Bu davranışlar, korku ve endişe ile bağlantılı duyguları içerir. Tüm serotonin nöronları rafe çekirdeklerinden çıkar. Rafe çekirdekleri, korteks kadar septo hipokampal sistemle bağlantı görevi gören medyan rafe adı verilen bir kısma sahiptir. Bu bağlantılardan dolayı duygusal bilişte önemli bir role sahiptir (McKittrick vd., 2000).

1.2.5. Durumluk-Sürekli kaygı anlayışı

Kaygının nedenleri ve türlerine ilişkin farklı kuramsal açıklamalar bulunmaktadır. Mevcut araştırmanın ilgi alanı olarak bunlardan biri Durumluk-Sürekli kaygı anlayışıdır. İkili yapıya sahip bu anlayış temelde kaygının birbiriyle ilişkili ancak farklı iki türde görüldüğünü öne sürer: geçici durumluk ve sabit sürekli kaygı. Durumluk kaygı, anlık bir uyaran tarafından tetiklenen sinir sisteminin uyarılmasıyla ortaya çıkan geçici ve bilinçli olarak algılanan gerilim ve endişe duygularını ifade eder (Spielberger, 1972). Sürekli kaygı ise, bireyin nesnel olarak tehlikeli olmayan durumları tehdit edici olarak algılamaya ve bu durumlara yüksek kaygı haliyle tepki vermeye yatkınlığını ifade eder (Spielberger, 1972).

Spielberger (1972) durumluk ve sürekli kaygı arasındaki farkı açıklamak için bu kavramları iki farklı enerji türüne benzetir. Durumluk kaygı, kinetik enerji gibi, "şimdi" ve belirli bir yoğunluk seviyesinde gerçekleşirken, sürekli kaygı, potansiyel enerji gibi, uygun- başka bir deyişle yeterince stresli- bir uyaran tarafından harekete geçirilebilecek gizli bir eğilimi ifade eder.

1.2.5.1. Sürekli Kaygı

Sürekli kaygı ilk olarak Freud tarafından tanımlanmıştır. Freud, "nevrotik anksiyete" terimini kullanarak sürekli anksiyete fikrini ilk tanımlayan kişi olmuştur. İki tür kaygı arasında ayırım yapmıştır: nevrotik kaygı ve nesnel kaygı. Nesnel kaygı, fiziksel saldırılar gibi gerçek tehditlerden kaynaklanır, ancak nevrotik kaygı, bilince girmeye çalışıyor gibi görünen bilinçdışı içeriklerden kaynaklanan kalıcı kaygı ile karakterize edilir (Reiss, 1997). Yine de bu iki tür birbirinden tamamen bağımsız değildir. Potansiyel olarak tehlikeli durumlarla karşı karşıya kaldıklarında, yüksek düzeyde sürekli kaygı sergileyen kişiler aynı zamanda daha yüksek düzeyde durumluk kaygı da sergilerler (Spielberger, 1972).

Sürekli kaygıyı kaygı duyarlılığından ayırmak, kaygıyı kapsamlı bir şekilde anlamak için çok önemli bir adımdır. Literatürde eşanlamlı olarak kullanılmalarına rağmen, bu iki kavram arasında küçük bir fark vardır. McNally'ye (1989) göre, kaygı duyarlılığı endişe hissine korkuyla karşılık verme eğilimi iken, sürekli kaygı çeşitli stresleri zararlı olarak görme eğilimidir. Anksiyete duyarlılığı, özünde, anksiyete yaşamaktan korkmaktır (Reiss, 1997).

Sürekli kaygının anlaşılmasında çevre ve kalıtım arasındaki çatışmanın dikkate alınması bir diğer önemli adımdır. Sürekli kaygının bir eğilim olduğu düşünüldüğünde, çevresel faktörlerden ziyade genetik neden olabilir. Ancak bilimsel veriler bunun tam tersinin doğru olduğunu göstermiştir. Özellikle ikiz çalışmaları, sürekli kaygının gelişiminin hem kalıtsal hem de çevresel faktörlerden etkilendiğini göstermiştir. Örneğin, Silove ve diğerleri (1995) sürekli kaygıdaki varyansın %70'inin aile ve sosyal çevre gibi çevresel faktörler tarafından açıklandığını bulmuştur. Bu çalışma ikizleri kapsamaktadır. Erken ve geç ergenlik dönemindeki ikizleri kapsayan 1999 tarihli bir çalışmada, Legrand ve diğerleri (1999) genetiğin sürekli kaygı üzerinde küçük bir etkisi olduğunu bulmuştur. İkiz araştırmasının çoğu aile ortamında gerçekleşmiş olmasına rağmen, bulgular, kalıtım tek başına ele alındığında bağlamsal faktörlerin sürekli kaygıyı tek başına yeterince açıklayamadığını göstermektedir. Çocuklar başkalarıyla ilişki kurmayı ilk kez aile içinde öğrenmektedir. Sonuç olarak, aile ortamı sürekli kaygı araştırmalarında bir araştırma konusudur.

1.2.5.2. Durumluk Kaygı

Durumluk kaygı normal bir insan deneyimidir. Bireyin potansiyel tehditleri tanımlamasına (bilişsel tepki), potansiyel tehdide hazırlanmasına (motivasyonel tepki) ve potansiyel tehditle başa çıkmasına (fizyolojik tepki) yardımcı olur. Durumluk kaygı, bir tehditle veya stresli, korkutucu bir durumla karşılaştığınızda ortaya çıkar. Çeşitli tetikleyicilere karşı normal bir tepkidir ve durumluk anksiyete yaşayan birçok kişide altta yatan bir anksiyete bozukluğu yoktur. (Spielberger 1972).

Durumluk kaygı, endişe, gerginlik ve hızlı kalp atışı, konsantrasyon güçlüğü ve yoğun endişe duyguları gibi fizyolojik belirtilerle karakterize geçici bir duygusal durumdur. Çeşitli tetikleyicilere karşı normal bir tepkidir ve bir tehditle veya stresli, korkutucu bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkabilir. Durumluk kaygı, önemli bir sınava girdikten sonra olduğu gibi tehdit veya stresli durum ortadan kalktığında geçer. Durumluk kaygı geçicidir ve tehdit edici durum geçtikten sonra geçer (Spielberger 1972).

1.3. Algılanan Ebeveyn Tutumu

Parsons ve Bales'e (1955) göre "kişiliğin oluştuğu fabrika" ailedir. Darling ve Steinberg (1993) ebeveyn tutumunu, ebeveynlerin çocuk yetiştirmeye ilgili tutum, inanç, beklenti ve davranışlarının toplamı olarak tanımlamıştır. Krohne'ye (1988) göre ebeveyn tutumları, ebeveynlerin belirli durumlarda çocuklarıyla etkileşime girerken sergiledikleri bir dizi davranıştır. Ebeveynlerin belirli bir ortamda tek tip davranışlar sergileyebileceğini vurgulamıştır. Ebeveynlik tutumları, bir ebeveynin belirli bireylere, ögelere veya durumlara, özellikle psikolojik ve sosyal alanlarda çocuklarının gelişimini etkileyecek şekilde olumlu veya olumsuz tepki verme eğilimidir (Yavuzer, 1998).

Ebeveyn davranışı, bir çocuğun psikososyal gelişiminin en önemli yönlerinden biridir. Bu nedenle, ebeveynlerin uyumsuz davranışları çocuklarda psikopatolojiye yol açabilir (Perris vd., 1994). Rohner'e (1980) göre, yetişkin bireylerin kişilikleri çocukken ebeveynleri tarafından reddedilmekten olumsuz etkilenmektedir. Ebeveynleri tarafından reddedildiğini hisseden bireylerin davranış sorunları, depresif belirtiler ve madde kullanımı yaşama olasılığı daha yüksektir

(Rohner vd., 2005). Ayrıca, çocukluk döneminde ebeveynleri tarafından reddedilmeye ve aşırı kontrole maruz kalan bireylerin yetişkinlik döneminde kaygı sorunları yaşama olasılığı diğerlerine göre daha yüksektir (Hudson ve Rapee, 2005; Lieb vd., 2000; Parvez ve Irshad, 2013; Rork ve Morris, 2009; Spokas ve Heimberg, 2009). Geçmişten günümüze ebeveyn tutumlarını ele alan çeşitli kuramlar ve kuramcılar olmuştur. Bowlby'nin Bağlanma Kuramı'na göre, kişinin erken dönemde bakım veren ile kurduğu ilişki, yaşamının ilerleyen dönemlerinde kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında belirleyici ve önemli bir rol oynamaktadır (Bowlby, 1969). Baumrind (1966) tarafından geliştirilen modele göre ebeveyn tutumları otoriter ebeveynlik, izin verici ebeveynlik ve demokratik ebeveynlik olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Young ve diğerleri (2003) tarafından önerilen Ebeveyn Tutumları Şema Modeli ışığında, çocuklukta sağlıklı gelişim için karşılanması gereken beş temel ve evrensel olarak tanınan duygusal ihtiyaç vardır: güvenli bağlanma (güven, istikrar, bakım ve kabul), otonomi ve kimlik, duygusal ifade ve özgürlük, spontanlık ve oyun, gerçekçi sınırlar ve özdenetim. Rohner'in Ebeveyn Kabul-Red Teorisi, çocukların ebeveynlerinin tutum ve davranışlarını kabul, ret ve ilgili alt boyutlar açısından nasıl algıladıklarına odaklanmaktadır. (Rohner ve Rohner, 1980). Duygusal sıcaklık, aşırı koruma ve reddetme bu kuramın temel alt boyutlarıdır. Rohner'in teorisi, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesinin ve çocuğun ebeveynleri tarafından kabul veya reddedilme algısının, çocuğun psikolojik ve duygusal gelişimi üzerinde derin ve kalıcı etkileri olabileceğini öne sürmektedir (1980). Algılanan ebeveyn tutumlarının boyutları aşağıda daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

1.3.1. Duygusal Sıcaklık

Ebeveyn sıcaklığının çocuğun psikolojik gelişimindeki önemi kabul edilmiştir. Rohner ve diğerleri (2005) tarafından belirtildiği gibi, duygusal sıcaklık ebeveyn-çocuk ilişkisindeki sevgi ve yakınlık düzeyinin yanı sıra ebeveynlerin bu duyguları fiziksel ve sözel eylemlerle iletme ve gösterme biçimleriyle de ilgilidir. Muris ve diğerlerine (2000) göre "ebeveyn sıcaklığı", "çocuğun duygu ve davranışlarını kabul etme, duygusal sıcaklık gösterme ve sevgiyi ifade etme ile

ilişkili ebeveyn davranışları" olarak tanımlanmaktadır. Ebeveyn sıcaklığı ve kontrol dengesi ile karakterize edilen otoriter ebeveynlik, yaygın olarak en etkili ebeveynlik tarzı olarak kabul edilmektedir (Baumrind, 1991).

1.3.2. Reddedicilik

Dirik ve diğerlerine (2015) göre reddetme, ebeveynlerin çocuklarına yönelik eleştirel ve yargılayıcı davranış tarzları anlamına gelmektedir. Rapee'nin (1997) ifadesiyle, ebeveyn reddi genellikle anlaşmazlık, eleştiri, haksız suçlama veya cezalandırma gibi eylemleri içerir. Ebeveyn reddi, "çocukların ebeveynlerinden ve diğer bakıcılarından yeterince sıcaklık, sevgi, ilgi, rahatlık ve destek alamamalarının yanı sıra ebeveynleri tarafından maruz bırakıldıkları psikolojik olarak zararlı tutumlardan kaynaklanan eksikliktir." (Rohner vd., 2005). Muris ve diğerleri (2000) ebeveyn reddini çocuklara karşı soğuk, düşmanca, eleştirel, küçümseyici veya yargılayıcı davranışlar olarak tanımlamıştır. (Rohner vd., 2005), ebeveyn reddine maruz kalan kişilerin ebeveynlerine karşı dört ortak davranış biçimi olduğunu keşfetmiştir. "Soğuk, düşmanca ve saldırgan", "kayıtsız ve ihmalkâr" ve "farklılaşmamış reddetme". Bunlardan farklılaşmamış reddedilme, bireylerin herhangi bir ihmal ve saldırgan tutuma maruz kalmasalar bile ebeveynlerinden ilgi ve sevgi görmediklerine inanmalarının bir sonucunu ifade etmektedir.

Çocuklar ebeveynleri tarafından ihmal edildiklerinde kendilerini terk edilmiş ve sevilmemiş hissedebilirler. Sevgi dolu ailelerde büyüyen çocuklar da bu hoş olmayan duyguları yaşayabilir. Doğru olup olmadığına bakılmaksızın, bir çocuğun ebeveyn reddi duygusu, duygularının daha iyi anlaşılması için dikkate alınmalıdır (Rohner vd., 2005). Kağan'ın tanımladığı gibi, "Ebeveyn reddi, ebeveynler tarafından gerçekleştirilen belirli bir davranış dizisi değil, çocuk tarafından inanılan bir fikirdir" (Kağan, 1978). Hoeve ve diğerlerinin (2009) araştırmasına göre, kriminal tutumlar ebeveyn çatışması, reddi ve ihmali ile bağlantılıdır. Bulgulara göre, çocuklarda semptomatolojinin ortaya çıkması ve büyümesinde baba reddinin önemli bir rolü olsa da çocuğun anne reddine ilişkin algısı bu süreçte baba reddinden daha fazla güce sahiptir (Perris vd., 1980; Yahav, 2007).

1.3.3. Aşırı Korumacılık

"Ebeveynin aşırı koruması" terimi, çocukların gelişiminde aşırıya kaçan koruyucu eylemleri ifade eder. Ebeveynlerin çocuklarının güvenliğine yönelik endişeli tutumları bu ebeveynlik tarzıyla bağlantılıdır (Thomasgard vd., 1995). Bir araştırmaya göre, aşırı korumacı ebeveynler çocukları için ciddi şekilde endişelenmekte ve onları bağımsız eylemler sergilemekten alıkoymaktadır. Çocuklar, ebeveynlerinin aşırı korumacılığı nedeniyle kabul görme yoksunluğu duyguları yaşayabilirler (Hullmann vd., 2010).

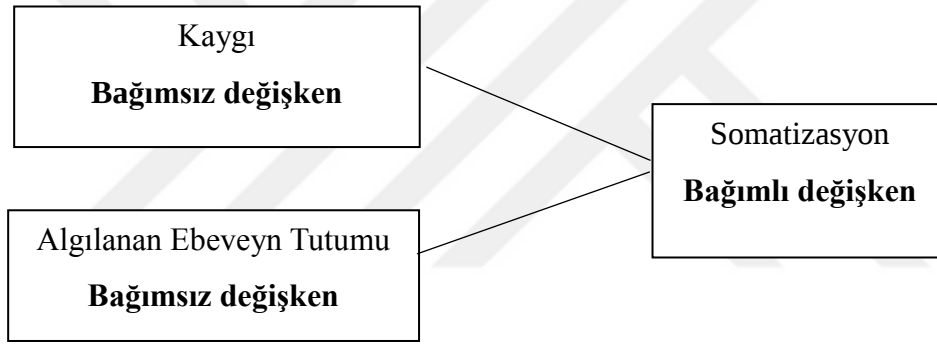
Bir araştırmaya göre, ebeveynlerinin aşırı koruyucu olduğunu düşünen kişiler, ebeveynlerinin davranışları nedeniyle kendilerini olgunlaşmamış ve kişisel hayatları yokmuş gibi hissetmişlerdir (Parker vd., 1979). Ayrıca Holmbeck ve diğerleri (2002), aşırı koruma ile davranışsal özerklik arasında negatif bir korelasyon olduğunu keşfetmiştir. Diğer araştırmaların bulguları da suç eylemleri, kaygı ve depresyonun ebeveyn aşırı korumasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Biggam ve Power, 1998; Burbach vd., 1989; Hudson ve Rapee, 2005).

2. YÖNTEM

Araştırmanın yöntem bölümünde, araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve verilerin analizi için kullanılan istatistik yöntemlerinden bahsedilmektedir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada yetişkinlerde somatizasyonun yordayıcıları olarak kaygı ve algılanan ebeveyn tutumunun incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla araştırmanın modeli nicel araştırma yöntemi olup ilişkisel model kullanılmıştır. Bu model, iki ya da daha fazla değişkenin ilişkisini belirlemeyi amaçlamaktadır (Bal, 2020, s.16). Araştırmanın modeli Şekil 1’de gösterilmektedir.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üzeri yetişkinler olup örnekleme ise çevrimiçi ortamda Google Form aracılığıyla hazırlanan anketin çeşitli sosyal platformlarda (Facebook, Instagram, WhatsApp) paylaşılmasıyla elde edilen 570 katılımcıdan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan katılımcılar tamamen gönüllülük esasına dayanarak katılım sağlamışlardır. Araştırmaya katılan katılımcı grubun demografik bilgileri Tablo 1’de verilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi Formu, kaygı düzeyini belirlemek amacıyla Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, kişinin ebeveynlerini algılama türünü belirlemek amacıyla Algılanan Ebeveyn Tutumu Ölçeği ve somatizasyon düzeyini belirlemek amacıyla Somatizasyon Ölçeği kullanılmıştır. Aynı zamanda katılımcıları bilgilendirmek amacıyla, ankete katılmadan önce araştırma hakkında bilgilerin olduğu Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu verilmiştir.

2.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Sosyo-demografik bilgi formunda katılımcılara yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşanılan yer, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı, bir işte çalışıp çalışmadığı, algılanan gelir düzeyi, kimle yaşadığı, kronik bir hastalığı olup olmadığı, daha önce psikiyatrik/psikolojik bir destek alıp almadığı ve aldıysa tanısının ne olduğu ile ilgili sorular sorulmuştur.

2.3.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, kaygıyı ölçmek için iki formdan oluşan bir öz değerlendirme aracıdır. Bireyler kaygı düzeyleri hakkında kısa sorulara cevap verirler. Durumluk Kaygı Ölçeği ilk soru formu, Sürekli Kaygı Ölçeği ise ikinci soru formudur. Ölçek 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur (Aydın ve Tekneci, 2013). Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında Türkçe'ye çevrilmiştir. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, 4'lü Likert ölçeği üzerinde yirmi sorudan oluşmaktadır. Kaygı düzeyleri sırasıyla yüksek ve düşük puanlarla belirtilmektedir. N. Öner 1977 yılında Türkiye'de ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki ifade kategorisi vardır. Olumlu duygular tersine çevrilmiş ifadelerle ifade edilirken, olumsuz duygular doğrudan kelimelerle ifade edilir. Durumluk Kaygı Envanterinde aşağıdaki tersine çevrilmiş ifadeler bulunmaktadır: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Sürekli Kaygı

Envanterinin 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri tersine çevrilmiş ifadelerdir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu sabit sayı 50, Sürekli Kaygı Envanteri için ise 35'tir. Bireyin kaygı puanı nihai sonuçtur. Duygusal tepkilerdeki ani değişimleri değerlendirmek için çok hassas bir araç Durumluk Kaygı Envanteridir (DKÖ). Değerlendirmenin ikinci bölümü olan 20 maddelik Sürekli Kaygı Ölçeği'nin (SKÖ) amacı, bireyin kaygı eğilimlerinin ne kadar kalıcı olduğunu ölçmektir.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Öner ve Compton'a (1983) göre puanlar 20 (düşük kaygı) ile 80 (şiddetli kaygı) arasında değişmektedir. Güvenilirlik analizlerinin sonuçları Durumluk Kaygı Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0,94 ile 0,96 arasında, Sürekli Kaygı Ölçeği'nin ise 0,83 ile 0,87 arasında değiştiğini göstermiştir. Bacanlı ve diğerlerine (2009) göre, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği için test-tekrar test güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,26 ile 0,68 ve 0,71 ile 0,86 arasında değişmektedir.

2.3.3. Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumu Ölçeği Çocuk Formu (KAET-Ç)

Arrindell ve arkadaşları (1999) tarafından oluşturulan KAET-Ç (EMBU-s) için 23 maddelik bir kısaltma olan KAET-Ç, yetişkinlerin çocukken ebeveynlerinin kendilerine karşı tutumlarını nasıl algıladıklarını değerlendirmektedir. KAET-Ç, 4'lü bir ölçek kullanarak (1 hayır, hiçbir zaman ve 4 evet, çoğu zaman) anne ve babanın ilgili ebeveyn tutumlarını ölçer. Ölçek üç temel boyuttan oluşmaktadır: duygusal

sıcaklık, aşırı koruyucu tutumlar ve reddetme. Dirik ve arkadaşları (2015) bir öğrenci örneklemeyle yaptıkları pilot çalışmada KAET-Ç'nin Türkçe versiyonunun psikometrik niteliklerini incelemişlerdir. İlk sonuçlar Türkçe versiyonun geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Pilot çalışmada annenin duygusal sıkıntısı için Cronbach alfa değerleri 0.65, 0.71 ve 0.68 olarak bulunmuştur. Algılanan baba tutumları için iç tutarlılık değerleri duygusal sıcaklık, aşırı koruyuculuk ve babayı reddetme için sırasıyla 0.73, 0.72 ve 0.50'dir. Hem anne hem de baba tutumları için duygusal sıcaklık boyutunda yedi madde (2, 6, 9, 12, 14, 19 ve 23), aşırı koruyuculuk alt boyutunda dokuz madde (3, 5, 8, 10, 11, 17, 18, 20 ve 22) ve reddedicilik alt boyutunda yedi madde (1, 4, 7, 13, 15, 16 ve 21) bulunmaktadır. Orijinal çalışmada olduğu gibi ters kodlama puanlama yöntemi için ölçekteki sadece 17. madde kullanılmıştır (1=4, 2=3, 3=2, 4=1).

2.3.4. Somatizasyon Ölçeği

Ölçek 2000 yılında Şeyda Dülgerler tarafından somatizasyon düzeyini ölçek amacıyla geliştirilmiştir. “Doğru” ya da “Yanlış” olarak yanıtlanan 33 maddeden oluşmaktadır. 1-4-5-6-7-10-11-19-20-21-22-23-26-27-32-33 numaralı maddelere doğru yanıt verildiğinde 1 puan, yanlış yanıt verildiğinde 0 puan; 2-3-8-9-12-13-14-15-16-17-18-24-25-28-29-30-31 numaralı maddelere yanlış yanıt verildiğinde 1 puan, doğru yanıt verildiğinde 0 puan alınmaktadır. Puanlar toplanarak toplam puan elde edilir. Toplam puan 0-33 arasında değişmektedir. Puanın yüksekliği somatizasyon düzeyinin yüksekliğini işaret eder. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .83'tür (Dülgerler,2000).

2.4. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi SPSS programı ile yapılmıştır. Bu araştırmaya 589 katılımcı katılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce verilerin doğruluğu, kayıp değerlerin olup olmadığı, uç değerler incelenmiştir. Araştırmada uç değerler ile araştırmaya katılım şartlarını sağlamayan (18 yaş altı katılımcılar gibi) katılımcılar çıkarıldıktan sonra verilerin analizi 570 kişi üzerinden yapılmıştır. Ardından verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini ölçmek için çarpıklık ve basıklık değerlerine

bakılmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin beklenen -1,5 ve +1,5 aralığında olduğu görülmüştür (Tabachnick ve Fidell, 2013). Veriler normal dağıldığı için parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Betimsel veri analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık ve Cronbach alfa değerlerine bakılmıştır. Durumluk kaygı ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,5'ten düşük çıktığı için yapılan analizlere bu ölçek dahil edilmemiştir. Somatizasyon, algılanan ebeveyn tutumu ve kaygı değişkenleri arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Ardından sürekli kaygı ile algılanan ebeveyn tutumlarının somatizasyon üzerinde yordayıcı bir etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Demografik değişkenlere göre ölçek puanlarını karşılaştırmak amacıyla iki değişkenden oluşan demografik değişkenler için bağımsız örneklem t-testi ve ikiden fazla değişkenden oluşan demografik değişkenler için ANOVA ve Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. ANOVA analizi sonrasında hangi gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Scheffe ve Tamhane's T2 post hoc testleri kullanılmıştır.

Yaş grubuna ve algılanan gelir düzeyine göre ANOVA testinde varyanslar eşit dağıldığı, gruplar eşit sayıda olmadığı ve her grup 30 kişiden fazla olduğu için Scheffe değerine bakılmıştır. Yaşanılan yer değişkeninde hangi gruplar arasında fark olduğunu görmek için ANOVA uygulanmış, grup varyansları eşit dağılmadığı için Tamhane's T2 değerine bakılmıştır. Kimle yaşadığı değişkeninde gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığını görmek için ANOVA uygulanmış ve grupların hiçbirinde anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyi ve medeni durum değişkenlerinde gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığını anlamak için Kruskal Wallis uygulanmıştır çünkü 30'dan az sayıda grup vardır.

3. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumu Çocuk Formu (KAET-Ç), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ ve SKÖ) ve Somatizasyon Ölçeği (SÖ) kullanılarak toplanan verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgular ve bu bulgular temel alınarak yapılan açıklamalar yer almaktadır.

Tablo 1. Araştırma Grubuna İlişkin Demografik Bilgiler

Sosyodemografik bilgiler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	408	71,6
	Erkek	162	28,4
Yaş	18-25	220	38,6
	26-35	208	36,5
	36-50	104	18,2
	51-60	38	6,7
Medeni durum	Bekar (ilişkisi yok)	188	33,0
	Bekar (ilişkisi var)	162	28,4
	Evli	206	36,1
	Boşanmış	14	2,5
Çocuk durumu	Evet	142	24,9
	Hayır	428	75,1
Eğitim düzeyi	İlköğretim/Lise	90	15,8
	Önlisans/ Lisans	366	64,2
	Lisansüstü/Doktora	114	20,0
Çalışma durumu	Evet	328	57,5
	Hayır	242	42,5
Algılanan gelir düzeyi	Düşük	128	22,5
	Orta	404	70,9
	Yüksek	38	6,6
Kronik hastalık	Var	116	20,4
	Yok	454	79,6
Beraber yaşadığı kişi	Tek	54	9,5
	Aile	470	82,5
	Ev arkadaşı	46	8,0
Psikiyatrik tanı	Evet	186	32,6
	Hayır	384	67,4

Tablo 1’de araştırma grubuna ilişkin demografik bilgiler verilmiştir. Katılımcıların %71,6’sı kadın, %28,4’ü erkektir. Katılımcıların %38,6’sı 18-25 yaş, 36,5’i 26-35 yaş, %18,2’si 36-50 yaş ve %6,7’si 51-60 yaş aralığındadır. Katılımcıların %30’u bekar ve ilişkisi yoktur, %28,4’ü bekar ve ilişkisi vardır,

%36,1'i evli ve %2,5'i boşanmıştır. Katılımcıların %24,9'unun çocuğu vardır, %75,1'unun çocuğu yoktur. Katılımcıların %15,8'i ilköğretim ve lise mezunu, %64,2'si ön lisans ve lisans mezunu, %20'si lisansüstü/doktora mezunudur. Katılımcıların %57,5'i bir işte çalışıyor, %42,5'i bir işte çalışmıyor. Katılımcıların %22,5'i gelir düzeyini düşük, %70,9'u orta, %6,6'sı yüksek olarak algılamaktadır. Katılımcıların %20,4'ünün kronik rahatsızlığı vardır, %79,6'sının kronik rahatsızlığı yoktur. Katılımcıların %14,7'si ilçede, %15,4'ü ilde, %69,9'u büyükşehirde yaşamaktadır. Katılımcıların %9,5'i tek, %82,5'i ailesiyle, %8'i ev arkadaşıyla yaşamaktadır. Katılımcıların %32,6'sı psikiyatrik bir tanı almıştır, %67,4'ü psikiyatrik bir tanı almamıştır.

Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Betimsel İstatistikler

Ölçekler	N	$\bar{x}$	ss	Çarpıklık	Basıklık	α
DKÖ	570	41,86	,516	,408	-,303	,436
SKÖ	570	48,79	,443	,145	-,171	,636
SÖ	570	13,98	,287	,461	-,159	,874
KAET-Ç-R-A	570	13,36	,227	1,02	,573	,846
KAET-Ç-R-B	570	12,71	,233	1,19	,767	,861
KAET-Ç-AK-A	570	24,87	,246	-,141	-,911	,835
KAET-Ç-AK-B	570	23,30	,239	,173	-,757	,820
KAET-Ç-DS-A	570	18,84	,211	-,395	-,675	,849
KAET-Ç-DS-B	570	17,43	,215	-,163	-,714	,840

N: Toplam katılımcı sayısı $\bar{x}$: Ölçek ortalama puanı ss: Standart sapma α : Cronbach alpha değeri

DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, KAET-Ç-AK-A: Algılanan aşırı korumacılık anne, KAET-Ç-B: Algılanan aşırı korumacı baba, KAET-Ç-DS-A: Algılanan duygusal sıcaklık anne, KAET-Ç-DS-B: Algılanan duygusal sıcaklık baba, KAET-Ç-R-A: Algılanan reddedicilik anne, KAET-Ç-R-B: Algılanan reddedicilik baba, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo 2’de araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin ortalama, standart sapma değerleri, normal dağılım için incelenen basıklık ve çarpıklık değerleri, güvenirlik için incelenen cronbach değerleri verilmiştir.

Durumluk kaygı ölçeğinin ortalaması 41,86, çarpıklık değeri .408, basıklık değeri -,303, Cronbach alpha değeri ,436’dır ve bu değer 0,5’ten düşük olduğu için durumluk kaygı ölçeği analizlerde kullanılmamıştır. Sürekli kaygı ölçeğinin ortalaması 48,79, çarpıklık değeri ,145, basıklık değeri -,171, Cronbach alpha değeri

,636'dır. Somatizasyon ölçeğinin ortalaması 13,98, çarpıklık değeri ,461, basıklık değeri -,159, Cronbach alpha değeri ,874'tür. Kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu reddedicilik anne alt boyutu ölçeğinin ortalaması 13,36, çarpıklık değeri 1,02, basıklık değeri ,573, Cronbach alpha değeri ,846'dır. Kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu reddedicilik baba alt boyutu ölçeğinin ortalaması 12,71, çarpıklık değeri 1,19, basıklık değeri ,767, Cronbach alpha değeri 0,861'dir. Kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu aşırı korumacılık anne alt ölçeğinin ortalaması 24,87, çarpıklık değeri -,141, basıklık değeri -,911, Cronbach alpha değeri ,835'tir. Kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu aşırı korumacılık baba alt ölçeğinin ortalaması 23,30, çarpıklık değeri ,173, basıklık değeri -,757, Cronbach alpha değeri ,820'dir. Kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu duygusal sıcaklık anne alt ölçeğinin ortalaması 18,84, çarpıklık değeri -,395, basıklık değeri -,675, Cronbach alpha değeri ,849'dur. Kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu duygusal sıcaklık baba alt ölçeğinin ortalaması 17,43, çarpıklık değeri -,163, basıklık değeri -,714, Cronbach alpha değeri ,840'tır. Veri sayısı 200 üzerinde olduğu durumlarda normallik dağılım sınaması için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmektedir. Bu doğrultuda çarpıklık ve basıklık değer aralıkları -1,5 ile 1,5 arasında olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tablo 3. Ölçek Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi

Ölçekler		1	2	3	4	5	6	7	8
1-SKÖ	r	1	,663**	,602**	,663**	,197**	,181**	-,389**	-,252**
2-SÖ	r		1	,519**	,544**	,208**	,207**	-,456**	-,253**
3-KAET-Ç-R-A	r			1	,890**	,240**	,229	-,498**	-,333**
4-KAET-Ç-R-B	r				1	,252**	,223**	-,506**	-,381**
5-KAET-Ç-AK-A	r					1	,671**	-,100*	-,019
6-KAET-Ç-AK-B	r						1	-,130**	-,017
7-KAET-Ç-DS-A	r							1	,617**
8-KAET-Ç-DS-B	r								1

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı

KAET-Ç-AK-A: Algılanan aşırı korumacılık anne, KAET-Ç-B: Algılanan aşırı korumacı baba, KAET-Ç-DS-A: Algılanan duygusal sıcaklık anne, KAET-Ç-DS-B: Algılanan duygusal sıcaklık baba, KAET-Ç-R-A: Algılanan reddedicilik anne, KAET-Ç-R-B: Algılanan reddedicilik baba, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo 3'te araştırmada kullanılan ölçek puanlarına ilişkin korelasyon analizi verilmiştir.

Buna göre sürekli kaygı ölçeği ile somatizasyon ölçeği puanları arasında yüksek düzey, pozitif, anlamlı ilişki vardır ($r=0,663$; $p<,001$).

Sürekli kaygı ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu reddedicilik anne alt ölçeği puanları arasında orta düzey, pozitif, anlamlı ilişki vardır ($r=0,602$; $p<0,01$). Sürekli kaygı ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu reddedicilik baba alt ölçeği puanları arasında orta düzey, pozitif, anlamlı ilişki vardır ($r=0,663$; $p<0,01$).

Sürekli kaygı ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu aşırı korumacılık anne alt ölçeği puanları arasında düşük düzey, pozitif, anlamlı ilişki vardır ($r=0,208$; $p<0,01$). Sürekli kaygı ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu aşırı korumacılık baba alt ölçeği puanları arasında düşük düzeyde, pozitif, anlamlı ilişki vardır ($r=0,207$; $p<0,01$).

Sürekli kaygı ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu duygusal sıcaklık anne alt ölçeği puanları arasında orta düzeyde, negatif, anlamlı ilişki vardır ($r=-0,389$; $p<0,01$). Sürekli kaygı ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu duygusal sıcaklık baba alt ölçeği puanları arasında zayıf düzey, negatif, anlamlı ilişki vardır ($r=-0,252$; $p<0,01$).

Somatizasyon ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu reddedicilik anne ölçeği puanları arasında orta düzey, pozitif, anlamlı ilişki vardır ($r=0,519$; $p<0,01$). Somatizasyon ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu reddedicilik baba ölçeği puanları arasında orta düzey, pozitif, anlamlı ilişki vardır ($r=0,544$; $p<0,01$).

Somatizasyon ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu aşırı korumacı anne ölçeği puanları arasında düşük düzey, pozitif, anlamlı ilişki vardır ($r=0,200$; $p<0,01$). Somatizasyon ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu aşırı korumacı baba ölçeği puanları arasında çok düşük düzey, pozitif, anlamlı ilişki vardır ($r=0,189$; $p<0,01$).

Somatizasyon ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu duygusal sıcaklık anne ölçeği puanları arasında orta düzey, negatif, anlamlı ilişki vardır ($r=-0,456$; $p<0,01$). Somatizasyon ölçeği ile kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumu duygusal sıcaklık baba ölçeği puanları arasında düşük düzey, negatif, anlamlı ilişki vardır ($r=-0,253$; $p<0,01$).

Tablo 4. Somatizasyon Puanlarının Yordanmasına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

<i>Yordanan</i>	<i>Yordayan</i>	<i>B</i>	<i>Standard Hata</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
SÖ	Sabit	6,288	1,033		-6,088	,000**
	SKÖ	347	,027	,536	13,032	,000**
	KAET-Ç-R-A	170	,085	,135	1,994	,047*
	KAET-Ç-R-B	085	,088	,069	,960	,337
R= ,681 Adj. R ² = ,460 F(3,569)= 162,793 p=,000						

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

KAET-Ç-R-A: Algılanan Ebeveyn Tutumu Reddedicilik Anne, KAET-Ç-R-B: Algılanan Ebeveyn Tutumu Reddedicilik Baba, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo 4’te sürekli kaygı ölçek puanları ile algılanan reddedici anne ve baba ölçek puanlarının somatizasyon puanları üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları verilmiştir. İlk olarak çoklu doğrusal bağlantının sınanmasında tolerans değeri, varyans enflasyon faktörü (VIF), özdeğer (eigenvalue) ve koşul indeks (CI) değerleri incelenmiştir. Buna göre tolerans değerlerinin 0.20-1.00 ve VIF değerlerinin 1.00-10.00 arasında olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte özdeğerlerin 15’ten, CI değerlerinin de 30’dan düşük olduğu belirlenerek çoklu doğrusallığın olmadığı tespit edilmiştir. Regresyon varsayımları karşılandığı belirlenerek verilerin regresyon analizine uygun olduğu sonucuna ulaşılmış ve regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Regresyon modeli kurgulanırken ‘Enter’ metodu kullanılmıştır. Kurulanan regresyon modeline somatizasyon puanlarının yordayıcısı olarak sürekli kaygı ile algılanan reddedici anne ve baba puanları alınmıştır. Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F(3,569)= 162,793$; $p=,000$). Sürekli kaygı ile algılanan reddedici anne ve reddedici baba tutumları değişkenlerinin somatizasyon puanları

ile orta düzeyde anlamlı ilişkisi bulunmaktadır ($R=,681$, $R^2=,460$, $p=,000$). Sürekli kaygı, reddedici algılanan anne tutumu ve reddedici algılanan baba tutumu ve değişkenleri, somatizasyon puanları toplam varyansının %46'sını açıklamaktadır.

Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin somatizasyon puanları üzerindeki göreceli önem sırası; Sürekli kaygı ($\beta=,536$, $t=13,032$, $p=,000$), reddedici algılanan anne tutumu ($\beta=,135$; $t=1,994$; $p=,047$), reddedici algılanan baba tutumudur ($\beta=,069$; $t=,960$; $p=,337$). Regresyon katsayıların anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise, sürekli kaygı puanları ve reddedici algılanan anne tutumu puanlarının somatizasyon puanları üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Reddedici algılanan baba tutumu puanları anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Tablo 5. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T- Test Analizi

	<i>Cinsiyet</i>	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
SKÖ	Kadın	408	49,62	11,07	3,264	361,379	,001**
	Erkek	162	46,70	8,99			
SÖ	Kadın	408	14,75	7,09	4,267	568	,000**
	Erkek	162	12,07	5,81			
KAET-Ç-R-A	Kadın	408	13,96	5,68	4,772	384,014	,000**
	Erkek	162	11,85	4,34			
KAET-Ç-R-B	Kadın	408	13,28	5,81	4,325	363,869	,000**
	Erkek	162	11,26	4,68			
KAET-Ç-AK-A	Kadın	408	25,20	5,99	2,088	568	,037*
	Erkek	162	24,06	5,55			
KAET-Ç-AK-B	Kadın	408	23,55	5,82	1,687	568	,092
	Erkek	162	22,66	5,44			
KAET-Ç-DS-A	Kadın	408	18,72	5,24	-,949	337,426	,343
	Erkek	162	19,14	4,56			
KAET-Ç-DS-B	Kadın	408	17,56	5,19	,946	568	,344
	Erkek	162	17,11	5,03			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

KAET-Ç-AK-A: Algılanan aşırı korumacılık anne, KAET-Ç-B: Algılanan aşırı korumacı baba, KAET-Ç-DS-A: Algılanan duygusal sıcaklık anne, KAET-Ç-DS-B: Algılanan duygusal sıcaklık baba, KAET-Ç-R-A: Algılanan reddedicilik anne, KAET-Ç-R-B: Algılanan reddedicilik baba, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo-5'te cinsiyet değişkenine göre SKÖ, SÖ, KAET-Ç-R-A, KAET-Ç-R-B, KAET-Ç-AK-A, KAET-Ç-AK-B, KAET-Ç-DS-A ve KAET-Ç-DS-B puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t-test analiz sonuçları verilmiştir. Buna göre, sürekli kaygı ölçek puanları ($t=3,264$; $p=,001$) kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Somatizasyon ölçek puanları ($t=4,267$; $p=,000$) kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Reddedici algılanan anne ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=4,772$; $p=,000$) kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Reddedici algılanan baba ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=4,325$; $p=,000$) kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Aşırı korumacı algılanan anne ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=2,088$; $p=,037$) kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Cinsiyete göre diğer ölçekler açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 6. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Analizi

	Çocuk	N	$\bar{x}$	ss	t	Sd.	p
SKÖ	Var	142	46,30	9,56	-3,452	269,570	,001**
	Yok	428	49,61	10,80			
SÖ	Var	142	13,22	6,31	-1,535	568	,125
	Yok	428	14,24	7,01			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo-6'da çocuk sahibi olma değişkenine göre SKÖ, SÖ, KAET-Ç-R-A, KAET-Ç-R-B, KAET-Ç-AK-A, KAET-Ç-AK-B, KAET-Ç-DS-A ve KAET-Ç-DS-B puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t-test analiz sonuçları verilmiştir. Buna göre, sürekli kaygı ölçek puanları ($t=-3,452$; $p=,001$) çocuğu olmayanlarda çocuğu olanlara göre daha fazladır. Duygusal sıcaklık algılanan anne ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=-2,564$; $p=,011$) çocuğu olmayanlarda çocuğu olanlara göre daha fazladır. Duygusal sıcaklık algılanan baba ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=-3,219$; $p=,001$) çocuğu olmayanlarda çocuğu olanlara göre daha fazladır. Çocuk sahibi olma durumuna göre diğer ölçekler açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 7. Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T- Test Analizi

**p<0,05 **p<0,01 düzeyinde anlamlı*

	<i>Çalışma durumu</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
SKÖ	Evet	28	9,03	0,60	,623	568	,534
	Hayır	42	8,47	0,60			
SÖ	Evet	28	4,43	7,05	1,827	568	,068
	Hayır	42	3,38	6,54			

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Çalışma durumuna göre ölçekler açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 8. Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T- Test Analizi

	<i>Kronik</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
SKÖ	Var	16	1,72	1,36	3,368	568	,001**
	Yok	54	8,04	0,27			
SÖ	Var	16	7,05	,15	5,530	568	,000**
	Yok	54	3,20	,55			

**p<0,05 **p<0,01 düzeyinde anlamlı*

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo-8’de kronik bir hastalığa sahip olma değişkenine göre SKÖ, SÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t-test analiz sonuçları verilmiştir.

Buna göre, sürekli kaygı ölçek puanları ($t=3,368$; $p=,001$) kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazladır.

Somatizasyon ölçek puanları ($t=5,530$; $p=,000$) kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazladır.

Tablo 9. Psikiyatrik/Psikolojik Tanı Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T- Test Analizi

	<i>Tanı/Destek</i>	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
SKÖ	Var	86	3,03	,87	6,677	335,167	,000**
	Yok	84	6,73	,83			
SÖ	Var	86	7,31	,35	7,961	307,117	,000**
	Yok	84	2,38	,97			
KAET-Ç-R-A	Var	86	5,02	,09	4,831	303,169	,000**
	Yok	84	2,55	,86			
KAETÇ-R-B	Var	86	4,40	,48	4,687	290,552	,000**
	Yok	84	1,89	,89			
KAET-Ç-AK-A	Var	86	5,75	,93	2,495	568	,013*
	Yok	84	4,45	,83			
KAET-Ç-AK-B	Var	86	4,46	,95	3,398	568	,001**
	Yok	84	2,73	,53			
KAET-Ç-DS-A	Var	86	7,56	,33	-4,126	334,416	,000**
	Yok	84	9,46	,80			
KAET-Ç-DS-B	Var	86	6,38	,17	-3,413	568	,001**
	Yok	84	7,94	,06			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı

KAET-Ç-AK-A: Algılanan aşırı korumacılık anne, KAET-Ç-B: Algılanan aşırı korumacı baba, KAET-Ç-DS-A: Algılanan duygusal sıcaklık anne, KAET-Ç-DS-B: Algılanan duygusal sıcaklık baba, KAET-Ç-R-A: Algılanan reddedicilik anne, KAET-Ç-R-B: Algılanan reddedicilik baba, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo-9’da psikiyatrik tanı alma değişkenine göre SKÖ, SÖ, KAET-Ç-R-A, KAET-Ç-R-B, KAET-Ç-AK-A, KAET-Ç-AK-B, KAET-Ç-DS-A ve KAET-Ç-DS-B puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t-test analiz sonuçları verilmiştir.

Buna göre, sürekli kaygı ölçek puanları ($t=6,677$; $p=,000$) psikiyatrik tanısı olanlarda psikiyatrik tanısı olmayanlara göre daha fazladır.

Somatizasyon ölçek puanları ($t=7,961$; $p=,000$) psikiyatrik tanısı olanlarda psikiyatrik tanısı olmayanlara göre daha fazladır.

Reddedici algılanan anne ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=4,831$; $p=,000$) psikiyatrik tanısı olanlarda psikiyatrik tanısı olmayanlara göre daha fazladır. Reddedici algılanan baba ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=4,687$; $p=,000$) psikiyatrik tanısı olanlarda psikiyatrik tanısı olmayanlara göre daha fazladır.

Aşırı korumacı algılanan anne ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=2,495$; $p=,013$) psikiyatrik tanısı olanlarda psikiyatrik tanısı olmayanlara göre daha fazladır. Aşırı korumacı algılanan baba ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=3,398$; $p=,001$) psikiyatrik tanısı olanlarda psikiyatrik tanısı olmayanlara göre daha fazladır.

Duygusal sıcaklık algılanan anne ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=-4,126$; $p=,000$) psikiyatrik tanısı olmayanlarda psikiyatrik tanısı olanlara göre daha fazladır. Duygusal sıcaklık algılanan baba ebeveyn tutumu ölçek puanları ($t=-3,413$; $p=,001$) psikiyatrik tanısı olmayanlarda psikiyatrik tanısı olanlara göre daha fazladır.



Tablo 10. Yaşa Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Analizi

	<i>Yaş</i>	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Fark</i>
SKÖ	1-18-25	220	50,72	10,63	6,928	000**	3<1 ve 2
	2-26-35	208	48,91	10,36			
	3-36-50	104	45,23	10,65			
	4-51-60	36	46,94	9,01			
SÖ	1-18-25	220	14,45	6,85	5,665	001**	3<1 ve 2
	2-26-35	208	14,86	6,86			
	3-36-50	104	11,86	6,77			
	4-51-60	36	12,27	5,82			
KAET-Ç-R-A	1-18-25	220	24,75	5,88	1,363	,253	
	2-26-35	208	25,11	6,05			
	3-36-50	104	25,26	5,80			
	4-51-60	36	22,88	5,03			
KAET-Ç-R-B	1-18-25	220	3,09	5,68	,900	,441	
	2-26-35	208	3,04	5,77			
	3-36-50	104	4,22	5,41			
	4-51-60	36	3,58	6,64			
KAET-Ç-AK-A	1-18-25	220	19,16	4,96	1,669	,173	
	2-26-35	208	18,99	5,02			
	3-36-50	104	18,48	5,42			
	4-51-60	36	16,66	5,04			
KAET-Ç-AK-B	1-18-25	220	18,16	5,13	1,155	,326	
	2-26-35	208	17,65	4,90			
	3-36-50	104	16,17	5,19			
	4-51-60	36	15,16	5,47			
KAET-Ç-DS-A	1-18-25	220	10,71	3,81	2,059	,105	
	2-26-35	208	11,30	4,96			
	3-36-50	104	11,92	4,76			
	4-51-60	36	10,88	4,20			
KAET-Ç-DS-B	1-18-25	220	18,16	3,99	6,155	,000	1<3 ve 4
	2-26-35	208	17,65	4,57			
	3-36-50	104	16,17	5,21			
	4-51-60	36	15,16	4,62			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

KAET-Ç-AK-A: Algılanan aşırı korumacılık anne, KAET-Ç-B: Algılanan aşırı korumacı baba, KAET-Ç-DS-A: Algılanan duygusal sıcaklık anne, KAET-Ç-DS-B: Algılanan duygusal sıcaklık baba, KAET-Ç-R-A: Algılanan reddedicilik anne, KAET-Ç-R-B: Algılanan reddedicilik baba, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo 10’da yaşıa göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, 36-50 yaş aralığındaki bireylerin sürekli kaygı ölçek puanları 18-25 ve 26-35 yaş aralığındaki bireylerden daha azdır ($F=6,928; p=,000$).

36-50 yaş aralığındaki bireylerin somatizasyon ölçek puanları 18-25 ve 26-35 yaş aralığındaki bireylerden daha azdır ($F=6,928; p=,000$).

18-25 yaş aralığındaki bireylerin algılanan duygusal sıcaklık baba ölçek puanları 36-50 ve 51-60 yaş aralığındaki bireylerden daha azdır ($F=6,155; p=,000$).



Tablo 11. Eğitim Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Analizi

	<i>Eğitim düzeyi</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}_{sıra}$</i>	<i>H</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>	<i>Fark</i>
SKÖ	1-İlköğretim	20	264,20	4,498	3	,212	
	2-Lise	70	256,67				
	3-Önlisans/Lisans	366	295,82				
	4-Yüksek lisans/Doktora	114	273,80				
SÖ	1-İlköğretim	20	263,50	2,252	3	,522	
	2-Lise	70	282,39				
	3-Önlisans/Lisans	366	292,55				
	4-Yüksek lisans/Doktora	114	268,64				
KAET-Ç-R-A	1-İlköğretim	20	277,68	2,302	3	,512	
	2-Lise	70	285,26				
	3-Önlisans/Lisans	366	292,14				
	4-Yüksek lisans/Doktora	114	265,71				
KAET-Ç-R-B	1-İlköğretim	20	273,03	4,336	3	,227	
	2-Lise	70	299,67				
	3-Önlisans/Lisans	366	291,93				
	4-Yüksek lisans/Doktora	114	258,35				
KAET-Ç-AK-A	1-İlköğretim	20	292,23	8,393	3	,039*	
	2-Lise	70	260,36				
	3-Önlisans/Lisans	366	299,58				
	4-Yüksek lisans/Doktora	114	254,54				
KAET-Ç-AK-B	1-İlköğretim	20	289,10	10,675	3	,014*	3>4
	2-Lise	70	266,27				
	3-Önlisans/Lisans	366	301,12				
	4-Yüksek lisans/Doktora	114	246,53				
KAET-Ç-DS-A	1-İlköğretim	20	192,45	13,024	3	,005*	
	2-Lise	70	244,36				
	3-Önlisans/Lisans	366	292,44				
	4-Yüksek lisans/Doktora	114	304,81				
KAET-Ç-DS-B	1-İlköğretim	20	203,10	11,339	3	,010*	
	2-Lise	70	243,13				
	3-Önlisans/Lisans	366	295,75				
	4-Yüksek lisans/Doktora	114	293,06				

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

KAET-Ç-AK-A: Algılanan aşırı korumacılık anne, KAET-Ç-B: Algılanan aşırı korumacı baba, KAET-Ç-DS-A: Algılanan duygusal sıcaklık anne, KAET-Ç-DS-B: Algılanan duygusal sıcaklık baba, KAET-Ç-R-A: Algılanan reddedicilik anne, KAET-Ç-R-B: Algılanan reddedicilik baba, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo 11’de araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin, gruplar arasında 30 kişiden az grup olduğu için ANOVA yerine Kruskal Wallis H testi uygulanmış ve analiz sonuçları verilmiştir. Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunun saptanabilmesi için daha sonrasında ikili Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Bu sonuçlara göre katılımcıların sürekli kaygı ölçeği puanları, somatizasyon ölçeği puanları, reddedici algılanan anne ve baba ebeveyn tutumları puanları, duygusal sıcaklık algılanan anne ve baba ebeveyn tutumları puanları ve aşırı korumacı algılanan anne ebeveyn tutumu puanları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Aşırı koruyucu algılanan ebeveyn tutumu baba puanları önlisans/lisans mezunları yüksek lisans/doktora mezunlarına göre anlamlı olarak daha fazladır.

Tablo 12. Yaşanılan Yere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Analizi

	<i>Yaşanılan Yer</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Fark</i>
SKÖ	1-İlçe	84	50,23	9,84	0,94	,391	
	2-İl	88	48,31	7,90			
	3-Büyükşehir	398	48,59	11,24			
SÖ	1-İlçe	84	15,42	6,18	3,429	,033*	1>2
	2-İl	88	12,70	4,88			
	3-Büyükşehir	398	13,96	7,29			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo 12’de eğitim durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA analizi sonuçları verilmiştir.

Buna göre, ilçede yaşayan kişilerin somatizasyon puanları ilde yaşayanlara göre daha yüksektir ($F=3,429$; $p=0,033$).

Tablo 13. Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Analizi

	<i>Medeni Durum</i>	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	<i>H</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>	<i>Fark</i>
SKÖ	1-Bekar-ilişkisi yok	188	304,05	27,164	3	,000**	3<1 ve 2 4<1 ve 2
	2-Bekar-ilişkisi var	162	320,66				
	3-Evli	206	248,96				
	4-Boşanmış	14	167,21				
SÖ	1-Bekar-ilişkisi yok	188	276,67	2,257	3	0,521	
	2-Bekar-ilişkisi var	162	300,72				
	3-Evli	206	283,19				
	4-Boşanmış	14	261,93				

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo 13'te araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin, gruplar arasında 30 kişiden az grup olduğu için ANOVA yerine Kruskal Wallis H testi uygulanmış ve analiz sonuçları verilmiştir. Kruskal Wallis H testi analiz sonuçları verilmiştir. Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunun saptanabilmesi için daha sonrasında ikili Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

Bu sonuçlara göre, bekar olan katılımcıların sürekli kaygı puanları boşanmış katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Bekar olan katılımcıların sürekli kaygı puanları evli katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 14. Algılanan Gelir Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Analizi

	<i>Gelir düzeyi</i>	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Fark</i>
SKÖ	1-Düşük	128	50,84	10,091	6,475	,002*	1>3
	2-Orta	404	48,59	10,511			
	3-Yüksek	38	44,00	11,657			
SÖ	1-Düşük	128	14,9	7,440	3,443	,033*	1>3
	2-Orta	404	13,92	6,532			
	3-Yüksek	38	11,63	7,677			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo 14’te gelir düzeyine göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA analizi sonuçları verilmiştir.

Buna göre, gelir düzeyini düşük algılayan kişilerin sürekli kaygı puanları gelir düzeyini yüksek algılayan kişilere göre daha yüksektir ($F=6,475$; $p=0,002$).

Buna göre, gelir düzeyini düşük algılayan kişilerin somatizasyon puanları gelir düzeyini yüksek algılayan kişilere göre daha yüksektir ($F=3,443$; $p=0,033$).

Tablo 15. Kimlerle Yaşadığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Analizi

	<i>Kimle yaşadığı</i>	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Fark</i>
SKÖ	1-Tek	54	51,18	11,558	2,004	,136	
	2-Aile	470	48,40	10,639			
	3-Ev arkadaşı	46	50,00	8,563			
SÖ	1-Tek	54	16,03	7,625	2,799	,062	
	2-Aile	470	13,82	6,710			
	3-Ev arkadaşı	46	13,30	7,095			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Tablo 15’te kişinin kimle birlikte yaşadığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA analizi sonuçları verilmiştir.

Buna göre, kişilerin yaşadığı kişilere göre sürekli kaygı ($F=2,004$; $p=,136$) ve somatizasyon ($F=2,799$; $p=,062$) düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

TARTIŞMA

Bu çalışmada somatizasyon, sürekli kaygı ve algılanan ebeveyn tutumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonrasında demografik değişkenlerden cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, eğitim düzeyi, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, kronik hastalığa sahip olup olmama, yaşanılan yer, beraber yaşanılan kişiler, psikiyatrik bir tanı alınıp alınmadığının somatizasyon, sürekli kaygı ve algılanan ebeveyn tutumu üzerinde anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu bölümde araştırma bulguları literatür ışığında tartışılmaktadır.

Yapılan çalışmada sürekli kaygı ve reddedici algılanan anne tutumunun somatizasyonu %46 oranında yordadığı bulunmuştur. Bir diğer ifadeyle somatizasyon, sürekli kaygı ve reddedici algılanan anne tutumuyla açıklanabilmektedir. Algılanan anne reddinin ergenlerde somatizasyonu yordadığı bulunmuştur. Araştırmalar, daha yüksek düzeyde anne reddi algılayan ergenlerin somatik semptomlar geliştirme ve açıklanamayan fiziksel sıkıntı için tıbbi yardım arama olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Reksodiputro ve Boediman, 2019; Naz, 2012). Genel olarak literatür, algılanan anne reddinin ergenlerde somatizasyon ve diğer ruh sağlığı sorunlarının öngörülmesinde önemli bir rol oynadığı fikrini tutarlı bir şekilde desteklemektedir. Somatizasyonun bu değişkenlerle ilişkisi bu bölümde tartışılmaktadır.

Bu çalışmada somatizasyon ve sürekli kaygı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında somatizasyon ve anksiyete, psikolojik, fizyolojik ve sosyal faktörlerin karmaşık etkileşimi nedeniyle birbiriyle son derece ilişkili olduğu görülmektedir. Somatizasyon ve anksiyete arasındaki ilişki, aleksitiminin bir özelliği olan duyguları tanımlama ve ifade etme güçlüğüne somatizasyon ve anksiyete arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulgusuyla vurgulanmaktadır; bu da duygusal işleme güçlüklerinin hem somatik hem de anksiyete semptomlarını şiddetlendirebileceğini düşündürmektedir (Farhoumandi vd.,2022). Bu durum, somatik semptomların genellikle anksiyeteli hastalarda daha belirgin bir şekilde ortaya çıktığı, tıbbi kaynak kullanımının ve hastaneye yatışların artmasına yol açtığı klinik ortamlarda daha da karmaşık hale gelmekte ve anksiyetenin somatizasyona hem neden olabileceği hem de somatizasyonu

şiddetlendirebileceği döngüsel bir ilişkiye işaret etmektedir (Erdoğan vd., 2023). Bir otoimmün hastalık olan Crohn hastalığı gibi kronik rahatsızlıkları olan bireyler, kaygıya neden olabilen kronik somatik semptomlar yaşamaktadır (Regev vd., 2021). Bu da somatizasyon ve anksiyetenin çift yönlü doğasını vurgulamaktadır; bir hastalığın fiziksel semptomları kaygıyı kötüleştirebilir ve bunun tersi de geçerlidir.

Somatizasyon ve anksiyetenin ilişkili olmasının bir sebebi de bu durumların ortak semptomları olması olabilir. Ayakta tedavi edilen hastalarda anksiyete ve depresyonun yanı sıra somatizasyon bozukluklarının yaygınlığı, bu durumların psikopatolojisinde önemli bir örtüşme olduğunu göstermektedir (Danaei vd., 2020). Stres hem somatizasyon hem de anksiyetede ortak bir faktördür ve somatik semptomların ortaya çıkmasında etkili olabilir. Stauder ve diğerlerine göre (2016) stresin azaltılmasına yönelik müdahalelerin somatik semptomları ve anksiyeteyi önemli ölçüde azaltabileceğini gösteren kanıtlar vardır ve bu aralarındaki ilişkide kilit bir aracı olarak strese işaret etmektedir.

Kaygıdan kaynaklanan uyku bozuklukları somatik belirtilere sebep olabilir. Ionescu ve diğerlerine göre yaygın olarak anksiyete ve depresyonla ilişkilendirilen uyku bozuklukları, somatizasyonu şiddetlendirerek, yetersiz uyku gibi fizyolojik faktörlerin somatizasyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi nasıl yoğunlaştırabileceğini daha fazla göstermektedir (2021).

Kronik hastalıklara sahip olmak kişinin kaygısının artmasına ve vücudunu daha fazla dinleyerek somatizasyona sebep olabilir. Akciğer kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada anksiyete, depresyon ve somatizasyon arasında yakın bir ilişki olduğu görülmüştür; anksiyete ve depresyon, somatizasyon semptomlarının şiddeti ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur ve kronik hastalıkla ilgili duygusal sıkıntının somatik şikayetleri daha da artırabileceği düşünülmektedir (Zhang ve Zhang, 2017). Bu ilişki, anksiyete skorlarının somatizasyon semptomlarıyla pozitif korelasyon gösterdiği ve bu ilişkinin farklı demografik özellikler arasında yaygın doğasının altını çizen daha geniş popülasyon çalışmalarında da görülebilir.

Göç çalışmaları, somatizasyon ve anksiyete arasındaki ilişkiye dair ek bilgiler sağlamaktadır. Somatizasyona sahip göçmenler daha fazla kaygı sergilemektedir ve sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar; bu da akültüratif stres de dahil

olmak üzere göçle ilişkili stresörlerin hem somatizasyonu hem de anksiyeteyi şiddetlendirebileceğini göstermektedir (Cariello vd., 2020; Lanzara vd., 2019). Bu durum, bireysel, psikolojik ve fizyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal ve kültürel faktörlerin de somatizasyon ve anksiyete arasındaki ilişkide önemli bir rol oynadığını, dolayısıyla tedavi ve yönetim için kapsamlı bir anlayış ve yaklaşım gerektiren çok yönlü bir konu olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmada somatizasyon ve reddedici algılanan anne ve reddedici algılanan baba tutumu ilişkili bulunmuştur. Somatizasyon ve ebeveyn reddi arasındaki ilişki karmaşık ve çok yönlüdür. Çeşitli psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlere dayanmaktadır. Somatizasyon, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesinden, özellikle de ebeveyn reddinden önemli ölçüde etkilenmektedir (Naz ve Rukhsana, 2012; Ian, 1997). Sıcaklık, şefkat ve destek eksikliği ile karakterize edilen ebeveyn reddi, somatizasyon bozukluklarının gelişiminde kritik bir faktördür (Quirk vd., 2015; Craig vd., 1993).

Araştırmalar, somatizasyon bozukluğu olan ergenlerin, genel tıbbi rahatsızlıkları olanlara kıyasla ebeveyn reddi algılama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Frazier, 1994). Ayrıca ebeveynin ihmali, bireylerin ileride somatik semptomlar göstermesine sebep olabilir. Taylor ve diğerlerinin yaptığı çalışmaya göre organik hastalığa atfedilemeyen fiziksel semptomlarla başvuran bireylerde duygusal bozuklukların varlığı, daha yüksek ebeveyn bakım eksikliği vakalarıyla ilişkili bulunmuştur (1996).

Somatizasyonun etiyopatogenezini anlamada diğer faktörlerin yanı sıra genetik, nöroloji, psikofizyoloji ve sosyal öğrenmenin dikkate alınması önemli olabilir. Reddetme de dahil olmak üzere olumsuz ebeveynlik davranışlarının somatizasyon bozukluğundaki semptomların şiddeti ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Sajid ve Riaz, 2016). Ayrıca, reddedici ebeveynlerin bireyin gelişimine etkisi, ruminasyon ve kendine zarar verici davranışlar gibi uyumsuz başa çıkma mekanizmalarının oluşmasına yol açarak somatizasyon riskini daha da artırabilir (Kapfhommer, 2001). Kişinin ebeveynini reddedici olarak algılaması benlik saygısını da etkileyebilir. Düşük benlik saygısı bildiren çocuklar aynı zamanda sık sık psikosomatik semptomlar bildirmekte, bu da benlik algısı ile

somatik şikayetler arasında önemli bir ilişki olduğunu gösterdiğini söylememize olanak sağlayabilir (Çiçek vd., 2022). Bu ilişki, somatizasyonun özellikle bu bozuklukların yaygın olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim-hasta ilişkisini zorlayabileceği gerçeğiyle daha da karmaşık hale gelmektedir. Özetle, literatür ebeveyn reddinin somatizasyon bozukluklarının gelişiminde ve alevlenmesinde önemli bir rol oynadığı fikrini güçlü bir şekilde desteklemektedir. Bu ilişkiye, uyumsuz şemaların geliştirilmesi, benlik saygısının bozulması ve işlevsiz başa çıkma stratejileri de dahil olmak üzere çeşitli psikolojik ve sosyal mekanizmalar aracılık etmektedir.

Kaygı ile reddedici algılanan ebeveyn tutumları arasındaki ilişki çok yönlüdür ve psikolojik araştırmalarda çeşitli boyutlarda incelenmiştir. Çalışmalar, algılanan ebeveyn reddinin çocuklarda kaygının önemli bir yordayıcısı olduğunu tutarlı bir şekilde göstermiştir. Örneğin, babanın reddi ve annenin aşırı koruması yetişkin kaygısının yordayıcıları olarak belirlenmiş, duygu düzenleme güçlüğü, utanç ve öfke bu ilişkilere aracılık etmiştir (Bahtiyar ve Gençöz, 2021). Bu durum, ebeveynlerin reddetme biçimlerinin, çocuklarının yetişkinlikteki psikolojik durumunu doğrudan etkileyebileceğini göstermektedir. Ayrıca, anne veya baba reddi algısı, çocukların ve yetişkinlerin psikolojik uyumları ve kişilik gelişimleri üzerinde olumsuz bir etkiyle ilişkilendirilmiştir ve bu da algılanan reddin ruh sağlığı üzerinde kalıcı bir etkisi olabileceğine işaret etmektedir (Kreuze vd., 2022). Ayrıca, çocukların reddedici ve kontrolcü ebeveynlik tarzlarına ilişkin algılarının, sosyal kaygıyı doğrudan etkilemese de saldırganlık ve okul uyumunu önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur (Khadim ve Pervaiz, 2021). Bu, reddedici ebeveyn tutumlarının doğrudan sosyal kaygıya neden olmasa da bir çocuğun hayatının genel kaygı düzeylerine katkıda bulunan diğer alanlarını etkileyebileceği anlamına gelir.

Ebeveyn reddinin kaygıyı nasıl etkilediği konusunda kültürel farklılıklar da rol oynamaktadır. Örneğin, Asyalı örneklemde ebeveyn reddiyle ilgili olarak Avrupalı/Amerikalı ergenlere kıyasla daha fazla anksiyete semptomu bildirerek kültürel bağlamın ebeveynlik ve anksiyete arasındaki ilişki üzerindeki etkisini vurgulamıştır (Kim ve Kim, 2020). Ayrıca, hatırlanan ebeveyn reddinin yetişkinlikteki sosyal kaygı düzeyleri üzerinde erkeklerde kadınlardan daha büyük bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir; bu da bireylerin ebeveyn reddini nasıl

işledikleri ve bundan nasıl etkilendikleri konusunda cinsiyet farklılıklarına işaret etmektedir (Mousavi vd., 2016). İlginç bir şekilde, ergenlik dönemindeki davranışsal problemler, ebeveyn reddinin aracılık etmemesine rağmen, genç yetişkinlikte anksiyete ile ileriye dönük küçük bir ilişki göstermiştir (Giaouzi ve Giovazolias, 2005). Bu durum, ebeveyn reddinin anksiyeteye katkıda bulunurken, davranış sorunları gibi diğer faktörlerin de bağımsız olarak rol oynadığını göstermektedir. Psikolojik dayanıklılık açısından, algılanan baba reddi hem erkekler hem de kadınlar için daha düşük psikolojik dayanıklılığı öngörürken, erkekler için daha güçlü bir etki gözlemlenmiştir (Işık, 2021). Bu durum, algılanan ebeveyn reddinin stres ve anksiyeteye karşı dayanıklılık gibi uzun vadeli sonuçları etkileyebileceğini göstermektedir. Genel olarak, kaygı ile algılanan reddedici ebeveyn tutumları arasındaki ilişki karmaşıktır ve duygu düzenleme, kültürel bağlam, cinsiyet ve bireysel psikolojik uyum gibi faktörlerden etkilenmektedir (Baltacı vd., 2023; Camden ve Brown, 2017; Glavak Tkalic vd., 2016). Bu bulgular, kaygı üzerindeki etkisini azaltmak için algılanan ebeveyn reddini anlamının ve ele almanın önemini toplu olarak vurgulamaktadır.

Çalışmada ebeveynlerini aşırı korumacı algılayan bireylerin somatizasyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Araştırmalar, aşırı bakım ve kontrol ile karakterize edilen aşırı korumacı ebeveynliğin, çocuklarda ve ergenlerde daha yüksek anksiyete ve somatizasyon seviyeleri ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Örneğin, çalışmalar aşırı korumacı annelere sahip ergenlerin daha yüksek düzeyde anksiyete sergilediklerini göstermiştir ki bu da somatizasyonun bilinen bir yordayıcısıdır (Sauane, 2007). Ayrıca, genellikle aşırı korumanın damgasını vurduğu hatalı ebeveyn-çocuk ilişkilerine sahip çocuklar somatik semptomlar geliştirmeye daha yatkındır (Rousseau vd., 2014). Ayrıca, aşırı koruyucu davranışları içerebilen duygusal açıdan soğuk ve destekleyici olmayan aile ortamlarında yetişen ergenler, daha yüksek düzeyde somatizasyon bozukluğu bildirmektedir (Glaus vd., 2022). Bilişsel-davranışçı modeller de genellikle aşırı korumacı ebeveynlikten kaynaklanan işlevsiz sağlık inançlarının hipokondriyazis ve somatizasyon gelişiminde önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır (Naz, 2012). Genel olarak, kanıtlar aşırı korumacı ebeveynliğin anksiyeteyi ve işlevsiz sağlık inançlarını besleyen bir ortam yaratarak

çocuklarda ve ergenlerde somatizasyonun artmasına yol açabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada annesini duygusal sıcaklık bakımından daha yüksek algılayanların somatizasyon düzeyi annesini duygusal sıcaklık bakımından daha düşük algılayanların somatizasyon düzeyinden düşük bulunmuştur. Annenin duygusal sıcaklığı ile somatizasyon arasında bir ilişki olduğu birçok çalışma tarafından kanıtlanmıştır. Olumlu bir ebeveynlik uygulaması olan anne duygusal sıcaklığı, somatizasyon da dahil olmak üzere çocuklarda daha az olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir (Karkhanis ve Winsler, 2016). Araştırmalar, duygusal sıcaklığın bir bileşeni olan anne duyarlılığının 18 aylıkken 5 yaşına kadar çocuklarda somatizasyon ile negatif ilişkili olduğunu göstermektedir; bu da erken anne duygusal desteğinin somatik semptomların gelişimini azaltabileceğini düşündürmektedir (Kaviani, 2018). Buna ek olarak, kültürel faktörler de rol oynamaktadır; Hintli anneler daha az duygu koçluğu yapmakta ve daha fazla duyguyu reddetmekte, bu da diğer kültürel gruplara kıyasla çocuklarında daha yüksek anksiyete ve somatizasyona yol açmaktadır (Glaus vd., 2022). Sıcak ve destekleyici bir ebeveynlik ortamı tarafından teşvik edilebilen duygusal zeka da somatizasyona karşı koruyucu bir rol göstermekte ve somatik semptomların azaltılmasında duygusal düzenleme ve uyum yeteneğinin önemini vurgulamaktadır (Ni vd., 2017). Ayrıca, genellikle annenin duygusal sıcaklığının eksikliğinden kaynaklanan bağlanma güvensizliği, erken duygusal deneyimlerin fiziksel sağlık üzerindeki uzun vadeli etkilerine işaret ederek, yetişkinlerde erken sıkıntı ve somatizasyon arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (Rasmussen vd., 2004). Genel olarak bu bulgular, anne duygusal sıcaklığının somatizasyonu önlemedeki ve çocuklarda ve yetişkinlerde daha iyi psikolojik ve fiziksel sağlık sonuçlarını teşvik etmedeki kritik rolünün altını çizmektedir.

Yapılan çalışmada annelerini duygusal olarak daha sıcak algılayan bireylerin kaygı anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Çeşitli araştırmalar, annenin duygusal sıcaklığı ile yetişkinlerdeki anksiyete arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bebeklik dönemindeki anne duygusal sıcaklığı, yetişkin yavrularda daha düşük sıkıntı seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir, bu da erken besleyici davranışların ruh sağlığı üzerinde kalıcı olumlu etkileri olduğunu düşündürmektedir (Bahtiyar ve Gençöz, 2021). Buna ek olarak, çocukluktaki eksik duygusal sıcaklık,

cinsiyet, sosyoekonomik koşullar ve anne ruh sağlığı gibi diğer faktörlerden bağımsız olarak, daha düşük iş kontrolü ve daha yüksek iş gerginliğini öngörerek yetişkinlikte daha yüksek kaygı düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir (Maselko vd., 2011). Ayrıca, sıçanları ve insanları içeren bir çalışma, anne bakımındaki varyasyonların, özellikle de annenin aşırı korumasının, her iki türde de artan kaygı ile ilişkili olduğunu ve anne sıcaklığının kaygı ile ilgili sonuçlar üzerindeki etkisini vurguladığını bulmuştur (Hintsanen vd., 2010). Bu bulgular toplu olarak, anne duygusal sıcaklığının yetişkin anksiyete düzeylerini şekillendirmedeki önemli rolünü vurgulamaktadır.

Cinsiyet değişkenine gelindiğinde, bu çalışmada kadınların sürekli kaygı düzeyi erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Araştırmalar sürekli olarak anksiyete bozukluklarının kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğunu göstermekte ve çeşitli çalışmalar bu bozuklukların görülme sıklığı, ortaya çıkışı ve komorbiditesinde önemli cinsiyet farklılıklarını vurgulamaktadır. Kadınların sosyal anksiyete bozukluğu geliştirme olasılığı erkeklere kıyasla neredeyse iki kat daha fazladır ve bu eğilim diğer anksiyete bozukluklarını da kapsamaktadır (Farhane-Medina vd., 2022; Strand vd., 2021). Özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu da dahil olmak üzere anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve şiddeti kadınlarda daha yüksektir ve bu kişiler daha fazla öznel sıkıntı ve işlevsel bozulma yaşama eğilimindedir (Cantillino ve Zambaldi, 2020).

Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler bu farklılıklara katkıda bulunmakta olabilir. Örneğin, cinsel hormonlardaki dalgalanmalar ve beyin yapılarındaki farklılıklar, kadınlarda daha yüksek anksiyete prevalansını açıklayabilecek biyolojik faktörler olarak öne sürülmüştür (Vasiliadis vd., 2020). Toplumsal cinsiyet rolleri ve bunlarla ilişkili toplumsal beklentiler gibi psikososyal faktörler de önemli bir rol oynamaktadır. Graham ve diğerlerine göre maskülenlik anksiyeteye karşı koruyucu bir faktör olarak hareket edebilirken, feminenlik bir risk faktörü olabilir (2020). Ayrıca, anksiyete ve depresyonu olan yetişkinlerde nörogelişimsel genetik risk yükünde cinsiyet farklılıklarına dair güçlü bir kanıt olmamasına rağmen, kadınların ailede nörogelişimsel ve psikiyatrik bozukluk öyküsü bildirme olasılığı daha yüksektir (Asher ve Aderka, 2018).

Anksiyete sadece ruh sağlığını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek anksiyete seviyeleri ve kalp krizini takiben daha fazla komplikasyon sergilediği çalışmalarda görüldüğü gibi fiziksel sağlık etkileri de vardır (Aburuz ve Masa'Deh, 2017). Özetle alışmalar, tutarlı bir şekilde, çeşitli popölasyonlarda ve ortamlarda kaygının kadınlar arasında daha yaygın ve şiddetli olduğunu göstermektedir, bunun biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karmaşık etkileşiminden etkilendiğini güçlü bir şekilde desteklemektedir.

Çalışmada kadınların somatizasyon düzeyi erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Somatizasyonun kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın olduğu, farklı bağlamlarda yapılan çok sayıda araştırmayla kanıtlanmıştır. Araştırmalar somatizasyonun kadınlar arasında daha yüksek bir yaygınlık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, bir çalışmada somatizasyon bozukluğu yaygınlığının kadınlarda (%6,7) erkeklere (%2,35) kıyasla önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Karaköse ve Berk, 2023). Bu cinsiyet eşitsizliği, somatizasyonun kadınlarda, özellikle ileri yaşlarda daha yaygın olduğu ve Güney ve Orta Amerika'da daha yüksek oranlarda görülmekle birlikte farklı meslek gruplarına göre değiştiği bulgularıyla da desteklenmektedir (Prenana vd., 2017). Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler bu cinsiyet farklılığına katkıda bulunabilir. Beyin sistemi, hormonlar ve üreme sistemindeki farklılıklar gibi biyolojik yönler, kadınlarda somatizasyonun daha yüksek prevalansı ile ilişkilidir (Vargas-Prada vd., 2016). Psikolojik olarak, kadınlar somatizasyonla yakından bağlantılı olan depresyon ve anksiyeteye daha yatkındır (Iloson vd., 2021). Sosyal olarak, erkek egemen toplumlarda kadınların dezavantajlı konumu ve evlilik ve aile konularında daha fazla sorumluluk almaları katkıda bulunan faktörler olarak görülmektedir (Garala vd., 2014). Bedenselleştirme eğilimi olarak bilinen, psikolojik sıkıntıyı bedensel belirtiler yoluyla deneyimleme ve ifade etme eğiliminin de kadınlar arasında daha istikrarlı ve yaygın olduğu bulunmuştur (Elsaied vd., 2017). Özetle, çeşitli çalışmalardaki kanıtlar tutarlı bir şekilde somatizasyonun kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğunu ve biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karmaşık bir etkileşiminden etkilendiğini göstermektedir.

Kadınların iki ebeveynini de reddedici algılama düzeyi erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Reddedici ebeveyn algısı cinsiyetler arasında önemli

farklılıklar göstermekte olup, kadın ve erkeklerin ebeveynleri tarafından reddedilme duygularını nasıl deneyimledikleri ve bildirdikleri konusunda ince farklılıklar bulunmaktadır. Araştırmalar hem erkeklerin hem de kadınların yüksek düzeyde ebeveyn reddi algılayabildiğini, ancak bu algının belirli yönlerinin ve sonuçlarının cinsiyete göre farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Çalışmalar, algılanan ebeveyn reddinin her iki cinsiyet için de psikolojik uyumsuzluk, stres ve saldırganlık dahil olmak üzere çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Örneğin, algılanan anne ve baba reddi, erken yetişkinlik döneminde algılanan stresin artmasıyla bağlantılıdır ve psikolojik uyumsuzluk, bireyin algılanan stresinin önemli bir belirleyicisi olarak hizmet etmektedir. Çalışmada gösterildiği üzere, kadınlar erken yetişkinlik döneminde erkeklere kıyasla daha fazla ebeveyn reddi algılamaktadır; kadınların %77'si erkeklerin %23'üne kıyasla reddedildiklerini bildirmiştir (Koltcheva, 2022). Benzer şekilde, ergenlerde saldırganlık ve benlik saygısı, ebeveyn kabulü ve reddi algılarıyla ilişkili olarak araştırılmıştır, ancak bu çalışma özellikle reddedilme algısındaki cinsiyet farklılıklarını ele almamıştır (Lal vd., 2021).

Daha ileri araştırmalar, çocuklukta hem anne hem de baba kabulünün, erkek ve kadın genç yetişkinlerin mevcut psikolojik uyumları üzerinde önemli bağımsız etkileri olduğunu vurgulamıştır. İlginç bir şekilde, çocuklukta algılanan baba reddinin hem genç yetişkin erkeklerin hem de kadınların reddedilme hassasiyeti üzerinde önemli bağımsız etkileri vardır, bu da babaların rollerinin reddedilme algısında özellikle etkili olabileceğini düşündürmektedir (Khaleque vd., 2019). Bu durum, algılanan baba reddinin -ancak anne reddinin değil- hem erkekler hem de kadınlar için daha düşük psikolojik dayanıklılığı öngördüğü ve erkeklerde daha güçlü bir etki gözlemlendiği bulgularıyla desteklenmektedir (Camden ve Brown, 2017). Çocukların yaşı ve cinsiyetinin ebeveyn reddi ve psikolojik uyum arasındaki ilişki üzerindeki moderatör etkileri de algılanan ebeveyn reddinin kız çocukları üzerinde erkek çocuklarına kıyasla daha güçlü bir etkiye sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Ramirez-Ucles vd., 2018). Ebeveyn reddine ilişkin hatıraların psikolojik uyumsuzluk ve yalnızlık ile ilişkilendirilmesi, bu deneyimlerin cinsiyete dayalı boyutlarının altını çizmektedir; psikolojik uyumsuzluk genç yetişkinlik döneminde genç erkeklerde yalnızlık hissiyle ilişkilendirilirken, kadınlarda bu durum

söz konusu değildir (Putnick vd., 2020). Ebeveyn reddi algısındaki cinsiyet farklılıkları, erkeklerin anne ve babalarını çeşitli ret boyutlarında kadınlara kıyasla daha reddedici olarak algıladıklarını ortaya koyan bir çalışmada doğrudan ele alınmıştır (Dural ve Yalçın, 2014). Bu durum hem algılanan anne hem de baba reddinin daha yüksek seviyelerinin, genç kadınlar arasında başa çıkma güdülerini üzerinde daha olumsuz benlik saygısı yoluyla dolaylı etkilere sahip olduğu bulgularıyla tezat oluşturmakta ve algılanan ebeveyn reddinin kadınlarda belirli başa çıkma davranışlarına yol açabileceğini düşündürmektedir (Rundell vd., 2012). Özetle hem erkekler hem de kadınlar yüksek düzeyde ebeveyn reddi algılayabilirken, bu reddin spesifik etkileri ve algıları cinsiyete göre değişebilir. Erkekler babalarını reddedilme duygularında özellikle etkili olarak algılayabilirken, kadınların reddedilme algıları baş etme amacıyla içki içmek gibi belirli başa çıkma davranışlarına yol açabilir. Bu bulgular, cinsiyetin ebeveyn reddinin nasıl algılandığı ve bunun psikolojik ve davranışsal sonuçlar üzerindeki daha sonraki etkileri üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Bu çalışmada kadınların annelerini aşırı korumacı algılama düzeyi erkeklerle göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Çeşitli bağlamlarda yapılan araştırmaların da gösterdiği gibi, kültürel ve toplumsal faktörler, bir annenin oğullarına kıyasla kızlarına karşı aşırı koruma düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir. Brezilya'da, empatinin gelişimi ve algılanan ebeveyn bakım ve aşırı koruma davranışları, çocuğun cinsiyetinden etkilenir; anne ve baba bakımı, kadınlar için empati değişkenleriyle daha yakından ilişkilidir (Pereira ve Oliva, 2023). Bu, ebeveyn bakımının çocuğun cinsiyetine göre farklılaştırılmasına yönelik kültürel bir eğilimi göstermektedir. Benzer şekilde, Güney Asya'da erkek çocuk tercihi derinlemesine kökleşmiş durumda, bu da erkek çocukların kızlara göre daha yüksek oranda tercih edilmesine yol açıyor ve bu da aşırı koruma veya ihmal dahil olmak üzere anne davranışlarını etkileyebiliyor (Farber vd., 2019). Anne Aşırı Koruma Ölçeği'nin geliştirilmesi, kültürler arasında önemli ölçüde farklılık gösterebilen aşırı korumacı anne davranışlarının nüanslarını ölçme ve anlama ihtiyacını daha da vurgulamaktadır (Ahmad ve Neman, 2013). Peşaver yakınlarındaki kırsal ortamlarda, ebeveynlerin okuma yazma bilmemesi ve yoksulluğun desteklediği kültürel ve sosyo-ekonomik faktörler, annelerin kız çocuklarına yönelik uygulamalarını

etkilemekte, çoğu zaman erken evliliklere ve oğullara ayrıcalıklı muamele yapılmasına yol açmaktadır (Chakravarty vd., 2022). Hindistan'da küresel dengesizliğin önemli bir bölümünü oluşturan eksik kadın doğum olgusu, erkek çocukların kız çocuklarına tercih edilmesinin kültürel ve toplumsal tercihlerinin aşırı sonuçlarını vurgulamaktadır (Lansford vd., 2015).

Küresel olarak, bedensel ceza ve ihmalin normatifliği kültürler arasında farklılık göstermektedir; bireysel ve kültürel belirleyiciler ebeveynlerin çocuklara yönelik davranışlarını etkilemektedir (Saeed, 2015). Başarı ve bağımlılık konusunda ebeveynin aşırı korumasının yol açtığı işlevsiz tutumlar, cinsiyete özgülük sergiler (Otani vd., 2013). Bu bulgulara göre kültürel ve toplumsal faktörler annenin aşırı koruması üzerindeki derin etkisini göstermektedir; çocuğun cinsiyetine bağlı olarak gözlemlenen önemli farklılıklar, kültürel normlar, toplumsal beklentiler ve ebeveyn davranışları arasındaki karmaşık etkileşimi vurgulamaktadır.

Çalışmada çocuğu olmayanların çocuğu olanlara göre sürekli kaygı düzeyi anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olmak ve kaygı yaşamak arasındaki ilişki karmaşıktır ve farklı demografik özelliklere ve koşullara göre değişir. Araştırmalar, bir hanede çocuk bulunmasının yetişkinler arasında kaygı düzeylerini aynı ölçüde öngörmediğini göstermektedir. Örneğin, bir çalışmada, hanelerinde çocuk olan ve olmayan kadınlar arasında algılanan stres düzeylerinde önemli bir fark bulunmazken, çocuklarla yaşayan kadınlar arasında kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Avery vd., 2021). Bu durum, çocukların varlığının bazıları için kaygıyı artırsa da tüm popülasyonlarda evrensel olarak kaygıyı yükseltmediğini göstermektedir. Bu ilişkiyi daha da karmaşık hale getiren, çocukların anksiyete üzerindeki etkisi, medeni durum ve çalışma saatleri gibi faktörlerden etkilenebilir. Örneğin, haftada 37 saatten fazla çalışan bekar anneler, aynı saatlerde çalışan çocuksuz bekar kadınlara kıyasla belirgin şekilde artan stres seviyeleri sergilemiştir (Özdal ve Aral, 2005). Bu durum, özellikle bekar ebeveynler veya zorlu çalışma programlarına sahip olanlar için ebeveynlikle ilişkili stres faktörlerinin daha yüksek kaygı düzeylerine yol açabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, çocuk yokluğu da belirli koşullar altında kaygı ile ilişkilendirilebilir. Örneğin, çocuksuz bireylerin çocuklukta birincil bakıcılarına kaygılı bir bağlanma geliştirmiş olma olasılığı önemli ölçüde daha yüksektir (Özdal ve Aral, 2005). Buna ek olarak, kısır hastalar, özellikle

de ilk çocuğunu isteyenler, yüksek bir anksiyete prevalansı sergilemektedir; bu da çocuk arzusunun ve kısırlığın zorluklarının önemli anksiyete kaynakları olabileceğini düşündürmektedir (Engell vd., 2007). Özetle, çocuğu olmayan kişilerin daha yüksek kaygıya sahip olup olmadığı sorusu açık değildir. Anksiyete seviyeleri, ebeveynlik durumu, çalışma koşulları, çocukluk bağlanma stilleri ve kısırlık veya aile yapısıyla ilişkili zorluklar dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere sayısız faktörden etkilenmektedir (Graae, 1990; Simon ve Bögels, 2009; Zhang vd., 2019).

Çocuk sahibi olmayan bireylerin ebeveynlerini duygusal sıcaklık şeklinde algılamaları çocuk sahibi olanlara göre daha fazladır. Çocuk sahibi olmayan bireylerin ebeveynlerinden algıladıkları duygusal sıcaklık, çeşitli bakış açılarıyla anlaşılabilir. İlk olarak, ebeveyn sıcaklığının çocukların psikolojik uyum ve kişilik eğilimlerindeki temel rolü iyi belgelenmiştir; bu da yüksek düzeyde ebeveyn sıcaklığı algılayanların olumlu psikolojik ve duygusal eğilimleri yetişkinliğe taşımalarının muhtemel olduğunu göstermektedir (Koropeckyj-Cox vd., 2018). Bu temel sıcaklık, çocuğun genel refahı için gerekli olan kabul ve sevgi duygusunu teşvik ettiğinden, sağlıklı sosyal ve duygusal gelişim için çok önemlidir (Arnell, 2021, s. 10). Kabul ve sevgi gören çocuk yetişkin olduğunda çocuk sahibi olmayı istemeyebilir, belki de ihtiyaç duymayabilir. Dahası, ebeveyn sıcaklığı ve yakınlığı algısı daha sonraki yaşamda önemli sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir; bu da ebeveynlerle kurulan erken duygusal bağların bireyin sosyal destek algısı ve biyolojik ve psikolojik sağlığı üzerinde uzun süreli etkileri olduğunu göstermektedir (Bays, 2017; Carlo, 2013). Bu durum, daha fazla yansıtıcı kapasiteye veya daha az yakın ailesel stres faktörüne sahip olabilecek çocuksuz bireylerin, ebeveynlerinden aldıkları sıcaklığı daha fazla takdir edebileceklerini veya kabul edebileceklerini ve algılarını olumlu yönde etkileyebileceklerini düşündürmektedir. Araştırmalar ayrıca ebeveyn sıcaklığının, bağlanma ve empatik gelişim de dahil olmak üzere temel gelişimsel süreçler için gerekli olan farklı bir ilişkisel süreç olarak öneminin altını çizmektedir (Khaleque, 2013). Bu, çocuğu olmayan bireylerin ebeveynlerini duygusal açıdan daha sıcak olarak algılayabilecekleri anlamına gelir çünkü bu sıcaklık, gelişimsel deneyimlerinin kritik bir bileşeniydi ve kişilerarası ilişkiler ve duygusal destek algılarını şekillendirdi. Özetle, çocuk sahibi olmayan bireyler, ebeveyn sıcaklığının psikolojik gelişimlerdeki temel rolü, ebeveyn sıcaklığının

algılanmasıyla ilişkili uzun vadeli sağlık ve psikolojik faydalar ve sıcaklığın gelişimsel ve ailesel deneyimlerindeki kritik önemi nedeniyle ebeveynlerini duygusal olarak daha sıcak olarak algılayabilirler. Çocuk sahibi olmayan kişilerin ebeveynleriyle daha çok ve kaliteli zaman geçirebildikleri de bir sebep olabilir (MacCallum ve Golombok, 2004; Prasad vd., 2023; Russek ve Schwartz, 1997).

Bir işte çalışmakla sürekli anksiyete, somatizasyon ve algılanan ebeveyn tutumu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Çalışan ve çalışmayan bireylerin anksiyete açısından önemli ölçüde farklılık gösterip göstermediği sorusu karmaşıktır ve araştırmalar her iki grubun ruh sağlığına katkıda bulunan çeşitli faktörlere ilişkin içgörüler sunmaktadır. Araştırmalar, işsizliğin maddi zorluklar, sosyal statü kaybı ve günlük yapı eksikliği gibi faktörler nedeniyle daha yüksek düzeyde kaygı ve depresyonla ilişkili olduğunu gösterirken, çalışan bireylerin de iş güvensizliği, işyeri talepleri ve iş-yaşam sorumluluklarını dengeleme gibi kaygıya yol açabilecek önemli stres faktörleriyle karşı karşıya olduğunu göstermektedir (Bhat ve Joshi, 2020; Fokina vd., 2018). Araştırma bulguları, istihdam durumunun ruh sağlığı üzerindeki etkisinin basit olmadığını göstermektedir. Örneğin, Keşmir'de çalışan ve çalışmayan gençlerin ruh sağlığı üzerine yapılan bir araştırma, çalışmayan bireylerin çalışan meslektaşlarına kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı, depresyon ve psikolojik sıkıntı sergilediğini ortaya koymuştur (Paul vd. 2016). Bununla birlikte, özellikle ağır iş yükü ve sorumlulukları olan çalışan kadınlar da orta ila şiddetli düzeyde anksiyete ve depresyon bildirmiştir; bu da istihdamın ruh sağlığı sorunları için her derde deva olmadığını göstermektedir (Majstorović vd., 2019).

Ayrıca, sosyal desteğin varlığı hem işsizliğin hem de istihdamla ilgili stresin olumsuz etkilerini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır. Görme engelli çalışan yetişkinler, görme engelli işsiz yetişkinlere kıyasla daha fazla olumlu sosyal destek aldıklarını bildirmiştir; bu da daha az anksiyete semptomu ve daha yüksek yaşam memnuniyeti ile ilişkilidir (Navarro-Abal vd., 2018). Bu durum, sosyal desteğin niteliği ve niceliğinin hem çalışan hem de işsiz bireylerin ruh sağlığı sonuçlarını etkileyebileceğini göstermektedir. Ayrıca, başa çıkma stratejileri ve iş arama öz yeterliliği gibi kişisel dayanıklılık faktörleri, bireylerin işsizliğe ve iş kaybına nasıl tepki vereceğini önemli ölçüde etkilemektedir. Uyumlu başa çıkma stratejilerine ve yeni iş bulma konusunda daha yüksek öz yeterliliğe sahip olanlar daha düşük

düzeyde kaygı yaşama eğilimindedir (Derakhshanpoor vd., 2015; Rusu vd., 2013). Sonuç olarak, işsizlik genellikle çeşitli stres faktörleri nedeniyle daha yüksek kaygı düzeyleriyle ilişkilendirilirken, çalışan bireyler kaygıya karşı bağışık değildir. Her iki grubun da ruh sağlığı, istihdam veya işsizliğin niteliği, kişisel başa çıkma mekanizmaları ve mevcut destek sistemleri de dahil olmak üzere karmaşık bir faktörler etkileşiminden etkilenmektedir (Cimarolli ve Wang, 2006; Comino vd., 2003).

Kronik hastalığı olanların sürekli kaygı düzeyi kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Kronik hastalığı olan kişiler, kronik hastalığı olmayanlara kıyasla anksiyete yaşamaya daha yatkın olabilir. Araştırmalar sürekli olarak kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon prevalansının daha yüksek olduğunu göstermiştir; bu da kronik hastalıklar ve ruh sağlığı bozukluklarının birbirlerini olumsuz yönde etkileyebileceği karmaşık bir karşılıklı ilişkiye işaret etmektedir (Bhatt, 2023). Çalışmalar kronik tıbbi rahatsızlıkları olan gençlerde anksiyete bozukluklarının yaygınlığının genel nüfusa göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir; bu da genç yaştan itibaren kronik bir hastalığın varlığının bireyleri anksiyete bozukluklarına yatkın hale getirebileceğini düşündürmektedir (Tekir ve Duran, 2022). Bu durum, kronik tıbbi rahatsızlıkları olan çocukların anksiyete bozuklukları açısından daha yüksek risk altında olduğuna dair bulgularla da yinelenmekte ve bu demografik grupta anksiyetenin taranması ve tedavi edilmesi ihtiyacını vurgulamaktadır (Greda vd., 2022).

Kronik hastalık ve anksiyete arasındaki ilişki, hastaların önemli bir kısmının anksiyete açısından yüksek risk taşıdığı romatizmal hastalıkları olanlar (Shimokhina vd., 2023) ve anksiyetenin yüksek prevalansının gözlemlendiği kronik bulaşıcı olmayan hastalıkları olan hastalar (Alnawa, 2020) gibi belirli hasta popülasyonlarında da belirgindir. Ayrıca, kronik hastalığın psikolojik etkisi önemlidir; kronik hastalığı olan hastalar arasında hastalık veya semptomların kötüleşmesi veya tekrarlaması korkusu yaygındır (Büyükbayram vd., 2022; Knopf, 2020). Bu korku ve belirsizlik, kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel sağlığın yanı sıra ruh sağlığı ihtiyaçlarının da ele alınmasının önemini vurgulayarak anksiyete veya anksiyete bozukluklarının gelişmesine yol açabilir (Cobham vd., 2020; Lebel vd., 2020).

Bu çalışmada kronik hastalığı olanların somatizasyon düzeyi kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan kişiler, psikolojik sıkıntının fiziksel semptomlarla ifade edildiği bir fenomen olan somatizasyonu gerçekten de daha fazla yaşamaktadır. Bu ilişki psikolojik, ailesel ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen çok yönlü bir ilişkidir. Araştırmalar, somatizasyonun yalnızca kronik hastalığın bir tezahürü olmadığını, aynı zamanda bu bireyler arasında yaşam kalitesini ve sağlık hizmeti kullanımını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Kronik hastalıkların yönetimi, fiziksel semptomların psikolojik temellerini vurgulayarak, somatizasyonu ele almak için stresin azaltılması ve başa çıkma mekanizmalarının iyileştirilmesi ihtiyacını vurgulamaktadır (Stauder vd., 2016). Somatizasyon, çeşitli kronik fiziksel rahatsızlıklarda daha düşük fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile önemli ölçüde ilişkilidir ve somatik semptomların varlığının kronik hastalık yükünü daha da ağırlaştırdığını göstermektedir (Hyphantis vd., 2009). Kronik ağrı hastalarının ağrı deneyimi genellikle somatizasyon ile iç içe geçerek bu hastalığın yönetimini ve tedavisini zorlaştırmaktadır (Birket-Smith, 2001).

Psikiyatrik tanı veya psikolojik destek almış kişilerin sürekli kaygı düzeyi destek almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik tanısı olan veya psikolojik destek alan bireylerde, durumlarının doğası, bu durumların fizyolojik ve psikolojik durumları üzerindeki etkisi ve içinde bulundukları daha geniş sosyal ve çevresel bağlamla ilgili faktörlerin bir araya gelmesi nedeniyle anksiyete düzeyleri belirgin şekilde daha yüksektir. Araştırmalar, akıl hastalıkları gibi psikiyatrik tedaviler gören hastaların önemli ölçüde stres ve anksiyete yaşadığını, hastaneye yatış ve tıbbi ortamların doğasında var olan stresin bu durumu daha da kötüleştirdiğini göstermektedir (Kholmosorova vd., 2019). Ruhsal hastalığı olan kadınlar için durum daha da vahimdir; bu kadınlar, potansiyel olarak artan anksiyete ve psikiyatrik durumlarının etkisi nedeniyle meme kanseri taraması gibi önleyici sağlık tedbirlerine daha az katılım göstermektedir (Alcindor, 2021). Öte yandan ister yüz yüze ister çevrimiçi olarak verilsin, psikolojik desteğin hastalarda hem durumluk hem de sürekli kaygıyı etkili bir şekilde azalttığı ve böylece yaşam kalitelerini ve tedaviye uyumlarını artırdığı gösterilmiştir (Hastuti vd., 2022; Jauhari, 2016). Özetle, psikiyatrik tanısı olan veya psikolojik destek alan bireylerde gözlemlenen yüksek

anksiyete, durumlarının psikolojik etkisi, fizyolojik değişiklikler ve kendilerini içinde buldukları sosyal ve sağlık ortamları arasındaki etkileşimden kaynaklanan çok yönlü bir durumdur (Tariq, 2022).

Psikiyatrik tanı veya psikolojik destek almış kişilerin somatizasyon düzeyi destek almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikolojik sıkıntının fiziksel belirtilerle dışa vurumu olan somatizasyon, psikiyatrik tanısı olan veya psikolojik destek alan bireylerde karmaşık faktörlerin etkileşimi nedeniyle belirgin şekilde daha yüksektir. İlk olarak, somatizasyon psikiyatrik bozukluklarla, özellikle de fiziksel semptomların somatize disforinin tezahürleri olduğu depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla yakından ilişkilidir (Garala vd., 2014). Bu ilişki, somatizasyonun gerçek psikiyatrik semptomatolojiyi maskeleyerek doğru tanı ve etkili tedavide gecikmelere yol açabileceği gerçeğiyle daha da karmaşık hale gelmektedir (Rohlof, 2011). Hem kültürel olarak onaylanan bir sıkıntıyı ifade etme yöntemini hem de ruh sağlığı desteği aramanın önündeki potansiyel bir engeli yansıttığı için, psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin neden daha yüksek oranda somatizasyon gösterdiklerini anlamak çok önemlidir. Dahası, somatizasyon ile nevroitiklik ve duyguları tanımlamada zorluk gibi kişilik özellikleri arasındaki ilişki, psikiyatrik bozukluklara yatkın bireylerin somatik semptomları deneyimleme ve bildirme eğiliminin de daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir (So, 2008). Bu durum, somatizasyonun kendisinin tıbbi bakım kullanımının artmasına yol açabileceği ve bireyleri kökeninde psikojenik olan semptomlar için tedavi arama döngüsüne daha da sokabileceği gerçeğiyle birleşmektedir (Barsky vd., 2005). Bu evrensellik, somatizasyonun teşhis ve tedavisindeki zorluklarla birleştiğinde, psikiyatrik tanısı olan veya psikolojik destek alan kişiler arasındaki yüksek prevalansının incelikli bir şekilde anlaşılması ihtiyacının altını çizmektedir.

Bu çalışmada psikiyatrik tanı veya psikolojik destek almış kişilerin ebeveynlerini reddedici algılama düzeyi destek almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Terapiye başvuran kişiler, çocukluk deneyimlerinden kaynaklanan psikolojik, duygusal ve davranışsal faktörlerin karmaşık etkileşimi ve ebeveyn reddinin ruh sağlığı ve başa çıkma mekanizmaları üzerindeki etkisi nedeniyle ebeveynlerini reddedici olarak algılayabilirler. İhmal, kopukluk ve olumsuz tutumlarla karakterize edilen ebeveyn reddi, çocukların kendilerine ve

başkalarıyla ilişkilerine dair algılarının şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu algı, artan saldırganlık, madde kullanımı ve duygusal istikrarsızlık gibi kötü ruh sağlığı sonuçlarıyla bağlantılıdır ve bu da bireylerin yetişkin olarak terapiye gitmesine neden olabilir (Joseph, 2014; Parnes vd., 2023; Smeijers vd., 2018). Araştırmalar, bakım verenler tarafından erken reddedilme deneyimlerinin, bireylerin reddedilmeyi endişeyle beklediği, kolayca algıladığı ve reddedilmeye yoğun tepki verdiği reddedilme duyarlılığına yol açabileceğini göstermiştir. Bu yüksek reddedilme korkusu genellikle erken terk edilme deneyimlerinden kaynaklanır ve daha sonraki reddedilme durumlarının terk edilme ve hayatta kalmaya yönelik bir tehdit olarak algılanmasına neden olur (Sajid ve Riaz, 2016). Algılanan ebeveyn reddinin duygusal bedeli, azalan öz saygı, artan endişe ve güvensizlik duyguları ve ilişki kurmada zorlukları içerebilir. Bu da terapi arama olasılığına daha da katkıda bulunur (Clare, 2018). Bu mücadele, saldırganlık ve diğer uyumsuz davranışlarla bağlantılı olan bilişsel çarpıtmaların ve kişinin kendi davranışına veya başkalarının davranışına ilişkin yanlış inançların gelişmesiyle daha da artar (Camden ve Brown, 2017).

Terapi bağlamında, bireyler terapistlerini ebeveyn figürleriyle olan geçmiş deneyimleri ışığında da algılayabilirler. Örneğin agorafobik hastalar, ebeveynlerini daha reddedici ve daha az sıcak olarak bildirme eğilimindedir; bu da terapistlerine ilişkin algılarını ve terapistleriyle olan ilişkilerini etkileyebilir (Riaz ve Qashmi, 2012). Ayrıca, çocuklukta kötü muamele ve davranış sorunları arasındaki ilişkide algılanan ebeveyn reddinin aracı rolü, terapinin ele almayı amaçladığı psikososyal sorunların gelişiminde ebeveyn ilişkilerinin önemini altını çizmektedir (Xiao vd., 2017). Evlat edinilmiş çocuklarda, algılanan ebeveyn reddi psikolojik uyumu ve kişilik gelişimini ciddi şekilde etkileyebilir. Bu da algılanan reddin farklı aile dinamikleri üzerindeki yaygın etkisini vurgulamaktadır (Khadim ve Pervaiz, 2021). Özetle, terapi gören bireyler arasında ebeveyn reddi algısı, erken reddedilme deneyimlerinin psikolojik refahları, başa çıkma stratejileri ve kişilerarası ilişkileri üzerindeki kalıcı etkisine bağlanabilir ve bu da onları bu karmaşık sorunları ele almak için terapötik müdahaleler aramaya iter.

Psikiyatrik tanı veya psikolojik destek almış kişilerin ebeveynlerini aşırı korumacı algılama düzeyi destek almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Araştırmalar, algılanan ebeveyn aşırı korumasının, bireyleri terapi arayışına yönlendirebilecek içselleştirme sorunları ve antisosyal davranışlar da dahil olmak üzere çeşitli uyumsuz psikolojik sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Arslan vd., 2023). Ayrıca, intihar davranışı gösteren bireyler, özellikle babalarından aşırı koruma algıladıklarını bildirmişlerdir ve bu tür algıların ciddi psikolojik sıkıntılarla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir (Morales vd., 2014). Terapötik sürecin, özellikle de şema terapinin, hastaların ebeveyn bağına ilişkin algılarını etkilediği gösterilmiştir. Örneğin, daha düşük baba bakımı ve daha yüksek anne koruması belirli uyumsuz sonuçlarla ilişkilidir ve terapi, anne bakımına ilişkin daha olumsuz bir görüşe yol açmıştır (Lunding ve Hoffart, 2016). Bu, terapinin bireylerin ebeveynlerinin davranışlarına ilişkin algılarını değiştirebileceğini ve potansiyel olarak daha önce fark edilmeyen aşırı korumacı eğilimleri vurgulayabileceğini göstermektedir. Dahası, depresyona karşı bilişsel bir kırılganlık olan işlevsiz tutumlar, özellikle cinsiyete özgü şekillerde ebeveyn aşırı korumasıyla ilişkilendirilmiştir (Otani vd., 2013). Bu durum, terapinin bu işlevsiz tutumları ele alarak aşırı koruma algılarını da ortaya çıkarabileceği anlamına gelmektedir. Olumsuz ebeveynlikten kaynaklanan patojenik inançlar, yetişkin psikopatolojisinde önemli bir rol oynamaktadır ve bu inançlara odaklanan terapi, katkıda bulunan bir faktör olarak algılanan aşırı korumayı ortaya çıkarabilir (Aafjes-van vd., 2021).

Ayrıca, aşırı korumacı ebeveynlik tarzları bağımlı kişilik bozukluğu semptomlarının gelişimiyle doğrudan ilişkilendirilmiştir ve bu semptomları hedef alan terapi, bu algılarla yüzleşmeyi gerektirebilir (Liu, 2023). Çocuklarda anksiyete bozuklukları üzerine yapılan araştırmalar, endişeli çocukların ebeveynlerinin aşırı korumacı davranışlar bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Hudson ve Rapee, 2005) ve endişe ve kaygıyı azaltmayı amaçlayan terapi, bu ebeveyn davranışlarını ele almayı içerebilir. Endişe ve kaygı ile ilişkili uyumsuz üstbilişlerin gelişimi, hatırlanan ebeveyn aşırı korumasıyla ilişkilendirilmiştir (Spada vd., 2012). Son olarak, aşırı korumacı ebeveynlik, aşırı düşük doğum ağırlığı ile yetişkinlikte anksiyete ve madde kullanım bozuklukları riski arasındaki ilişkide bir aracı olarak tanımlanmıştır ve bu durumlara yönelik terapinin aşırı koruma algılarını

ele almayı içerebileceğini düşündürmektedir (Day vd., 2018). Özetle, terapi gören bireyler, psikolojik durumları, çocukluk deneyimlerine dayanan uyumsuz şema ve inançlara terapötik odaklanma ve ebeveyn davranışlarını terapötik bir mercekten yeniden değerlendirme süreci arasındaki etkileşim nedeniyle ebeveynlerini aşırı korumacı olarak algılayabilirler.

Bu çalışmada psikiyatrik tanı veya psikolojik destek almış kişilerin ebeveynlerini duygusal sıcaklık algılama düzeyi destek almayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Terapi gören bireyler arasında ebeveynlerden gelen duygusal sıcaklığın azaldığı algısı, son araştırmalarla aydınlatılan birbirine bağlı birkaç faktöre bağlanabilir. İlk olarak, terapi genellikle ebeveynlerle olanlar da dahil olmak üzere geçmiş deneyimlerin ve ilişkilerin araştırılmasını ve yeniden değerlendirilmesini içerir. Bu iç gözlemsel süreç, ebeveyn davranışlarına ve algılanan duygusal erişilebilirliğe daha eleştirel bir bakış açısı getirebilir. Örneğin, C kümesi kişilik sorunlarını ele almayı amaçlayan şema terapisinin bazen hastaların tedavi sonrası anne bakımını daha az besleyici olarak algılamalarına neden olduğu gösterilmiştir, bu da terapötik müdahalelerin ebeveyn sıcaklığı algılarını olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir (Elliott, 2018). Ayrıca, terapötik ortam bireyleri, terapiden önce tam olarak kabul edilmemiş veya anlaşılmamış olabilecek duygusal sıkıntılarla yüzleşmeye ve bunları ifade etmeye teşvik eder. Bu yeni keşfedilen netlik, geçmişteki ebeveyn desteğinin nasıl görüldüğünü değiştirebilir ve potansiyel olarak daha önce göz ardı edilen veya rasyonelleştirilen duygusal sıcaklıktaki eksiklikleri vurgulayabilir.

Çalışmalar, genellikle terapiye yol açan durumlar olan anksiyete veya agorafobi geçmişi olan bireylerin, kontrollere kıyasla ebeveynlerini geriye dönük olarak daha az sıcak ve daha reddedici olarak rapor ettiklerini göstermiştir; bu da terapi eyleminin kendisinin bu değişen algıların tek nedeni olmayabileceğini, daha ziyade önceden var olan duyguları güçlendirdiğini düşündürmektedir (Lunding ve Hoffart, 2016). Buna ek olarak, terapi, geçmiş olayların bilişsel olarak yeniden değerlendirilmesi nedeniyle duygusal sıcaklık çarpıtması duygularını ortaya çıkarabilir veya şiddetlendirebilir ve ebeveyn-çocuk dinamiğinin yeniden değerlendirilmesine yol açabilir (Patihis vd., 2019). Bu durum, terapinin bireylerin ebeveynlerine ilişkin idealize edilmiş görüşlerine de meydan okuyabileceği ve onları

ilişkilerine dair daha incelikli ve bazen daha az olumlu bir anlayışla karşı karşıya bırakabileceği gerçeğiyle daha da karmaşık hale gelmektedir (Choi ve Kim, 2005). Ayrıca, terapötik süreç bazen altta yatan sorunları keşfetmenin bir parçası olarak ebeveynlerle olanlar da dahil olmak üzere ilişkilerin olumsuz yönlerini istemeden vurgulayabilir. Olumsuz odaklanma, algıları çarpıtarak duygusal sıcaklık gibi olumlu yönleri daha az belirgin hale getirebilir (Atzil-Slonim vd., 2015; Chong vd., 2014). Bu nedenle, terapötik yolculuk birçok açıdan faydalı olsa da ebeveyn ilişkilerinin karmaşık bir şekilde yeniden değerlendirilmesine yol açabilir ve bazen bireyler geçmiş deneyimlerini mevcut benlik ve başkaları anlayışlarıyla uzlaştırırken onları duygusal olarak daha az sıcak bir ışık altında bırakabilir.

36-50 yaş arası bireylerin sürekli kaygı düzeyi 18-25 ve 26-35 yaş arası bireylere göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Genç yetişkinler, gelişimsel zorluklar ve stres faktörlerine maruz kalma gibi faktörlerin bir araya gelmesi nedeniyle orta yaşlı bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı sergilemektedir. Gelişimsel olarak, genç yetişkinler önemli bir değişim ve belirsizlik döneminden geçmekte, kimlik, bağımsızlık ve gelecek planlaması ile ilgili konularla boğuşmakta ve bu da kaygı duygularını şiddetlendirebilmektedir (Prasetya vd., 2023). Bu dönem aynı zamanda ruh sağlığı zorluklarının yüksek prevalansı ile karakterize edilir ve çalışmalar genç yetişkinler arasında kayda değer bir anksiyete bozukluğu insidansı olduğunu göstermektedir (Geng vd., 2023). Genç yetişkinlerin, özellikle de önceden mevcut ruh sağlığı sorunları, mali sorunları veya ruh sağlığı bilgilerine erişimde zorlukları olanların, kalıcı anksiyete açısından daha büyük risk altında olduğu görülmüştür (Mani vd., 2020). Orta yaşlı yetişkinler kaygıya karşı bağışıklık kazanmamış olsalar da kaygılarının yoğunluğunu hafifleten daha istikrarlı yaşam koşullarına ve başa çıkma mekanizmalarına sahip olabilirler. Örneğin, daha güvenli bir işe, yerleşik ilişkilere ve daha net bir kimlik duygusuna sahip olabilirler, bu da kaygıya karşı bir tampon sağlayabilir. Özetle, genç yetişkinlerde orta yaşlı bireylere kıyasla gözlemlenen daha yüksek kaygı seviyeleri, gelişimsel zorluklara ve bu yaşam evresinde karşılaşılan benzersiz stres faktörlerine bağlanabilir.

36-50 yaş arası bireylerin somatizasyon düzeyi 18-25 ve 26-35 yaş arası bireylere göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Genç yetişkinler, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin bir kombinasyonu nedeniyle orta yaşlılara göre daha fazla somatize olmaktadır. Araştırmalar, genç bireylerin, özellikle de 30 yaşın altındakilerin, yaşlı meslektaşlarına kıyasla daha yüksek düzeyde psikolojik gerginlik yaşadıklarını ve bu etkinin Covid-19 salgını gibi sağlık krizleri sırasında daha belirgin olduğunu göstermektedir (Tatsis vd., 2022). Genç yetişkinlerdeki bu artan psikolojik gerginlik, sağlıkla ilgili semptomları yaşamaya ve bildirmeye daha yatkın olabilecekleri için somatizasyonun artmasına neden olabilir (Barbati vd., 2022; Salmon vd. 2022). Kültürel ve sosyal faktörler de genç yetişkinler arasında somatizasyonun yaygınlığında önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, göç süreci ve ardından gelen yeni bir kültüre entegrasyon ihtiyacı, somatizasyon düzeylerini etkileyen psikolojik değişikliklere neden olabilir. Hayatın geçiş aşamasında olan genç yetişkinler bu değişiklikleri özellikle zorlayıcı bulabilir ve bu da daha yerleşik, orta yaşlı bireylere kıyasla daha yüksek somatizasyon seviyelerine yol açabilir (Vargas-Prada vd., 2016).

Ayrıca, ayrımcılığın etkisi ve kültürel karışım ve kimlik sorunlarıyla ilişkili stres, genç yetişkinlerde, özellikle de göçmen kökenli olanlarda somatizasyonu daha da kötüleştirebilir (Garala vd., 2014). Mizaç faktörleri ve anksiyete de genç yetişkinlerde somatizasyonun daha yüksek oranda görülmesine katkıda bulunur. Nevrotiklik, sosyal kaçınma ve düşünce çarpıtması gibi özellikler, bu yaş grubunda somatik davranış ve kaygının önemli belirleyicileri olarak tanımlanmıştır (Stauder vd., 2016). Ayrıca, duygudurum, anksiyete ve kişilik bozuklukları da dahil olmak üzere psikiyatrik komorbiditelerin varlığı somatizasyon ile ilişkilidir (Karvonen vd., 2007). Bu komorbiditelere daha yüksek oranda sahip olabilen genç yetişkinlerin somatize olma olasılığı daha yüksektir. Çocukluk travması ve güvensiz bağlanma stilleri de daha yüksek somatizasyon düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir ve bu faktörler genç yetişkinler üzerinde daha önemli bir etkiye sahiptir (Waldinger vd., 2006). Özetle, genç yetişkinlerde orta yaşlı bireylere kıyasla daha yüksek somatizasyon görülme sıklığı, psikolojik sıkıntı, kültürel ve sosyal zorluklar, mizaç ve kaygı ile ilgili faktörler ve psikiyatrik komorbiditelerin varlığının karmaşık bir etkileşimine bağlanabilir.

18-25 yaş arası bireylerin babalarını duygusal sıcaklıkla algılamaları 26-35 ve 36-50 yaş arasına göre daha düşüktür. Babaların genç yetişkinler tarafından orta yaşlı yetişkinlere kıyasla daha az duygusal olarak sıcak olarak algılanması, son araştırmalarla aydınlatılan birkaç faktöre bağlanabilir. İlk olarak, bir çalışma genç yetişkinlerin benlik saygısının ebeveynlerinin duygusal erişilebilirliğinden etkilendiğini vurgulayarak, genç yetişkinliğin gelişimsel aşamasının bireyleri ebeveyn duygusal sıcaklığına veya eksikliğine karşı daha hassas hale getirebileceğini öne sürmektedir (Özkaya vd., 2022). Bu duyarlılık, genç yetişkinlerin algılarını babalarını duygusal açıdan daha az sıcak olarak görme yönünde çarpıtabilir. Ayrıca, Sheeran ve diğerleri tarafından araştırıldığı üzere, ebeveynlik rollerine yönelik toplumsal kalıp yargılar ve tutumlar, genç babaların olumsuz algılandığını göstermektedir; bu da babalardan gelen duygusal sıcaklığın nasıl algılandığı konusunda genç yetişkinlerin görüşlerini etkileyen nesilsel bir değişime katkıda bulunabilir (Sheeran vd., 2021). Yetişkinliğe geçiş, ebeveynin duygusal sıcaklığına duyulan ihtiyacın toplumun bağımsızlık beklentileriyle yan yana geldiği kritik bir dönemdir ve muhtemelen genç yetişkinleri babalarının duygusal bağlılığına karşı daha eleştirel hale getirmektedir (Quan vd., 2022).

Anwer ve diğerlerinin araştırması, duygusal sıcaklığın duygusal zeka ve dayanıklılığın önemli bir belirleyicisi olduğunu öne sürerek, babalardan algılanan duygusal sıcaklık eksikliğinin karmaşık sosyal ve duygusal manzaralarda gezinen genç yetişkinlerde daha belirgin olabileceğini ima etmektedir (2019). Ayrıca, Chong ve diğerlerinin sıcak ebeveynlik ve benlik saygısı arasındaki olumlu ilişkiye dair bulguları, genç yetişkinler tarafından kolayca tanınmayan veya kabul edilmeyen algılanan duygusal sıcaklığın psikolojik gelişimdeki öneminin altını çizmektedir (2014). Duygusal olarak yoksun babalara sahip genç yetişkin kadınların deneyimleri, algılanan duygusal yokluğun kız çocukları üzerindeki uzun vadeli etkilerini daha da aydınlatmakta ve genel olarak genç yetişkinlerin babalarının duygusal sıcaklığını nasıl algıladıklarını potansiyel olarak etkilemektedir (Peyper vd., 2015). Başka bir çalışmada incelenen ebeveyn çatışması ve boşanmanın etkileri, boşanma sonrası olumsuz baba ebeveynlik uygulamalarının genç yetişkinlerin romantik ilişkilerdeki öz yeterliliklerini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir; bu da ailevi aksaklıkların babaların duygusal açıdan daha az sıcak olarak algılanmasına katkıda

bulunabileceğini düşündürmektedir (Rahma, 2023). Bu araştırma bütünü, gelişimsel, toplumsal ve ailesel faktörlerin bir araya gelmesinin, genç yetişkinlerin babalarını duygusal açıdan daha az sıcak olarak algılamalarına katkıda bulunduğunu ve bu algıları kendi ebeveynlik deneyimleriyle uzlaştırmış veya duygusal sıcaklık beklentilerini zaman içinde ayarlamış olabilecek orta yaşlı yetişkinlere kıyasla daha az olası olduğunu göstermektedir.

Ön lisans/lisans mezunların yüksek lisans/doktora öğrencilerine göre algılanan aşırı koruyucu baba düzeyi daha yüksektir. Lisans mezunları, ebeveyn etkisi, psikolojik gelişim ve akademik baskılarla ilgili faktörlerin bir kombinasyonu nedeniyle babalarını yüksek lisans ve doktora mezunlarına kıyasla aşırı korumacı olarak algılayabilir. Araştırmalar, aşırı korumacı ebeveynliğin yeni yetişkinlerde akademik güven ve performansı zayıflatabileceğini göstermekte ve bu tür ebeveynlik tarzlarının, genellikle akademik ve kişisel gelişimlerinin erken aşamalarında olan lisans düzeyindeki bireyler üzerinde daha belirgin bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir (Lewis vd., 2024). Bu durum, lisansüstü eğitime geçmeden önce çalışmalarını genellikle lisans düzeyinde sürdüren tıp öğrencilerinin, aşırı koruyucu ebeveynlik algılarıyla bağlantılı olan depresyon ve intihar düşüncesi oranlarının daha yüksek olduğunu bildiren bulgularla da desteklenmektedir (Tugnoli vd., 2022). Dahası, aşırı ebeveyn koruması algısı, ergenlerde erken yetişkinlik dönemine kadar uzanabilen uyumsuz psikolojik, akademik ve sosyal işlevsellik ile ilişkilidir ve lisans programlarındakileri ileri düzey lisansüstü eğitimdekilerden daha fazla etkilemektedir (Arslan vd., 2023).

Babaların özellikle yaralanmaların önlenmesi ve risk alma ile ilgili olarak aşırı korumaya ilişkin bakış açıları, aşırı korumanın öznel doğasını vurgulamakta ve bazıları tarafından aşırı korumacı davranış olarak görülen şeyin başkaları tarafından gerekli tedbir olarak görülebileceğini öne sürmektedir (Brussoni ve Olsen, 2013). Bu öznel yorumlama, farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin babalarının koruyucu davranışlarını nasıl algıladıklarını etkileyebilir. Buna ek olarak, ebeveynin aşırı korumacılığının teşvik ettiği başarı ve bağımlılıkla ilgili işlevsiz tutumların gelişimi, akademik ve profesyonel yeteneklerini kanıtlama konusunda kritik bir dönemeçte olan lisans öğrencileri tarafından daha şiddetli bir şekilde hissedilebilir (Otani vd., 2013). Çalışma ve mali baskılar da dahil olmak üzere yüksek lisans ve doktora

öğrencilerinin karşılaştığı baskılar, odak noktalarını ebeveyn etkilerinden ileri düzey çalışmaları ve gelecekteki kariyer beklentileriyle ilgili daha acil kaygılara doğru kaydırabilir (Yan ve Zhang, 2015). Yüksek lisans ve doktora programlarından mezun olanlar akademik başarılarını genellikle bağımsızlığı, motivasyonu ve eğitime olumlu bakışı teşvik eden belirli ebeveynlik uygulamalarına bağlamaktadır; bu da öğrenciler daha yüksek eğitim seviyelerine ilerledikçe ve akademik başarılarında ebeveyn desteğinin rolünü takdir etmeye başladıkça aşırı koruma algısının azalabileceğini düşündürmektedir (Wilson, 2016). Eğitim geliştirme koordinasyon organları tarafından desteklenen çalışmalarda belirtildiği üzere, yükseköğretim personeline sunulan destek yapıları ve finansman mekanizmaları, mezun öğrenciler için ek kaynaklar ve başa çıkma mekanizmaları sağlayarak aşırı korumacı ebeveynliğin algılanan etkisini daha da azaltabilir (Ferreira vd., 2019). Özetle, lisans mezunları, gelişim aşamaları, akademik baskılar ve öğrenciler eğitim ve kişisel yaşamlarında ilerledikçe ebeveyn desteği ve bağımsızlık algılarının değişmesi nedeniyle, yüksek lisans ve doktora programlarındaki meslektaşlarına kıyasla babalarını aşırı korumacı olarak algılayabilirler.

Bekar insanların anksiyete düzeyi boşanmış veya evli kişilere göre daha yüksektir. Bekar bireyler, farklı araştırmalarda belirlenen çeşitli faktörler nedeniyle, evli veya boşanmış meslektaşlarına kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı yaşayabilir. Bekar kalma korkusu, bekar kalma olasılığına yönelik sıkıntıyı da kapsadığı için önemli bir kaygı kaynağıdır. Bu korkunun kültürel bağlamlar genelinde doğrulanması, bunun tek bireyler arasındaki kaygı düzeyleri üzerindeki yaygın ilgisini ve etkisini göstermektedir (Niederlová ve Štěrbová, 2022). Ek olarak, tek olma korkusu ölçeği ve ilişki içinde olanlara uyarlanması, bekarlığa ilişkin güvensizliğin sadece bekar bireylere özgü olmadığını, ilişki içinde olanları da etkileyerek genel kaygı düzeylerine katkıda bulunabileceğini vurgulamaktadır (Taş, 2020). Medeni durum, algılanan stres ve kaygıyla doğrudan bağlantılıdır; bekarlık, özellikle sosyal sorumluluklar, yalnızlık ve ekonomik kaygılarla ilgili alanlarda artan stresle ilişkilidir. Bu stres etkenleri medeni durum ile kaygı arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir; bu da bekar bireylerin bu alanlarda karşılaştığı zorlukların ve belirsizliklerin kaygı düzeylerine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu düşündürmektedir (Sartor vd., 2023). Tersine, evli bireyler, kendi zorluklarıyla

yüzleşmelerine rağmen, evliliğin sağlayabileceği sosyal destek ve ekonomik istikrardan yararlanabilir ve bu da kaygıya karşı tampon oluşturabilir (Hald vd., 2022). Boşanmış bireyler başlangıçta genel nüfusa göre daha yüksek düzeyde kaygı ve depresyon yaşarken, yeni durumlarına uyum sağladıkça bu etkilerin zamanla azaldığını görebilirler (Canterella vd., 2023; Ünal vd., 2022). Bu uyum dönemi kaygı düzeylerinin normalleşmesine yol açabilir; bu da boşanmış bireylerin neden sürekli olarak bekar bireylere göre daha yüksek kaygı düzeyleri bildirmediklerini açıklayabilir. Ayrıca, medeni durumun kaygı üzerindeki etkisinin cinsiyetler arasında aynı veya çocuk sahibi olup olmamasına bağlı görünmemesi, medeni durum ve bireysel koşullarla ilgili diğer faktörlerin kaygı düzeylerini etkilemede rol oynadığını göstermektedir (DePaulo ve Kislev, 2023; Nieder ve Kämpe, 2018; Ta vd., 2017;). Bu karmaşıklık, bekar, evli ve boşanmış bireylerde kaygı düzeyinin belirlenmesinde medeni durum, sosyal destek, ekonomik istikrar ve bireysel psikolojik faktörler arasındaki çok yönlü ilişkinin altını çizmektedir.

Gelirlerini düşük algılayanların kaygı düzeyi gelirlerini yüksek olarak algılayanlarda fazla çıkmıştır. Düşük gelir ile yüksek kaygı düzeyi arasındaki ilişki, araştırmanın da gösterdiği gibi, birbiriyle bağlantılı birçok faktöre bağlanabilir. Düşük gelirli bireylerin iş güvensizliği, mali sıkıntı ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişim gibi kaygı düzeylerinin önemli belirleyicileri olan stres etkenlerini yaşama olasılıkları daha yüksektir. Rohan M. Shah ve diğerleri tarafından yapılan çalışma, düşük gelirli popülasyonlarda depresif veya anksiyete ile ilişkili semptomların daha sık görüldüğünü ve hipertansiyon geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu bulmuştur; bu da sosyoekonomik durum ile anksiyete dahil sağlık sonuçları arasında bir bağlantı olduğunu gösteriyor (2023). Benzer şekilde Chung ve diğerleri, genellikle düşük gelirli bireylerin yaşadığı bir durum olan yoksunluğun kaygı ve stresle önemli ölçüde ilişkili olduğunu vurgulayarak yoksulluğun maddi ve psikososyal bileşenlerinin ruh sağlığını doğrudan etkilediğini öne sürmüştür (2021). Düşük gelirli ve azınlık nüfusların aile geliri, istihdam ve ruh sağlığı tedavisine erişim üzerinde daha büyük olumsuz etkiler yaşamasıyla, COVID-19 salgını bu eşitsizlikleri daha da artırdı ve daha yüksek kaygı düzeyleri bildirme olasılıklarını daha da artırdı (Hall vd., 2022; Mistry-Patel ve Brooker, 2023). Düşük sosyoekonomik statüdeki ailelerden gelen çocukların da kaygı sorunları açısından

yüksek risk altında olması, düşük gelirin kaygı üzerindeki etkilerinin yaşamın erken dönemlerinde başlayabileceğini ve hem biyolojik hem de bağlamsal yollardan etkilenebileceğini göstermektedir (Lee vd., 2022; Mistry-Pater ve Brooker, 2023).

Üstelik, COVID-19 salgını sırasında gelir azalmasının daha fazla kaygı/depresyon belirtileriyle ilişkilendirilmesi, finansal istikrarsızlığın ruh sağlığı üzerindeki doğrudan etkisinin altını çizmektedir. Packness ve diğerleri, sosyoekonomik konum ile kaygı bozuklukları arasında güçlü bir ilişki bulmuş, mali sıkıntı veya geçici işsizlik yaşayan bireylerin kaygı oranlarının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir (Packness vd., 2023). Wang ve diğerleri, göreceli gelirin ve kişinin mali durumunun diğerlerine kıyasla subjektif değerlendirmesinin, ekonomik koşulları kaygı düzeyleriyle daha da ilişkilendirerek psikolojik refahı nasıl etkileyebileceğini tartışmıştır (Wang vd., 2022). İlginç bir şekilde, Vanja Ljevar ve diğerleri kaygının karmaşık doğasını ve bunun sosyoekonomik koşullarla olan ilişkisini araştırmışlar, yoksunluk düzeylerinin ve kişilik özelliklerinin de kaygının ortaya çıkmasında rol oynadığını öne sürerek, gelir ile ruh sağlığı arasında çok yönlü bir ilişkiye işaret etmişlerdir (Ljevar vd., 2020). Toplu olarak bu çalışmalar, düşük gelirin, mali sıkıntı, sınırlı kaynaklar ve yoksullukla ilişkili psikososyal stres faktörlerinin birleşiminden dolayı daha yüksek kaygı düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Gelirlerini düşük algılayanların somatizasyon düzeyi gelirlerini yüksek olarak algılayanlarda fazla çıkmıştır. Psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşimi nedeniyle, düşük gelirli kişilerin somatizasyon yaşama olasılığı yüksek gelirli kişilere göre daha yüksektir. Araştırma hem yüksek gelirli hem de düşük-orta gelirli ülkelerde göreceli yoksulluk içinde yaşayan ergenleri karşılaştıran bir çalışmada gösterildiği gibi, yoksulluğun ustalık ve refah duygusunu etkileyerek somatizasyona yönelik kırılganlığı artırdığını gösteriyor. Bu çalışma, ekonomik kırılganlık yaşayan gençler arasında önemli düzeyde somatizasyon tespit etmiş ve potansiyelin (strese bağlı olumsuz sağlık etkilerine karşı bir tampon) somatizasyon eğilimlerinin önemli bir yordayıcısı olarak rolünü vurgulamıştır (Lev-Wiesel ve De, 2023). Somatizasyon olgusu aynı zamanda sosyal ve kültürel faktörlerden de etkilenir; her kültür, menşee ülkenin farklı düzeylerde somatizasyon karakteristiğini ifade eder. Örneğin göçmenler, ev sahibi ülkeye entegrasyonlarıyla uyumlu somatizasyon düzeyleri

gösteriyor; bu da göçün ve sosyo-ekonomik zorlukların neden olduğu psikolojik değişikliklerin somatizasyona katkıda bulunduğunu gösteriyor (Barbati vd., 2022). Ayrıca yetiştirilme ortamı ve genel sosyal bağlam, özellikle çocuklarda somatizasyon semptomlarının gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Yapıcı bir kendini gözlemlene eksikliği ve çevresel faktörlerden dolayı içsel deneyimlerin sözlü olarak ifade edilememesi, düşük sosyo-ekonomik gruplarda somatizasyonun yaygınlaşmasına katkıda bulunmaktadır. Göçmenler üzerinde yapılan araştırmalar, psikolojik sıkıntı yaşayanlar, sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda algılanan ihtiyaçlar ve göç sonrası yaşam zorlukları yaşayanlar arasında somatizasyonun daha sık görüldüğünü, sosyo-ekonomik yoksunluk ve strese maruz kalmanın kritik faktörler olduğunu göstermektedir (Tatsis vd., 2022).

Ek olarak, araştırmalar somatizasyonun daha düşük sosyal sınıf ve finansal kısıtlamalarla ilişkili olduğunu, bunun da daha zayıf kişilerarası ilişkilere ve çatışmalara yol açtığını ve bunun da somatizasyon semptomlarını şiddetlendirdiğini bulmuştur (Zawilski, 2022). İran'da, depresyon ve kaygının yanı sıra somatizasyon yükü de yüksektir ve bu koşullar ile medeni durum ve gelir düzeyi gibi sosyo-ekonomik faktörler arasında önemli korelasyonlar vardır ve bu da ekonomik zorlukların ruh sağlığı üzerindeki etkisini daha da vurgulamaktadır (Lanzara vd., 2019). Benzer şekilde, Nijerya'da ve ayakta tedavi gören genel nüfus arasında yapılan araştırmalar, somatizasyonla ilişkili olarak düşük sosyo-ekonomik statü, mali kısıtlamalar ve bozulmuş aile yapılarını belirlemiş ve bu sosyo-ekonomik faktörleri dikkate alan bütünsel yönetim ihtiyacının altını çizmiştir (Garrusi vd., 2019; Ladipo vd., 2015). Özetle, düşük gelirli insanlar, ekonomik kırılganlık, sosyo-kültürel faktörler, psikolojik sıkıntı ve kontrol duygularını, refahlarını ve stresle baş etme becerilerini etkileyen çevresel etkilerin bileşik etkileri nedeniyle somatizasyona daha duyarlıdır (Rokvic, 2018).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada somatizasyon, algılanan ebeveyn tutumu ve sürekli kaygı düzeylerinin çeşitli sosyo-demografik değişkenler açısından anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir. Ayrıca somatizasyonun yordayıcıları olarak sürekli kaygı ve algılanan ebeveyn tutumunun ilişkisi incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular şu şekildedir:

Somatizasyon ile sürekli anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuş, somatizasyon ile reddedici anne tutumu ve reddedici baba tutumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş, sürekli kaygı ile reddedici algılanan anne ve baba tutumları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuş, sürekli anksiyete ile duygusal sıcaklık olarak algılanan anne ve baba tutumları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş, somatizasyon ile duygusal sıcaklık olarak algılanan anne ve baba tutumu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur; bu bulgular neticesinde de uygulanan analizler doğrultusunda sürekli kaygı puanları ve reddedici algılanan anne tutumu puanlarının somatizasyon puanları üzerinde anlamlı düzeyde yordayıcı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Demografik değişkenler açısından bakıldığında;

Cinsiyet değişkenine göre sürekli kaygı düzeyi, somatizasyon düzeyi, reddedici algılanan anne ve baba ebeveyn tutumu ve aşırı korumacı algılanan anne ebeveyn tutumu düzeyi farklılaşmakta olup hepsi kadınlarda daha fazladır.

Çocuk sahibi olma değişkenine göre sürekli kaygı düzeyi, duygusal sıcaklık olarak algılanan anne ebeveyn tutumu ve duygusal sıcaklık algılanan baba ebeveyn tutumu düzeyleri farklılaşmakta olup çocuk sahibi olmayanlarda daha fazladır.

Çalışma değişkenine göre diğer değişkenler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kronik hastalığa sahip olma değişkenine göre sürekli kaygı ve somatizasyon düzeyi farklılaşmakta olup kronik hastalığı olanlarda sürekli kaygı ve somatizasyon düzeyi kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazladır.

Psikiyatrik/psikolojik tanı veya destek alma değişkenine göre sürekli kaygı düzeyi, somatizasyon düzeyi, reddedici algılanan anne ve baba ebeveyn

tutumları düzeyi, aşırı korumacı algılanan anne ve baba ebeveyn tutumları düzeyi farklılaşmakta olup sürekli kaygı düzeyi, somatizasyon düzeyi, reddedici algılanan anne ve baba ebeveyn tutumları düzeyi, aşırı korumacı algılanan anne ve baba ebeveyn tutumları düzeyi psikiyatrik/psikolojik tanı veya destek alanlarda almayanlara göre daha fazladır. Duygusal sıcaklık algılanan anne ve baba ebeveyn tutumları düzeyi farklılaşmakta olup duygusal sıcaklık algılanan anne ve baba ebeveyn tutumları düzeyi psikiyatrik/psikolojik tanı veya destek almayanlarda alanlara göre daha fazladır.

Yaşa göre somatizasyon, algılanan duygusal sıcaklık baba ve sürekli anksiyete farklılaşmakta olup, 36-50 yaş aralığındaki bireylerin sürekli kaygı düzeyleri 18-25 ve 26-35 yaş aralığındaki bireylerden daha az, 36-50 yaş aralığındaki bireylerin somatizasyon düzeyleri 18-25 ve 26-35 yaş aralığındaki bireylerden daha az, 18-25 yaş aralığındaki bireylerin algılanan duygusal sıcaklık baba düzeyi 36-50 ve 51-60 yaş aralığındaki bireylerden daha azdır.

Eğitim durumu değişkenine göre aşırı koruyucu baba algılanan ebeveyn tutumu düzeyi farklılaşmakta olup ön lisans/lisans mezunu bireylerin aşırı koruyucu baba algılanan ebeveyn tutumu düzeyi yüksek lisans/doktora mezunu bireylerden daha fazladır.

Yaşanılan yer değişkenine göre somatizasyon düzeyi farklılaşmakta olup ilçede yaşayan kişilerin somatizasyon düzeyleri ilde yaşayanlara göre daha fazladır.

Medeni durum değişkenine göre sürekli kaygı düzeyleri farklılaşmakta olup bekar olan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri boşanmış katılımcılara göre daha fazla, bekar olan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri evli katılımcılara göre daha fazladır.

Algılanan gelir düzeyi değişkenine göre sürekli kaygı ve somatizasyon düzeyleri farklılaşmakta olup gelir düzeyini düşük algılayan kişilerin sürekli kaygı düzeyi gelir düzeyini yüksek algılayan kişilere göre fazla, gelir düzeyini düşük algılayan kişilerin somatizasyon düzeyi gelir düzeyini yüksek algılayan kişilere göre fazladır.

İlerdeki çalışmalarda yaş değişkeni ve kullanılan üç değişken arasındaki ilişkide daha kapsamlı bir çalışma yapılabilir. İleri yaş grubu daha fazla olan bir örnekleme çalışılabilir ve çıkacak farklılıkların irdelenmesinin bu alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada durumluk kaygı ölçeğinin iç güvenilirliği düşük çıktığı için analizlerin sağlıklı olması açısından analizlere dahil edilmemiştir. Diğer araştırmalarda durumluk kaygının bu değişkenlerle olan ilişkisi incelebilir.

Araştırmada algılanan ebeveyn tutumu ve diğer değişkenler de beraber düşünüldüğünde demografik bir değişken olarak bireylerin çocukken anne ve babalarının boşanmış veya evli olup olmadığı sorulabilir ve buna göre bir karşılaştırma yapılabilir.

Bu çalışmada bireyin çalışma durumuyla ilgili anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Bunun nedenleri araştırılabilir ve başka örneklerde anlamlı bir fark olup olmadığı çalışılabilir.

Somatizasyon, sürekli kaygı ve reddedici algılanan ebeveyn tutumunun yanında başka faktörlerden de etkilenebilir. Bu sebeple bu konuda daha ayrıntılı araştırmalar yapılabilir.

Bu araştırmada kaygı ve somatizasyon ilişkisi ayrıntılı bir şekilde tartışılmıştır. Fakat, kaygı ile somatizasyon arasındaki kompleks ilişki daha derin bir şekilde araştırılmaya ve açıklanmaya ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca, bu çalışmada psikiyatrik tanı veya psikolojik destek alma durumunun değişkenlerle bağlantısı tartışılmıştır. İlerdeki çalışmalar için bu alanda daha derin bir araştırmaya ihtiyaç vardır, özellikle tanılar gruplaştırılarak araştırılabilir.

KAYNAKÇA

- Aafjes-van Doorn, K., McCollum, J., Silberschatz, G., Kealy, D. ve Snyder, J. (2021). Perceived adverse parenting in childhood and psychological distress among psychotherapy patients: The mediating role of pathogenic beliefs. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(3), 181-187. doi: 10.1097/NMD.0000000000001274
- AbuRuz, M. E. ve Masa'Deh, R. (2017). Gender differences in anxiety and complications early after acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(6), 538-543.
- Ahmad, S. M. ve Neman, M. (2013). Mothers, Daughters and Education: Exploring the Role and Relationship between Culture and Socio-Economic Factors. *Putaj Humanities and Social Sciences*, 20.
- Aisenstein, M. ve Gibeault, A. (1991). The work of hypochondria. *The International journal of psycho-analysis*, 72(4), 669.
- Aisenstein, M. ve Gibeault, A. (1991). The work of hypochondria. A contribution to the study of the specificity of hypochondria, in particular in relation to hysterical conversion and organic disease. *The International journal of psycho-analysis*, 72 (Pt 4), 669–681.
- Akyıldız, K., Sercan, M., Yıldız, N., Çevik, A. ve Kıyan, A. (2015). Is headache only headache? comorbidity of headaches and mental disorders. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28(1), 34-46. <https://doi.org/10.5350/dajpn2015280104>
- Akyildiz, K., Sercan, M., Yildiz, N., Cevik, A. ve Kiyan, A. (2015). Is headache only headache? Comorbidity of headaches and mental disorders. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28(1), 34. doi:10.5350/DAJPN2015280104

- Al Busaidi, Z. Q. (2010). The Concept of Somatisation: A Cross-cultural perspective. *Sultan Qaboos University medical journal*, 10(2), 180–186.
- Alcindor, M. L. (2021). Increase disparities in breast cancer screening uptake for women with anxiety disorders. *Evidence-Based Nursing*. doi: 10.1136/EBNURS-2020-103386
- American Psychiatric Association Division of Research. (2013). Highlights of changes from dsm-iv to dsm-5: Somatic symptom and related disorders. *Focus*, 11(4), 525-527.
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F. ve American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association (2018, 19 Nisan). *APA dictionary of psychology* 23 Mart 2024 tarihinde <https://dictionary.apa.org/somatization> adresinden edinilmiştir.
- American Psychological Association. (2018, April 19). *APA dictionary of psychology*. 23 Mart 2024 tarihinde https://dictionary.apa.org/anxiety?_ga=2.51338153.1272585190.1677772902-91258252.1677772900
- Anwer, G., Masood, S., Younas, S. ve Ahmad, M. (2019). Parental rearing practices as predictors of resilience and emotional intelligence among young adults. *Foundation University Journal of Psychology*, 3(2). doi: 10.33897/FUJP.V3I2.17

- Arnell, R. (2021). It's a Privilege—when a child in care is delighted it's you: Emotional warmth parenting for foster parents, adoptive parents and children's home staff: by RJ (Sean) Cameron and Colin Maginn, (2021). Sunderland: The Pillars of Parenting Ltd (Publishing), 204 doi: 10.1080/02667363.2021.1964777
- Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., ... ve van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and individual Differences*, 27(4), 613-628.
- Arslan, İ. B., Lucassen, N., Keijsers, L. ve Stevens, G. W. (2023). When too much help is of no help: mothers' and fathers' perceived overprotective behavior and (mal) adaptive functioning in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 52(5), 1010-1023. doi: 10.1007/s10964-022-01723-0
- Asher, M. ve Aderka, I. M. (2018). Gender differences in social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 74(10), 1730-1741.
- Atmaca, M. (2012). Somatoform bozukluklarda nörogörüntüleme: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 274-280.
- Avery, A. R., Tsang, S., Seto, E. Y. ve Duncan, G. E. (2021). Differences in stress and anxiety among women with and without children in the household during the early months of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in public health*, 9, 688462. doi: 10.3389/FPUBH.2021.688462
- Aydın, A. ve Tekneci, E. (2013). Zihin engelliler öğretmenliği öğrencilerinin öğretmenlik ile kaygı düzeyleri, Mesleğine Yönelik Tutumları. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 3(2), 1-12.
- Bacanlı, H., İlhan, T. ve Aslan, S., (2009). “Beş Faktör Kuramına Dayalı Bir Kişilik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi (SDKT)”, *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(2), ss.261-279.
- Bahtiyar, B. ve Gençöz, T. (2023). The association between perceived parenting and adulthood anxiety: The mediator roles of emotion regulation, shame and anger. *Current Psychology*, 42(12), 9953-9962.

- Baker CN, Hoerger M. Parental Child-Rearing Strategies Influence Self-Regulation, Socio-Emotional Adjustment, and Psychopathology in Early Adulthood: Evidence from a Retrospective Cohort Study. (2012) *Pers Individ Dif*. 52(7):800-805. doi: 10.1016/j.paid.2011.12.034.
- Bal, F. (2020). *Psikologlar için SPSS Uygulamaları ve Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayınları
- Baltacı, U., Traş, Z., Ak, M. ve Kesici, Ş. (2023) Examining the relationships between death anxiety, meaning in life, and parental attitude. *Journal of Teacher Education and Lifelong Learning*, 5(1), 38-50.
- Banerjee, S., Lev-Wiesel, R. ve De, S. (2023). Poverty, Somatisation Tendency and Potency in Low-Income Adolescent Groups of India and Israel: Explorations from the Field. *Children*, 10(7), 1104. doi:10.3390/children10071104
- Barbati, A., Geraci, A., Niro, F., Pezzi, L. ve Sarchiapone, M. (2022). Do Migration and Acculturation Impact Somatization? A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16011. doi:10.3390/ijerph192316011
- Barrows D. M. (1995). Functional capacity evaluations of persons with chronic fatigue immune dysfunction syndrome. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 49(4), 327–337. <https://doi.org/10.5014/ajot.49.4.327>
- Barsky, A. J. ve Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of internal medicine*, 130(11), 910–921. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-11-199906010-00016>
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S. ve Cleary, P. D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 50(5), 510-519.
- Barsky, A. J., Orav, E. J. ve Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 903-910. doi: 10.1001/ARCHPSYC.62.8.903

- Barsky, A. J., Peekna, H. M. ve Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of general internal medicine*, 16(4), 266–275. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.00229.x>
- Barsky, A.J. ve Klerman, G.L., (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J. ve Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and Somatization. *Medical Care*, 39(7), 705-715. <https://doi.org/10.1097/00005650-200107000-00007>
- Bartholomew, K. ve Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Bass CM: Introduction. In Bass CM (ed): Somatization: physical symptoms and psychological illness. Blackwell Scientific, Oxford, 1990
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95. <https://doi.org/10.1177/02724316911111004>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T. ve Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897-910. <https://doi.org/10.1017/s003329171200147x>
- Bays, A. (2017). Perceptions, emotions, and behaviors toward women based on parental status. *Sex Roles*, 76(3), 138-155. doi: 10.1007/S11199-016-0655-5
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, A. T., Emery, G. ve Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books/Hachette Book Group.

- Bermingham, S. L., Cohen, A., Hague, J. ve Parsonage, M. (2010). The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008–2009. *Mental health in Family medicine*, 7(2), 71.
- Besra, T. A. Ş. (2020). Examining the anxiety and internet addiction levels of divorced and married individuals. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 7(3), 223-234. doi:10.17220/IJPES.2020.03.019
- Bhat, M. A. ve Joshi, J. (2020). Impact of unemployment on the mental health of youth in the Kashmir valley. *J Psychol Psychother*, 10(372), 2161-0487. doi: 10.35248/2161-0487.20.10.373
- Biggam, F. H. ve Power, K. G. (1998). The quality of perceived parenting experienced by a group of Scottish incarcerated young offenders and its relation to psychological distress. *Journal of Adolescence*, 21(2), 161-176. <https://doi.org/10.1006/jado.1997.0139>
- Bion WR. Learning from Experience. London: Karnac Books; 1962. p. 41
- Bion WR. The psychoanalytic study of thinking. *The International Journal of Psychoanalysis*. 1962; 43:306-310
- Bion, W. R. (1962). Learning from experience. London: Karnac. *Trabalho original publicado em*.
- Bion, W. R. (2013). The psycho-analytic study of thinking. *The Psychoanalytic Quarterly*, 82(2), 301-310.
- Bion, W. R. (2018). *All my sins remembered: another part of a life and the other side of genius: family letters*. Routledge. Freud S. Formulations on the Two Principles of Mental Functioning.
- Bion, W.R. (1962). Learning From Experience. London: Heinemann
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Karnac Books.
- Birket-Smith, M. (2001). Somatization and chronic pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(9), 1114-1120. doi: 10.1034/J.1399-6576.2001.450911.X
- Blanchard, D. C., Griebel, G. ve Nutt, D. J. (2011). *Handbook of anxiety and fear*. Elsevier.

- Bolat, T. (2010). *Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (No. 79). Random House.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bram, A. D., Gottschalk, K. A. ve Leeds, W. M. (2019). Chronic fatigue syndrome and the somatic expression of emotional distress: Applying the concept of illusory mental health to address the controversy. *Journal of Clinical Psychology*, 75(1), 116-131. doi: 10.1002/JCLP.22692
- Breuer, J. & Freud, S. (1981). Studies on Hysteria, *The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, James Strachey, II:1- 305. London: The Hogart Press
- Breuer, J. ve Freud, S. (1981). Studies on Hysteria, *The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, James Strachey, II:1- 305. London: The Hogart Press.
- Brodsky, C.M. (1984). Sociocultural and interactional influences on somatization. *Psychosomatics*, 25, 673–680. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(84\)729768](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(84)729768)
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 899–905. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.899>
- Brussoni, M. ve Olsen, L. L. (2013). The perils of overprotective parenting: fathers' perspectives explored. *Child: care, health and development*, 39(2), 237-245. doi: 10.1111/J.1365-2214.2011.01361.X
- Burbach, D. J., Kashani, J. H. ve Rosenberg, T. K. (1989). Parental bonding and depressive disorders in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(3), 417-429. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00255.x>

- Busch, F. N. (2014). Clinical approaches to somatization. *Journal of clinical psychology*, 70(5), 419-427.
- Camden, A. A. ve Brown, C. M. (2017). Perceived Parental Rejection in Middle Childhood as a Predictor of Lower Adulthood Resilience. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 22(4).
- Canellopoulos, L. (2010). The bodily event, jouissance and the (post) modern subject. *Recherches en psychanalyse*, 10(2), 321a-328a.
- Cantarella, I. A., Spielmann, S. S., Partridge, T., MacDonald, G., Joel, S. ve Impett, E. A. (2023). Validating the Fear of Being Single Scale for individuals in relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(9), 2969-2979. doi: 10.1177/02654075231164588
- Cantilino, A. ve Zambaldi, C. F. (2020). Anxiety disorders in women. *Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide*, 111-123.
- Cariello, A. N., Perrin, P. B. ve Morlett-Paredes, A. (2020). Influence of resilience on the relations among acculturative stress, somatization, and anxiety in latinx immigrants. *Brain and behavior*, 10(12), e01863.
- Carlson, N, R. (2013) Anxiety Disorders, Autistic Disorder, Attention-Deficit/Hyperactive Disorder, and Stress Disorder. *Physiology of Behavior*. 11th edn. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Chakravarty, N., Dabla, V., Sagar, M., Neogi, S., Markan, M., Segan, M., ... ve Neogi, S. (2022). Cultural and social bias leading to prenatal sex selection: India perspective. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 903930. doi: 10.3389/fgwh.2022.903930
- Chapman, L. (1999). Psychosomatic disorders: A psychoanalytic category.
- Chapman, L. (1999). Psychosomatic disorders: A psychoanalytic category. <http://www.therapeia.org.uk/documents/Psychosomatics.pdf> adresinden alınmıştır.

- Chaturvedi, S. K. ve Chandra, P. S. (1991). Sociocultural aspects of menstrual attitudes and premenstrual experiences in India. *Social Science & Medicine*, 32(3), 349–351. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90114-R](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90114-R)
- Chaturvedi, S. K., Desai, G. ve Shaligram, D. (2006). Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behaviour. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 75-80. <https://doi.org/10.1080/09540260500467087>
- Cheng, Q., Xu, Y., Xie, L., Hu, Y. ve Lv, Y. (2019). Prevalence and environmental impact factors of somatization tendencies in eastern Chinese adolescents: A multicenter observational study. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00008418>
- Choi, M. S. ve Kim, K. W. (2005). Therapeutic relationships between parent and therapist in child counseling. *Korean Journal of Child Studies*, 26(3), 111-125.
- Chong, C. H., Yeo, K. J. ve Mislán, N. (2014). A preliminary study on relationship between warmth parenting and self-esteem among young adults based on parental acceptance-rejection theory. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 19(9), 51-57. doi: 10.9790/0837-19995157
- Chung, R. Y. N., Marmot, M., Mak, J. K. L., Gordon, D., Chan, D., Chung, G. K. K., ... ve Wong, S. Y. (2021). Deprivation is associated with anxiety and stress. A population-based longitudinal household survey among Chinese adults in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health*, 75(4), 335-342. doi:10.1136/JECH-2020-214728
- Cicek, A. U., Ucuz, İ., Abanoz, E., Sarı, S. A., Karaca, S. N., & Dombaycı, Ö. (2022). Self-Esteem, Emotional And Behavioral Problems and Psychopathology In Children With Somatic Symptoms and Related Disorders. *Cumhuriyet Medical Journal*, 44(2), 172-180.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J. ve Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine*, 64(4), 660-667. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000021948.90613.76>

- Cimarolli, V. R. ve Wang, S. W. (2006). Differences in social support among employed and unemployed adults who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 100(9), 545-556. doi: 10.1177/0145482X0610000906
- Clare, T. (2018). Processing perceived parental rejection through personal development. In *Researching Lesser-Explored Issues in Counselling and Psychotherapy* (pp. 93-127). Routledge. doi: 10.4324/9780429479571-4
- Cloninger, C.R., Martin, R.L., Guze, S.B. ve Clayton, P.J. (1986a). A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry*. 143, 873-878.
- Cloninger, S, C. (2007) Freud: Classical Psychoanalysis. *Theories of Personality: Understanding Persons (5th Edition)*. 5th edn. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Comino, E. J., Harris, E., Chey, T., Manicavasagar, V., Penrose Wall, J., Powell Davies, G. ve Harris, M. F. (2003). Relationship between mental health disorders and unemployment status in Australian adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 230-235. doi: 10.1046/J.1440-1614.2003.01127.X
- Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O. ve Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study: I: Longitudinal Course and the Influence of Early Life Experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 163(5), 579-588.
- Cramer, P. (2006). *Protecting the self: Defense mechanisms in action*. New York, NY: The Guilford Press.
- Creed, F. (2006). Can DSM-V facilitate productive research into the somatoform disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 331-334. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.02.007>
- Dana, Atzil-Slonim., Orya, Tishby., Gaby, Shefler. (2015). Internal Representations of the Therapeutic Relationship Among Adolescents in Psychodynamic

Psychotherapy.. Clinical Psychology and Psychotherapy. doi: 10.1002/CPP.1903

Darling, N. ve Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.113.3.487>

David-Menard, M. (1989). *Hysteria from Freud to Lacan: body and language in psychoanalysis*. Ithica: Cornell University Press.

Day, K. L., Dobson, K. G., Schmidt, L. A., Ferro, M. A., Saigal, S., Boyle, M. H. ve Van Lieshout, R. J. (2018). Exposure to overprotective parenting and psychopathology in extremely low birth weight survivors. *Child: Care, Health and Development*, 44(2), 234-239. doi: 10.1111/CCH.12498

De Beurs, E., van Dyck, R., Lange, A. ve van Balkom, A. J. (1995). Perceived upbringing and its relation to treatment outcome in agoraphobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2(2), 78-85., doi: 10.1002/CPP.5640020203

De Gucht, V. ve Fischler, B. (2002). Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1–9.

De Leon, J., Saiz-Ruiz, J., Chinchilla, A. ve Morales, P. (1987). Why do some psychiatric patients somatize? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(2), 203-209. doi: 10.1111/J.1600-0447.1987.TB02885.X

Del Carlo, M. (2013). Influence of Parenthood on Perceptions of Warmth and Competence.

DePaulo, B., Kislev, E., (2023) Singles and mental health. *Encyclopedia of Mental Health* (Third Edition), Academic Press, Pages 240-250.

Derakhshanpoor, F., Izadyar, H. ve Shahini, N. (2015). A comparative survey of anxiety level in primary school children with working and unemployed mothers in north of Iran; 2013. *African Journal of Psychiatry (South Africa)*, 18(3). doi: 10.4172/PSYCHIATRY.1000270

- Dersh, J., Polatin, P. B., Leeman, G. ve Gatchel, R. J. (2004) The management of secondary gain and loss in medicolegal settings: strengths and weaknesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14, 267-79
- Dersh, J., Polatin, P. B., Leeman, G. ve Gatchel, R. J. (2004). The management of secondary gain and loss in Medicolegal settings: Strengths and weaknesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14(4), 267-279. <https://doi.org/10.1023/b:joor.0000047429.73907.fa>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II.* (1972).
- Dirik, G., Yorulmaz, O. ve Karancı, A. N. (2015). Çocukluk dönemi ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi: kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumları-çocuk formu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 123-130.
- DiTomasso, R. A., Gosch, E. A (eds.) (2002) Anxiety Disorders: A Practitioner's Guide to Comparative Treatment. New York Springer.
- Dong, L. P., Zhao, H. N. ve Chen, Y. Z. (2011). Features of clinical manifestation in patients with somatization disorder. *Lin Chuang Jing Shen Yi Xue Za Zhi*, 21(1), 40-42.
- Duddu, V., Isaac, M. K. ve Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 25-33.
- Dural, G. ve Yalcin, I. (2014). Investigation of Relationship Between Parental Acceptance and Psychological Adjustment Among University Students. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry ve Neurological Sciences*, 27(3). doi: 10.5350/DAJPN2014270305
- Dülgerler, Ş. (2000). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. [Yüksek Lisans Tezi], Ege Üniversitesi, İzmir.
- Eberly Lewis, M. B., Slater, J. J., McGinley, M. ve Rote, W. M. (2024). Understanding the link between anxious parental overprotection and academic confidence in emerging adults: Mediation through interpersonal

- and intrapersonal processes. *Journal of Social and Personal Relationships*, 41(2), 390-412. doi: 10.1177/02654075231160131
- Elklit, A. ve Christiansen, D. M. (2009). Predictive factors for somatization in a trauma sample. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5, 1-8.
- Elliott, R. (2018). *Does neural response to parental criticism mediate the association between parental warmth and adolescent depression?* (Doctoral dissertation, University of Pittsburgh).
- Elsaied, H. F., Hamed, R. A. ve Belay, Y. (2017). A study of personality disorders among patients with somatization disorder. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 38(3), 138.
- Engell, R., Rod, N. H. ve Andersen, A. M. N. (2007). Stress i børnefamilier: Er børnene årsagen? *Ugeskrift for Læger*, 169(4), 311-314.
- Era Catur, P., Rizky Dwi, L., Muhammad Hanun, M., Ulaa, H. ve Olga Putri, A. (2023). Psychodynamic overview of generalized anxiety disorder in young adults. *Psychodynamic overview of generalized anxiety disorder in young adults*, 7(1), 46-53. doi: 10.33086/mhsj.v7i01.3558
- Eray, S., Vural, P., ve Çetinkaya, F. (2015b). Relationship between expressed emotion and psychosomatic symptoms in adolescents. *Güncel Pediatri*, 13(2), 104–109. <https://doi.org/10.4274/jcp.77699>
- Erdoğan, A. K. Ç. A., Akça, Z. N. D. ve Yıldız, M. (2023). The Relationship Between Somatization and Depression Types: Comparison of Unipolar Depression and Bipolar Depression. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 13(2), 243-249.
- Erol, E. (2018). Bir mesafe ihtiyacı olarak somatizasyon. *Psikopatoloji ve Projeaktif Testler Dergisi*, 29, 79-84.
- Escobar JI, Burnam MA, Karno M, Forsythe A, Golding JM. Somatization in the Community. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(8):713–718. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800200039006

- Fancher, R. E. ve Rutherford, A. (2012) *Pioneers in Psychology*. New York, NY: W.W. Norton ve Company, Inc.
- Farber, M. J., Kim, M. J., Knodt, A. R. ve Hariri, A. R. (2019). Maternal overprotection in childhood is associated with amygdala reactivity and structural connectivity in adulthood. *Developmental cognitive neuroscience*, 40, 100711. doi: 10.1101/535823
- Farhane-Medina, N. Z., Luque, B., Tabernero, C. ve Castillo-Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress*, 105(4), 00368504221135469.
- Farhoumandi, N., Zarean, M., Nasiri, M. ve Jega, M. (2022). Somatization Mediates the Structural Relationship of Alexithymia with Anxiety and Depression. *Iranian journal of psychiatry*, 17(2), 144.
- Feeney, J.A. (2001), Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health and Development*, 26, 277- 288. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2000.00146.x>
- Feldman, J.M., Ortega, A.N., Koinis-Mitchell, D., Kuo, A.A., Canino, G., 2010. Child and family psychiatric and psychological factors associated with child physical health problems: results from the Boricua youth study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 198 (4), 272–279.
- Fidanoğlu, O. (2007). *Evlilik Uyumu ile Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Diğer Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Marmara üniversitesi, İstanbul.
- Fisher, L., & Chalder, T. (2003). Childhood experiences of illness and parenting in adults with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 439–443. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00458-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00458-0)
- Flor-Henry, P., Fromm-Auch, D., Tapper M., Schopflocher, D. (1981). A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biological Psychiatry Journal*, 16(7), 601-26.

- Fokina, O., Vasiljeva, Ē., Millere, I. ve Deklava, L. (2018, May). Anxiety and depression rates among the unemployed citizens of latgale region. In *society. Integration. Education. Proceedings of the International Scientific Conference* (Vol. 4, pp. 24-34). doi: 10.1080/08039480701352611
- Ford, C., V. ve Folks, D., G. (1985). Conversion disorders: An overview. *Psychosomatics*, 26, 371–383. doi: 10.1016/S0033-3182(85)72845-9.
- Fordyce, 1978). Fordyce, W. E. 1978. Learning process in pain. In R. A. Sternback, ed., *The Psychology of Pain* . New York: Raven Press, pp. 49-72.
- Formulations on the two principles of mental functioning. (1911). In *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud volüm 12* (pp. 218-226). The Hogarth Press.
- Frazier, J. (1994). The relationship of low self-esteem and somatic complaint in children. *Modern Psychological Studies*, 2(2), 10.
- Freud, S. (1894). On the grounds for detatching a particular syndrome from neurasthenia under the description" anxiety neurosis". *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 1893-1899.
- Freud, S. (1901). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. (*No Title*), 6.
- Freud, S. (1905). Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria (1905 [1901]). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works, 1-122.)
- Freud, S. (1905). Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria (1905 [1901]). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works, 1-122.
- Freud, S. (1911). Formulations Regarding the Two Principles in Mental Functioning. *Collected Papers*, Vol. IV. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1915). *The unconscious*. SE, 14: 159-204.

- Freud, S. (1917). A metapsychological supplement to the theory of dreams. In J. Strachey Ed.) ve C. M. Baines (Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (pp. 222–236) (Original work published 1917). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1917). A metapsychological supplement to the theory of dreams. In J. Strachey Ed.) & C. M. Baines (Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (pp. 222–236) (Original work published 1917). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey, & A. Freud (Eds.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (pp. 77-175). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1953). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. (Translator) James Strachey, 24, London: Hogarth.
- Freud, S. (1953). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. (Translator) James Strachey, 24, London: Hogarth.
- GAO, Y. B. (2008). Research on mental health and personality traits of rural children without parental care. *中国公共卫生*, 24(8), 917-919. doi: 10.1007/S00787-009-0023-X
- Garala, V., Brahmhatt, M., Shah, H. ve Vankar, G. (2014). Somatization and health seeking behavior. *Int J Res Med Sci*, 2, 956. doi: 10.5455/2320-6012.IJRMS20140845
- Garrusi, B., Danaei, M. ve Aboosaeidi, R. (2019). The prevalence and predictive factors of somatization and its relationship with anxiety and depression in Iranian population. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 60, 400-406. <https://doi.org/10.15167/24214248/jpmh2019.60.4.1006>.
- Geng, J., Cheng, C., Chen, S., Wang, Y., Du, Y., Long, J., ... ve Duan, G. (2023). Anxiety, depression, insomnia symptoms and associated factors among young to middle-aged adults during the resurgent epidemic of COVID-19: a cross-sectional study. *Psychology, Health and Medicine*, 28(5), 1336-1346., doi: 10.1080/13548506.2022.2143542

- Giaouzi, A., & Giovazolias, T. (2015). Remembered parental rejection and social anxiety: The mediating role of partner acceptance-rejection. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 3170-3179.
- Glaus, J., Moser, D. A., Rusconi Serpa, S., Jouabli, S., Turri, F., Plessen, K. J., ve Schechter, D. S. (2022). Families with violence exposure and the intergenerational transmission of somatization. *Frontiers in psychiatry*, 13, 820652.
- Glavak Tkalić, R., Vulić-Prtorić, A., & Zoroja, A. (2016). Parental acceptance-rejection in childhood and fear of intimacy in adulthood among Croatian young adults: Moderating effects of anxiety and psychological adjustment. In *The 6th International Congress on Interpersonal Acceptance-Rejection* (pp. 16-17).
- Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A. ve Rosa, A. R. (2021). COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 132, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>
- Graae, F. (1990). High anxiety in children. *The Journal of clinical psychiatry*, 51, 18-9.,
- Graham, B. M., Weiner, S. ve Li, S. H. (2020). Gender differences in avoidance and repetitive negative thinking following symptom provocation in men and women with spider phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 565-577.
- Gregurek, R. ve Gregurek, R. (2016). The integration of psychodynamic theories and biological aspects in the development of anxiety and anxiety disorders. *New Developments in Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.5772/65669>
- Gulec, H., Topaloglu, M., nsal, D., & Altintas, M. (2012). Violence as a vicious cycle. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*, 112. <https://doi.org/10.5455/cap.20120408>

- Gupta, P., Haria, J., Singh, S., Chauhan, S., Singh, S., Ibrahim, A. ve Sharma, M. (2017). Somatization disorder: Are we moving towards an over-generalized and over-inclusive diagnosis in DSM-V?
- Güleç, C. ve Köroğlu E. (1997). Love and passion, Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis and treatment. Hatfield E. and Rapson R. (Ed.) *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara.
- Haftgoli, N., Favrat, B., Verdon, F., Vaucher, P., Bischoff, T., Burnand, B. ve Herzig, L. (2010). Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC family practice*, 11, 1-8.
- Hald, G. M., Ciprić, A., Sander, S. ve Strizzi, J. M. (2022). Anxiety, depression and associated factors among recently divorced individuals. *Journal of Mental Health*, 31(4), 462-470. doi:10.1080/09638237.2020.1755022
- Hall, L. R., Sanchez, K., da Graca, B., Bennett, M. M., Powers, M. ve Warren, A. M. (2022). Income differences and COVID-19: Impact on daily life and mental health. *Population Health Management*, 25(3), 384-391. doi: 10.1089/pop.2021.0214.
- Halton, W. (2019). Some unconscious aspects of organizational life: Contributions from psychoanalysis. In *The unconscious at work* (pp. 11-18). Routledge.
- Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J. ve Löwe, B. (2009). Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*, 67(3), 189-197.
- Hastuti, R. W. ve Noerhidayati, E. (2022). The Role of Psychological Support for Medical Personnel towards Anxiety Control of Coronavirus Disease-19 (COVID-19) Patients Undergoing Self-Isolation at Home. *Scientia Psychiatrica*, 3(4), 298-301. doi: 10.37275/scipsy.v3i4.151
- Helbig, S., Lampert, T., Klose, M. ve Jacobi, F. (2006). Is parenthood associated with mental health? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 889-896. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0113-8>

- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M. ve Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 342-349. <https://doi.org/10.1002/da.20249>
- Hilderink, P. H., Collard, R., Rosmalen, J. G. M. ve Voshaar, R. O. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing research reviews*, 12(1), 151-156.
- Hintsanen, M., Kivimäki, M., Hintsala, T., Theorell, T., Elovainio, M., Raitakari, O. T., ... ve Keltikangas-Järvinen, L. (2010). A prospective cohort study of deficient maternal nurturing attitudes predicting adulthood work stress independent of adulthood hostility and depressive symptoms. *Stress*, 13(5), 425-434.
- Hinz, A., Ernst, J., Glaesmer, H., Brähler, E., Rauscher, F. G., Petrowski, K. ve Kocalevent, R. D. (2017). Frequency of somatic symptoms in the general population: Normative values for the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15). *Journal of psychosomatic research*, 96, 27-31.
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W. ve Gerris, J. R. (2009). The relationship between parenting and delinquency: a metaanalysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.
- Hoffart Lunding, S. ve Hoffart, A. (2016). Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems. *Clinical psychology ve psychotherapy*, 23(2), 107-117. doi: 10.1002/CPP.1938
- Hollifield, M. (2004). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Eighth ed. Sadock BJ & Sadock VA (eds) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Holmbeck, G. N., Johnson, S. Z., Wills, K. E., McKernon, W., Rose, B., Erkin, S. ve Kemper, T. (2002). Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical

- disability: The mediational role of behavioral autonomy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 96-110.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.1.96>
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. *Perceptions of health and illness*, 155-188.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00229-0>.
- Hudson, J. L. ve Rapee, R. M. (2005). Parental perceptions of overprotection: Specific to anxious children or shared between siblings? *Behaviour Change*, 22(3), 185-194. doi: 10.1375/BECH.2005.22.3.185
- Hullmann, S. E., Wolfe-Christensen, C., Meyer, W. H., McNall-Knapp, R. Y. ve Mullins, L. L. (2010). The relationship between parental overprotection and health-related quality of life in pediatric cancer: The mediating role of perceived child vulnerability. *Quality of Life Research*, 19(9), 1373-1380.
<https://doi.org/10.1007/s11136-010-9696-3>
- Hyphantis, T., Tomenson, B., Paika, V., Almyroudi, A., Pappa, C., Tsifetaki, N., ... ve Creed, F. (2009). Somatization is associated with physical health-related quality of life independent of anxiety and depression in cancer, glaucoma and rheumatological disorders. *Quality of Life Research*, 18, 1029-1042. doi: 10.1007/S11136-009-9527-6
- Ilosen, C., Möller, A., Sundfeldt, K. ve Bernhardsson, S. (2021). Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 100(4), 758-767.
- Introduction to the handbook on fear and anxiety. (2008). In *Handbook of behavioral neuroscience* (pp. 3-7). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1569-7339\(07\)00001-X](https://doi.org/10.1016/S1569-7339(07)00001-X)
- Ionescu, C. G., Talasman, A. A. ve Badarau, I. A. (2021). Somatization and sleep quality on patients with comorbid anxiety/depression. *Maedica*, 16(2), 246.
- Işık, N. A. (2021). The relationship between perceived parental attitude and life satisfaction among university students. *Galician Medical Journal*, 28(2),

- Jana, A. K., Praharaj, S. K. ve Mazumdar, J. (2012). Current debates over nosology of somatoform disorders. *Industrial psychiatry journal*, 21(1), 4–10. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.110939>
- Jauhari, J. (2016). Dukungan Sosial Dan Kecemasan Pada Pasien Diabetes Melitus. *The Indonesian Journal of Health Science*, 7(1). doi: 10.32528/THE.V7I1.386
- Johns, G., Samuel, V., Freemantle, L., Lewis, J. ve Waddington, L. (2022). The global prevalence of depression and anxiety among doctors during the COVID-19 pandemic: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298, 431-441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.026>
- Joseph, D. (2014). Interpretative phenomenological analysis.
- Kagan, J. (1978). *The growth of the child: reflections on human development* (1st ed.). Taylor and Francis.
- Kalita, S., Birwatkar, D., Mehdiratta, N., Sundar, A. ve Hirsch, A. R. (2023). Bluetooth Hyperosmia: Chemosensory variant of delusional somatic symptom disorder: A case report. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3021774/v1>
- Kapfhammer, H. P. (2001). Somatization--somatoform disorders--etiopathological models. *Fortschritte der Neurologie-psychiatrie*, 69(2), 58-77.
- Karaköse, S. ve Berk, Ö. S. (2023). Kadınlarda Somatizasyon: Biyopsikososyal Yaklaşım Perspektifinden Bir Değerlendirme. *KADEM Kadın Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 93-117.
- Karamustafaloğlu, O. (2018). *Temel ve klinik psikiyatri* (1st ed.). Güneş Tıp Kitabevleri.
- Karkhanis, D. G., & Winsler, A. (2016). Somatization in children and adolescents: Practical implications. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 79-115.
- Karlsson, J., Eriksson, B. I., Bergsten, T., Rudholm, O. ve Swärd, L. (1997). Comparison of two anatomic reconstructions for chronic lateral instability of

- the ankle joint. *The American journal of sports medicine*, 25(1), 48–53.
<https://doi.org/10.1177/036354659702500109>
- Karvonen, J. T., Veijola, H. J., Jokelainen, J., Läksy, K., Järvelin, M. R. ve Joukamaa, M. (2004). Somatization disorder in young adult population. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(1), 9-12.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.08.004>
- Kaviani, H. (2018). Does emotional expressivity predict Somatization? *Clinical Depression*, 04(01). <https://doi.org/10.4172/2572-0791.1000e106>
- Keats, J. (1817). Letter to George and Thomas Keats. *December*, 21(27), 1817.
- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. *Archives of general psychiatry*, 42(8), 821-833.
- Kellner, R. (1990). Somatization. Theories and Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 150-160.
- Khadim, R. ve Pervaiz, S. (2021). Perceived Parental Rejection and Emotional Behavioral Problems: A Case Study of the Psychosocial Issues faced by an Adopted Child. *Clinical and Counselling Psychology Review*, 3(1). doi: 10.32350/ccpr.31.03
- Khaleque, A. (2013). Perceived parental warmth, and children's psychological adjustment, and personality dispositions: A meta-analysis. *Journal of child and Family studies*, 22, 297-306. doi: 10.1007/S10826-012-9579-Z
- Khaleque, A., Uddin, M. K., Hossain, K. N., Siddique, M. N. E. A. ve Shirin, A. (2019). Perceived parental acceptance–rejection in childhood predict psychological adjustment and rejection sensitivity in adulthood. *Psychological Studies*, 64, 447-454.
- Kidd, T. ve Sheffield, D. (2005). Attachment style and symptom reporting: examining the mediating effects of anger and social support. *British journal of health psychology*, 10(4), 531–541.
<https://doi.org/10.1348/135910705X43589>

- Kim, Y., ve Kim, S. (2020). The influence of perceived parental reject on the school adjustment: Mediating effect of aggression and social anxiety. *Journal of the Korea Convergence Society*, 11(2), 261-269.
- Kirmayer, L. J. ve Looper, K. J. (2006). Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), 54-60. 10.1097/01.yco.0000194810.76096.f2
- Kirmayer, L. J. ve Robbins, J. M. (Eds.). (1991). *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. American Psychiatric Association.
- Kirmayer, L. ve Robbins, J. (1996). Patients who somatize in primary care: A longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 26, 937-951.
- Kirmayer, L.J., Robbins J.M., (1994). Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Paris Journal of Abnormal Psychology Feb*; 103(1):125-36.
- Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. In: *Envy and Gratitude and Other Works*. London: Hogarth Press; 1975. pp. 1-25
- Klein M. On the theory of anxiety and guilt. In: *Envy and Gratitude and Other Works*. London: Hogarth Press; 1975. p. 29
- Klein, M. (1930). The importance of symbol-formation in the development of the ego. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 11, 24.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *The international journal of psycho-analysis*, 21, 125.
- Klein, M. (2018). Notes On Some Schizoid Mechanisms 1. In *Developments in psychoanalysis* (pp. 292-320). Routledge.
- Klein, M. (2018). On the Theory of Anxiety and Guilt 1. In *Developments in psychoanalysis* (pp. 271-291). Routledge.
- Klein, M. (1975). Notes on some schizoid mechanisms. In *Envy and gratitude and other works 1946-1963* (pp. 1-25). London: Hogarth Press.

- Klevens, J., Ports, K. A., Austin, C., Ludlow, I. J. ve Hurd, J. (2018). A cross-national exploration of societal-level factors associated with child physical abuse and neglect. *Global public health*, 13(10), 1495-1506. doi: 10.1080/17441692.2017.1404622
- Koltcheva, N. (2022). Do we Perceive Experiencing More Stress in Early Adulthood if we Had Perceived Experiencing Parental Rejection in Childhood? *Психологични изследвания*, 25(1), 20-34.
- Koropecj-Cox, T., Çopur, Z., Romano, V. ve Cody-Rydzewski, S. (2018). University students' perceptions of parents and childless or childfree couples. *Journal of Family Issues*, 39(1), 155-179. doi: 10.1177/0192513X15618993
- Kreuze, L. J., de Jong, P. J., Jonker, N. C., Hartman, C. A., & Nauta, M. H. (2022). Behavioral problems in anxious youth: Cross-sectional and prospective associations with reinforcement sensitivity and parental rejection. *Plos one*, 17(10), e0267177.
- Krohne, H. W. (1988). Coping research: current theoretical and methodological developments. *German Journal of Psychology*, 12(1), 1-30.
- Kübra, Özkaya., Büsra, Özdoğan., Metin, Çınaroğlu., Hüseyin, Bulut., Gökben, Hızlı, Sayar. (2022). The Relationship of Parental Emotional Availability and Perceived Parenting Style with Self-Esteem in Young Adults in Üsküdar University. *Mutluluk ve İyi Oluş Dergisi* doi: 10.32739/usmut.2022.7.13.8
- Kwong, A. S., Pearson, R. M., Smith, D., Northstone, K., Lawlor, D. A. ve Timpson, N. J. (2020). Longitudinal evidence for persistent anxiety in young adults through COVID-19 restrictions. *Wellcome Open Research*, 5, 195.
- Ladipo, M. M., Obimakinde, A. M. ve Irabor, A. E. (2015). Familial and socio-economic correlates of somatisation disorder. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 7(1), 1-8. doi:10.4102/PHCFM.V7I1.746
- Lal, R., Bhandari, A. ve Kumar, A. (2021). A study of parental acceptance–rejection in relation to aggression and self esteem among adolescents.

- Lamberty, G. (2008). *Understanding somatization in the practice of clinical neuropsychology*. New York: Oxford University Press.
- Lane, R. D. ve Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133-143. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.2.133>
- Lansford, J. E., Godwin, J., Tirado, L. M. U., Zelli, A., Al-Hassan, S. M., Bacchini, D., ... ve Alampay, L. P. (2015). Individual, family, and culture level contributions to child physical abuse and neglect: A longitudinal study in nine countries. *Development and psychopathology*, 27(4pt2), 1417-1428. doi: 10.1017/S095457941500084X
- Lanzara, R., Scipioni, M. ve Conti, C. (2019). A clinical-psychological perspective on somatization among immigrants: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9, 408402. doi:10.3389/FPSYG.2018.02792
- Laplanche, J. ve Pontalis, J. B. (1973). *The language of psycho-analysis*. (Trans. Donald Nicholson-Smith). W. W. Norton.
- Larkin, M., Flowers, P. ve Smith, J. A. (2021). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research.
- Lee, P. M. Y., Wang, D., Li, Y., Wang, S., Lau, J. Y. C., Yang, S., ... ve Tse, L. A. (2022). Association of current income and reduction in income during the COVID-19 pandemic with anxiety and depression among non-healthcare workers. *Journal of Mental Health*, 31(4), 585-596. doi:10.1080/09638237.2022.2091768
- Lee, D., Kim, S. J., Cheon, J., Jung, Y. ve Kang, J. I. (2023). Changes in interoceptive accuracy related to emotional interference in somatic symptom disorder. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3109222/v1>
- Legrand, L. N., McGue, M. ve Iacono, W. G. (1999). A twin study of state and trait anxiety in childhood and adolescence. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(6), 953-958. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00512>

- Lieb, R., Wittchen, H., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. ve Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 859-866. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.9.859>
- Lipowski, Z. J., Somatization: the concept and its clinical application. (1988). *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358–1368. doi:10.1176/ajp.145.11.1358
- Lipsitt, D.R. (1974). Psychodynamic Considerations of Hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23(1/6), 132–139. <http://www.jstor.org/stable/45114255>
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S. ve Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science and Medicine*, 73(9), 1436-1443. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.034>
- Liu, T. (2023). Addressing the Overprotected Past of Dependent Personality Disorder. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 8, 198-203. doi: 10.54097/ehss.v8i.4249
- Ljevar, V., Goulding, J. ve Smith, G. (2020). Exploration of links between anxiety purchases, deprivation and personality traits. In *2020 IEEE International Conference on Big Data (Big Data)* (pp. 3767-3774). IEEE. doi: 10.1109/BIGDATA50022.2020.9378485
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D. ve Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General hospital psychiatry*, 30(3), 191-199.
- MacCallum, F. ve Golombok, S. (2004). Children raised in fatherless families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(8), 1407-1419. doi: 10.1111/J.1469-7610.2004.00324.X

- Mai, F. M. ve Merskey, H. (1981). Briquet's concept of hysteria: an historical perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 26(1), 57-63.
- Mai, F. M. ve Merskey, H. (1981). Briquet's concept of hysteria: an historical perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26(1), 57-63. <https://doi.org/10.1177/070674378102600112>
- Majstorović, N., Jelić, D., Popov, B., Matanović, J. ve Komlenić, A. (2019). Procena finansijske situacije i orijentacije u nalaženju zaposlenja kao faktori psiho-fizičkog zdravlja kod nezaposlenih. *Primenjena psihologija*, 12(3), 327-347. doi: 10.19090/PP.2019.3.327-347
- Mani, V. E., Sarkar, Z. ve Gutti, N. B. (2020). A Study of the Impact of the COVID-19 Pandemic on Anxiety Levels of Young Adults in India. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 9(31), 2233-2239. doi: 10.14260/JEMDS/2020/485
- Martin, J. B. ve Pihl, R. O. (1985). The stress–alexithymia hypothesis: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4), 169– 176. <https://doi.org/10.1159/000287876>
- Martin, J., Asjadi, K., Hubbard, L., Kendall, K., Pardiñas, A. F., Jermy, B., ... ve Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2021). Examining sex differences in neurodevelopmental and psychiatric genetic risk in anxiety and depression. *Plos one*, 16(9), e0248254.
- Martin, J. B. ve Pihl, R. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4), 169-176. <https://doi.org/10.1159/000287876>
- Maselko, J., Kubzansky, L., Lipsitt, L., ve Buka, S. L. (2011). Mother's affection at 8 months predicts emotional distress in adulthood. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(7), 621-625.
- Mawson (2019) *Psychoanalysis and Anxiety: From Knowing to Being*. <https://doi.org/10.4324/9780429055812>
- Mawson, C. (2019). *Psychoanalysis and anxiety: From knowing to being* (pp. 3-16). Routledge.

- Mawson, C. (2019). *Psychoanalysis and anxiety: from knowing to being*. Routledge.
- Mayer, B., Merckelbach, H. (1999) Unconscious Processes, Subliminal Stimulation, and Anxiety. *Clinical Psychology Review*, 19, 571-590.
- McKittrick, C. R., Magarios, A. M., Blanchard, D. C., Blanchard, R. J., McEwen, B. S. ve Sakai, R. R. (2000). Chronic social stress reduces dendritic arbors in CA3 of hippocampus and decreases binding to serotonin transporter sites. *Synapse*, 36(2), 85-94. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-2396\(200005\)36:23.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-2396(200005)36:23.0.co;2-y)
- McNally, R. J. (1989). Is anxiety sensitivity distinguishable from trait anxiety? Reply to Lilienfeld, Jacob, and Turner (1989). *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 193-194. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.98.2.193>
- McWhinney, I. R., Epstein, R. M. ve Freeman, T. R. (1997). Lingua medica: rethinking somatization. *Annals of Internal Medicine*, 126(9), 747-750.
- Medline Plus. (n.d.). *Anxiety: MedlinePlus*. MedlinePlus - Health Information from the National Library of Medicine. Retrieved March 23, 2024, from <https://medlineplus.gov/anxiety.html>
- Millington, G. W., Shobajo, M. T., Wall, J. ve Jafferany, M. (2022). Somatization in dermatology. *Skin Health and Disease*, 2(4). <https://doi.org/10.1002/ski2.164>
- Mina, Danaei., Behshid, Garrusi., Sedigheh, Zangiabadi. (2020). An Investigation of the Relationship between Depression, Anxiety, and Somatization Disorder in Outpatients. doi: 10.22062/5.4.383
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Archives of general psychiatry*, 32(8), 1031–1038. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260095008>
- Mistry-Patel, S. ve Brooker, R. J. (2023). Associations between error-related negativity and childhood anxiety risk differ based on socioeconomic status. *Developmental Psychology*, 59(5), 801. doi:10.1037/dev0001461.

- Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C., ... ve Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 403-417. doi: 10.12804/APL32.03.2014.06
- Mousavi, S. E., Low, W. Y., & Hashim, A. H. (2016). Perceived parenting styles and cultural influences in adolescent's anxiety: A cross-cultural comparison. *Journal of Child and family Studies*, 25, 2102-2110.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H. ve Hülsenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, 38(5), 487-497. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00072-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00072-8)
- Navarro-Abal, Y., Climent-Rodríguez, J. A., López-López, M. J. ve Gómez-Salgado, J. (2018). Psychological coping with job loss. Empirical study to contribute to the development of unemployed people. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1787. doi: 10.3390/IJERPH15081787
- Naz, F., Kausar, R. (2012). Parental rejection and comorbid disorders in adolescents with somatization disorder. *Journal of Behavioural Sciences*, 22(1), 125.
- Nemiah, J. C. (1996). Breuer, Josef and Freud, Sigmund (1895/1995), Studies on Hysteria. In James Strachey (Ed.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press, Vol.2, xxxii, pp. 1–335. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(3), 234–237. <https://doi.org/10.1080/00029157.1996.10403343>
- Nieder, C. ve Kämpe, T. A. (2018). Does marital status influence levels of anxiety and depression before palliative radiotherapy? *In Vivo*, 32(2), 327-330. doi: 10.21873/INVIVO.11241
- Niederlová, M. ve Štěrbová, I. (2022). Strach být nezadaný v kontextu české populace. *Psychologie Pro Praxi*, 55(2), 11-25. doi: 10.14712/23366486.2022.2

- Niemi, P. M., Portin, R., Aalto, S., Hakala, M. ve Karlsson, H. (2002). Cognitive functioning in severe somatization--a pilot study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 461-463. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01445.x>
- On the theory of anxiety and guilt. (1975). In *Envy and Gratitude and Other Works* (p. 29). London: Hogarth Press.
- Osborne, R., Elsworth, G. ve Hopper, J. (2003). Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *European Journal of Cancer*, 39(6), 755-762. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(02\)00814-6](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(02)00814-6)
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Shibuya, N., Sadahiro, R. ve Enokido, M. (2013). Parental overprotection engenders dysfunctional attitudes about achievement and dependency in a gender-specific manner. *BMC psychiatry*, 13, 1-4. doi: 10.1186/1471-244X-13-345
- Oxford Learner's Dictionary. (t.y.). *Anxiety*. Oxford Learner's Dictionaries | Find definitions, translations, and grammar explanations at Oxford Learner's Dictionaries. Retrieved March 23, 2024, from <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/anxiety#:~:text=%2F%C3%A6%C5%8B%CB%88za%C9%AA%C9%99ti%2F-,%2F%C3%A6%C5%8B%CB%88za%C9%AA%C9%99ti%2F,bad%20is%20going%20to%20happen>
- Öner Necla ve Ayhan Le Compte (1983) *Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özdal, F. ve Aral, N. (2005). A study on anxiety levels of children having fatherless and living with mother and father. *Ahi Evran University Kırşehir Faculty of Education Journal*, 6(2), 255-267.
- Özen, E. M., Serhadlı, Z., Türkcan, A. S. ve Ülker, G. E. (2010). Somatization in depression and anxiety disorders. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23(1), 60. doi: 10.5350/DAJPN2010230109T

- Özmen, M. (2009). Bedenselleştiren hastaya yaklaşım. *Klinik Gelişim Dergisi Psikiyatri Özel Sayısı*, 4(22), 34-38.
- Packness, A., Sparle Christensen, K. ve Simonsen, E. (2023). Prevalence of anxiety disorders and association to socioeconomic position. Results from the Lolland Falster Health Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(5), 467-474. doi: 10.1080/08039488.2022.2154836
- Parker, G., Tupling, H. ve Brown, L. B. (1979). Parental bonding instrument. *PsycTESTS Dataset*, 70(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/t06510-000>
- Parmasari, W. D., Hakim, N. ve Soekanto, A. (2022). Comparison of student anxiety levels in facing CBT exams based on gender. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 8(2), 115. <https://doi.org/10.19184/ams.v8i2.31212>
- Parnes, J. E., Mereish, E. H., Meisel, S. N., Padovano, H. T. ve Miranda Jr, R. (2023). In the presence of parents: parental heterosexism and momentary negative affect and substance craving among sexual minority youth. *Journal of Adolescent Health*, 72(2), 230-236.
- Parsons, T. D., Rizzo, A. A. (2008) Affective Outcomes of Virtual Reality Exposure Therapy for Anxiety and Specific Phobias: A Meta-Analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 250-261.
- Parsons, T. (1955). Family, socialization and interaction process. *Social Forces*, 34(2), 181-198.
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3), 257. <https://doi.org/10.2307/3349493>
- Parvez, S. ve Irshad, E. (2013). Parenting style of socially anxious and non-anxious students. *Parenting*, 7(1), 47-51.
- Patel, V. ve Sumathipala, A. (2001). International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 178, 406-409. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.5.406>

- Patihis, L., Cruz, C. S. ve Herrera, M. E. (2019). Changing current appraisals of mothers leads to changes in childhood memories of love toward mothers. *Clinical Psychological Science*, 7(5), 1125-1143. doi: 10.1177/2167702619842468
- Paul, K., Zechmann, A. ve Moser, K. (2016). Psychische Folgen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. *WSI-Mitteilungen*, 69(5), 373-380. doi: 10.5771/0342-300X-2016-5-373
- Pereira, L. B. ve Oliva, A. D. (2023). How empathy, perceived parental care, and overprotection indexes are affected by participants' sex: investigating cultural differences. *Current Psychology*, 42(36), 32386-32397. doi: 10.1007/s12144-022-04141-4
- Perris, C., Arrindell, W. A. ve Eisemann, M. (1994). *Parenting and psychopathology* (1st ed.). John Wiley and Sons.
- Perris, C., Jacobsson, L., Linndström, H., Von Knorring, L. ve Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x>
- Peyper, E., De Klerk, W. ve Spies, R. (2015). Experiences of young adult women with emotionally absent fathers. *Journal of Psychology in Africa*, 25(2), 127-133. doi:10.1080/14330237.2015.1021513
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 113(494), 89-93.
- Pilowsky, I. (1969). Abnormal illness behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 42: 347-351.
- Prasad, A. H., Keevers, Y., Kaouar, S. ve Kimonis, E. R. (2023). Conception and Development of the Warmth/Affection Coding System (WACS): A Novel Hybrid Behavioral Observational Tool for Assessing Parent-to-Child Warmth. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(9), 1357-1369. doi: 10.1007/s10802-023-01055-y

- Putnick, D. L., Uddin, M. K., Rohner, R. P., Singha, B. ve Shahnaz, I. (2020). Remembrances of parental rejection are associated with loneliness as mediated by psychological maladjustment in young Bangladeshi men but not women. *International journal of psychology*, 55(3), 354-363. doi: 10.1002/IJOP.12609
- Quan, S., Li, M., Yang, X., Song, H. ve Wang, Z. (2022). Perceived parental emotional warmth and prosocial behaviors among emerging adults: Personal belief in a just world and gratitude as mediators. *Journal of Child and Family Studies*, 1-11. doi: 10.1007/S10826-021-02173-1
- Quek, Tam, Tran, Zhang, Zhang, Ho ve Ho. (2019). The global prevalence of anxiety among medical students: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2735. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152735>
- Quirk, S. W., Wier, D., Martin, S. M. ve Christian, A. (2015). The influence of parental rejection on the development of maladaptive schemas, rumination, and motivations for self-injury. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 283-295.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. New York, NY: Psychology Press. Web. TMD. (2014). *Anxiety*. Web.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J. ve Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Rahma, F. (2023). The Effects of Parental Conflicts and Divorce Towards Self-efficacy in Romantic Relationships of Young Adults Male. *Open Access Indonesia Journal of Social Sciences*, 6(2). <https://doi.org/10.37275/oaijss.v6i2.158>
- Ramírez-Uclés, I., González-Calderón, M. J., del Barrio-Gándara, V. ve Carrasco, M. Á. (2018). Perceived parental acceptance-rejection and children's

- psychological adjustment: The moderating effects of sex and age. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1336-1348.
- Rapee, R. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(96\)00040-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(96)00040-2)
- Rapee, R. M. ve Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00022-3)
- Raza, A. ve Zainab, H. (2019). Somatization and medically unexplained symptoms – prevalence and correlates among women at nahaqi-kpk, pakistan. *The professional medical journal*, 26(7). <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2019.26.07.3444>
- Regev, S., Odes, S., Slonim-Nevo, V., Friger, M., Schwartz, D., Sergienko, R., ... ve Sarid, O. (2021). Differential relationships of somatization, depression, and anxiety to severity of Crohn's disease. *Journal of Health Psychology*, 26(13), 2390-2401.
- Reichenberger, J., Pfaller, M., Forster, D., Gerczuk, J., Shiban, Y. ve Mühlberger, A. (2019). Men scare me more: gender differences in social fear conditioning in virtual reality. *Frontiers in Psychology*, 10, 1617.
- Reiss, S. (1997). Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of anxiety disorders*, 11(2), 201-214. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00006-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00006-6)
- Reksodiputro, L. M. L. ve Boediman, L. M. (2019, August). The Effect of Perceived Maternal Acceptance-Rejection on Mental Illness among Orphaned Adolescents in Indonesia. In *2nd International Conference on Intervention and Applied Psychology (ICIAP 2018)* (pp. 87-100). Atlantis Press.
- Rhee, H., Holditch-Davis, D., Miles, F., Miles, M., 2005. Patterns of physical symptoms and relationships with psychosocial factors in adolescents. *Psychosom. Med.* 67 (6), 1006–1012.

- Riaz, M. N. ve Qasmi, F. N. (2012). Perceived Parental Acceptance-Rejection, Psychological Adjustment and Self Concepts of Persons with Disabilities. *Journal of Behavioural Sciences*, 22(1).
- Rief, W. ve Hiller, W. (1998). Somatization-Future perspectives on a common phenomenon. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 529-536.
- Ristner, M. (2000). Somatization in an Immigrant Population in Israel: A community survey of prevalence, risk factors, and helpseeking behavior. *Am J Psychiatry*, 157, 385-392.
- Riviere, J. (1952). The unconscious phantasy of an inner world reflected in examples from English literature. *The International journal of psycho-analysis*, 33, 160.
- Rodin, G. M. (1991). Somatization: A perspective from self psychology. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19(3), 367-384. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1991.19.3.367>
- Rohlof, H. (2011). Psychosomatiek bij vluchtelingen. *Psychologie ve gezondheid*, 39, 154-158. doi: 10.1007/S12483-011-0031-7
- Rohner, R. P. ve Smith, R. L. (2019). Parental acceptance-rejection. In *Handbook of parenting* (pp. 401-420). Routledge.
- Rohner, R. P. (1980). Worldwide tests of parental acceptance-rejection theory: An overview. *Behavior Science Research*, 15(1), 1-21. <https://doi.org/10.1177/106939718001500102>
- Rohner, R. P. ve Rohner, E. C. (1980). Antecedents and consequences of parental rejection: A theory of emotional abuse. *Child Abuse ve Neglect*, 4(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(80\)90007-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(80)90007-1)
- Rohner, R. P., Khalaque, A. ve Cournoyer, D. E. (2005). Parental acceptance-rejection: Theory, methods, cross-cultural evidence, and implications. *Ethos*, 33(3), 299-334. <https://doi.org/10.1525/eth.2005.33.3.299>

- Rokvić, N. (2018). Initial investigation of somatization in the general population of Serbia: Prevalence, manifestations and predictors. *Medicinski pregled*, 71(11-12), 360-367. doi:10.2298/MPNS1812360R
- Rork, K. E. ve Morris, T. L. (2009). Influence of parenting factors on childhood social anxiety: Direct observation of parental warmth and control. *Child ve Family Behavior Therapy*, 31(3), 220-235. <https://doi.org/10.1080/07317100903099274>
- Rosendal, M., Fink, P., Bro, F. ve Olesen, F. (2005). Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms?: Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(1), 3–10. <https://doi.org/10.1080/02813430510015304>
- Roup, C. M., Green, D. E. ve DeBacker, J. R. (2020). The impact of speech recognition testing on state anxiety in young, middle-age, and older adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(8), 2789-2800. doi: 10.1044/2020_JSLHR-19-00246
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaeillie, J., Hoppenbrouwers, K., Desoete, A., ve Van Leeuwen, K. (2014). Somatisation and functional impairment in adolescents: longitudinal link with mothers' reactions. *Psychologica Belgica*, 54(1), 131-155
- Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938-950). B. J. Sadock ve V. A. Sadock (Eds.). Philadelphia: lippincott Williams ve Wilkins.
- Rundell, L., Brown, C. M. ve Cook, R. E. (2012). Perceived parental rejection has an indirect effect on young women's drinking to cope. *Psychology*, 3(11), 935-939. doi: 10.4236/PSYCH.2012.311140
- Russek, L. G. ve Schwartz, G. E. (1997). Perceptions of parental caring predict health status in midlife: a 35-year follow-up of the Harvard Mastery of Stress Study. *Psychosomatic Medicine*, 59(2), 144-149. doi: 10.1097/00006842-199703000-00005

- Rusu, A., Chiriac, D. C., Sălăgean, N. ve Hojbotă, A. M. (2013). Job search self-efficacy as mediator between employment status and symptoms of anxiety. *Romanian Journal of Applied Psychology*, 15(2), 69-75.
- Saeed, S. (2015). Toward an Explanation of Son Preference in Pakistan. *Social Development Issues (Follmer Group)*, 37(2).
- Sajid, B. (2016). Perceived parental rejection and psychosocial maladjustment: A study of convicts. *Journal of Behavioural Sciences*, 26(2), 39.
- Salmon, M., Sibeoni, J., Harf, A., Moro, M. R. ve Ludot-Grégoire, M. (2022). Systematic review on somatization in a transcultural context among teenagers and young adults: Focus on the nosography blur. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 897002. doi: 10.3389/fpsy.2022.897002
- Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G, Woolford H (1994), The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *Consult Clin Psycho*, 62:306-314
- Sartor, T., Lange, S. ve Tröster, H. (2023). Cumulative stress of single mothers-an exploration of potential risk factors. *The Family Journal*, 31(1), 88-94. doi: 10.1177/10664807221104134
- Sata, M. J. ve Munday, C. C. (2017). Primary and secondary gain. In *Encyclopedia of personality and individual differences*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_619-1
- Sauane, S. (2007). Parentalidad invertida y eclosión somática. In *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires
- Sayar, K. ve Ak, I. (2001). The predictors of somatization: A review. *Bull Clin Psychophar*, 11(4), 266-271.
- Scott, K. M., Wells, J. E., Angermeyer, M., Brugha, T. S., Bromet, E., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., Jin, R., Karam, A. N., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sampson, N., Takeshima, T., Zhang, M., ... Kessler, R. C. (2010). Gender

and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychological Medicine*, 40(9), 1495-1505. <https://doi.org/10.1017/s0033291709991942>

Sevinçok, L. (1999). Somatizasyon Bozukluğu, *Psikiyatri Dünyası*, 3(1), 5-10.

Shabbbeh, Z., Feizi, A., Afshar, H., Hassanzade Kashtali, A. ve Adibi, P. (2016). Identifying the profiles of psychosomatic disorders in an Iranian adult population and their relation to psychological problems. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 26(137), 82-94.

Shah, R. M., Doshi, S., Shah, S., Patel, S., Li, A. ve Diamond, J. A. (2023). Impacts of anxiety and depression on clinical hypertension in low-income US adults. *High Blood Pressure ve Cardiovascular Prevention*, 30(4), 337-342. doi: 10.1007/s40292-023-00584-3

Sheeran, N., Jones, L., Bernardin, S., Wood, M. ve Doherty, L. (2021). Immoral, incompetent, and lacking warmth: How stereotypes of teenage fathers compare to those of other parents. *Sex Roles*, 84, 360-375. doi: 10.1007/S11199-020-01172-8

Shoop-Worrall, S. J., Verstappen, S. M., Costello, W., Angevare, S. P., Uziel, Y., Wouters, C., ... ve Beesley, R. (2021). O31 Trajectories of anxiety in children young people and adults with rheumatic diseases in the wake of COVID-19: results from the COVID-19 European patient registry. *Rheumatology*, 60(Supplement_1), keab246-030. doi:10.1093/RHEUMATOLOGY/KEAB246.030

Silove, D., Manicavasagar, S.D., O 'Connell, V. ve Morris-Yates, D. (1995). Genetic factors in early separation anxiety: Implications for the genesis of adult anxiety disorders. *Acta Psvchiatrica Scandinavica*, 92, 17-24. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09537.x>

Slater, P. (2020). Anxiety: the dizziness of freedom—the developmental factors of anxiety as seen through the lens of psychoanalytic thinking. *Psychopathol Int Interdiscip Perspect*.

- Smeijers, D., Brazil, I. A., Bulten, E. B. ve Verkes, R. J. (2018). Retrospective parental rejection is associated with aggressive behavior as well as cognitive distortions in forensic psychiatric outpatients. *Psychology of violence*, 8(4), 495. doi: 10.1037/VIO0000134
- Smith, J. A., Flowers, P. ve Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: SAGE.
- Smith, L. W. ve Conway, P. W. (2009). *The Mind-body interface in somatization: When symptom becomes disease*. Jason Aronson, Incorporated.
- Smith, W., Conway, P. ve Cole, J. (2009). *The Mind-Body Interface in Somatization: When Symptom Becomes Disease*. Jason Aronson Publishers.
- So, J. K. (2008). Somatization as cultural idiom of distress: rethinking mind and body in a multicultural society. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(2), 167-174. doi: 10.1080/09515070802066854
- Soliman, F., Glatt, C. E., Bath, K. G., et al. (2010) A Genetic Variant BDNF Polymorphism Alters Extinction Learning in Both Mouse and Human. *Science*, 327, 863-866.
- Spada, M. M., Caselli, G., Manfredi, C., Rebecchi, D., Rovetto, F., Ruggiero, G. M., ... ve Sassaroli, S. (2012). Parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 40(3), 287-296. doi: 10.1017/S135246581100021X
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. NY: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972). *Review of Profile of Mood States*.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologist.
- Spokas, M. ve Heimberg, R. G. (2009). Overprotective parenting, social anxiety, and external locus of control: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Cognitive Therapy and Research*, 33(6), 543-551. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9227-5>

- Sreedevi, A., Babu, A., John, A. ve Krishnapillai, V. (2019). Prevalence and determinants of somatization and anxiety among adult women in an urban population in Kerala. *Indian Journal of Community Medicine*, 44(5), 66. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_55_19
- Stauder, A., Eörsi, D. ve Pilling, J. (2016). The importance of the doctor-patient communication in the care of somatizing patients. *Orvosi Hetilap*, 157(17), 664-668.
- Stein, D. J., Hollander, E., Rothbaum, B. O. (eds.) (2009) Cognitive-Behavioral Concepts on Anxiety. *Textbook of Anxiety Disorders*. 2nd edn. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 103-116.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D. ve Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52(3), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.007>
- Strand, N., Fang, L. ve Carlson, J. M. (2021). Sex differences in anxiety: An investigation of the moderating role of sex in performance monitoring and attentional bias to threat in high trait anxious individuals. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 627589.
- Stuart, R., Noyes, S. P. ve Watson, D. B. (2008). A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 49(1), 14-22. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.1.14>
- Ta, V. P., Gesselman, A. N., Perry, B. L., Fisher, H. E. ve Garcia, J. R. (2017). Stress of singlehood: Marital status, domain-specific stress, and anxiety in a national US sample. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(6), 461-485. doi: 10.1521/JSCP.2017.36.6.461
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.), Boston: Allyn and Bacon.
- Tariq, A. (2022). Psychological Disorders. *Pakistan Journal of Health Sciences*, 02-02. doi: 10.54393/pjhs.v3i06.380
- Tatsis, F., Nikolakakis, N., Mazetas, D., Gourgoulisanis, K., Economou, A., Diamantopoulos, E., Dragioti, E. ve Gouva, Mary. (2022). The Shame and

- Psychopathology Effect on Somatization. A comparative Study Between Financial and Health Crisis Periods. *Int J Psychiatry* 7(3), 164-176.
- Taylor, D. C., Szatmari, P., Boyle, M. H. ve Offord, D. R. (1996). Somatization and the vocabulary of everyday bodily experiences and concerns: a community study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(4), 491-499.
- Taylor, R. E. ve Mann, A. H. (1999). Somatization in primary care. *Journal of psychosomatic research*, 47(1), 61-66.
- Thomasgard, M., Metz, W. P., Edelbrock, C., ve Shonkoff, J. P. (1995). Parent-child relationship disorders. Part I. Parental Overprotection and the development of the parent protection scale. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16(4), 244-250. <https://doi.org/10.1097/00004703-199508000-00006>
- Tugnoli, S., Casetta, I., Caracciolo, S. ve Salviato, J. (2022). Parental bonding, depression, and suicidal ideation in medical students. *Frontiers in Psychology*, 13, 877306. doi:10.3389/fpsyg.2022.877306
- University of Michigan Health System. (2012, June 16). Freud's Theory of Unconscious Conflict Linked to Anxiety Symptoms. ScienceDaily
- Ünal, E., Agrali, C., Taşhan, S. (2022). The effect of marriage anxiety on pre-pregnancy fear of birth in single women. *Göbeklitepe sağlık bilimleri dergisi*. doi: 10.55433/gsbdl.181
- Van Petegem, S., Albert Sznitman, G., Darwiche, J. ve Zimmermann, G. (2022). Putting parental overprotection into a family systems context: Relations of overprotective parenting with perceived coparenting and adolescent anxiety. *Family process*, 61(2), 792-807. doi: 10.1111/FAMP.12709
- Vargas-Prada, S., Coggon, D., Ntani, G., Walker-Bone, K., Palmer, K. T., Felli, V. E., ... ve Vega, E. J. S. (2016). Descriptive epidemiology of somatising tendency: findings from the CUPID study. *PloS one*, 11(4), e0153748.
- Vasiliadis, H. M., Desjardins, F., Roberge, P. ve Grenier, S. (2020). Sex differences in anxiety disorders in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1-9.

- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J. ve Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic medicine*, 68(1), 129-135. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4>
- Wang, W., Ma, H. ve Wang, H. (2022). The impact of relative income on farmers' psychological capital and anxiety inhibition: evidence from china. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 25(Supplement_1), A94-A95. doi:10.1093/ijnp/pyac032.128
- Wasserman AL, Whittington PF, Rivara FP (1988), Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents, *Am Acad ChildAdolesc Psychiatry* 27:179-184
- Watson, J. B. ve Rayner, R. (1920) Conditioned Emotional Responses. *Journal of experimental psychology*, 3, 1-14.
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N. ve Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of psychosomatic research*, 58(3), 279-288.
- What did Freud say about anxiety?* (2021, June 16). Freud Museum London. <https://www.freud.org.uk/education/resources/what-did-freud-say-about-anxiety/>
- Wilcox, E., Finlay, W. M. ve Edmonds, J. (2006). His brain is totally different: An analysis of care-staff explanations of aggressive challenging behaviour and the impact of gendered discourses. *British Journal of Social Psychology*, 45(1), 197-216.
- Wilson, K. B. (2016). *A phenomenological study of parenting practices perceived to have fostered academic success by graduates of masters and doctoral programs*. Liberty University.
- Woolfolk, R. L. ve Allen, L. A. (2007). *Treating somatization: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Press.

- World Health Organization. (2018). Global Burden of Disease Study 2017, 1–27.
- Wu H, Manglike A, Chen Y, Liu Z, Fritzsche K, Lu Z. (2023) Scoping review update on somatic symptom disorder that includes additional Chinese data. *Gen Psychiatr.* 36(3). doi: 10.1136/gpsych-2022-100942.
- Xiao, B., Liu, J., Gong, J. ve Luo, X. (2017). Perceived parental rejection mediates the effects of previous maltreatment on emotional and behavioural outcomes in Chinese adolescents whereas mental illness has no moderating effect. *South African journal of psychiatry*, 23.
- Yahav, R. (2007). The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. *Child: Care, Health and Development*, 33(4), 460-471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00708.x>
- Yan, Z. H. U. ve ZHANG, M. (2015). The Survey of Graduate Students Perceived Stress Influences Stress Coping Style. *Canadian Social Science*, 11(8), 90-97. doi: 10.3968/7427
- Yavuz, F. K. (2012). *Fibromyalji ve Somatoform Bozukluk Hastalarında Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması* [Doctoral dissertation]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=dGRinaf4FiG-O8tUZcRjgg&no=gda2DfVHt1UzFX-3a3TXEw>
- Yavuzer, H. (1998). *Cocuk Psikolojisi* (16th ed.). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yerkes ve Dodson (1908) Yerkes RM, Dodson JD. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*. 18:459-482. DOI: 10.1002/cne.920180503
- Yerkes, R. M. ve Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation.
- Yildiz, M. ve Dağ, İ. (2017). The Examination of the Relationship Between Perceived Parental Acceptance-Rejection and Anger Expression Styles and Depressive Symptoms. *Klinik Psikiyatri Dergisi-Turkish Journal Of Clinical Psychiatry*, 20(2).

- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide* (1st ed.). Guilford Press.
- Yu, H., Wang, Y., Pattwell, S., et al. (2009) Variant BDNF Val66Met Polymorphism Affects Extinction of Conditioned Aversive Memory. *Journal of Neuroscience*, 29, 4056-4064.
- Yurica, C., DiTomasso, R, A. (2005) Cognitive Distortions. In: Freeman, A., Felogioise, S, H., Nezu, A., et al, (Eds.). *Encyclopedia of Cognitive and Behavioral Therapy*. New York, Kluwer, 117-122.
- Zawilski, Z. M. (2022). Somatisation as a manifestation of emotional disturbance in children. *Paediatrics and Family Medicine*, 18(1), 40. doi: 10.15557/pimr.2022.0006
- Zegarra-López, A. C., Luna-Victoria, G., Romero-Montenegro, D., Florentino-Santisteban, B., Prieto-Molinari, D. E. ve Montoya-Cuadrao, M. (2022). Prevalence and predictors of somatization in Peruvian undergraduate students during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15576. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315576>
- Zhang, C., Li, M., Zhao, H., Zhu, R., Zheng, X., Lu, J., ... ve Yang, T. (2019). Are overweight people more susceptible to anxiety? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(4), 555-562. doi: 10.1002/GPS.5050
- Zhang, X. ve Zhang, X. (2017). Somatization symptoms in lung cancer patients and correlative analysis between anxiety, depression and somatization symptoms. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*, 20(7).
- Zwanzger, P. ve Rupprecht, R. (2005). Selective Gabaergic treatment for panic, Investigations in experimental panic induction and panic disorder. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 30(3), 167-175.
- Холмогорова, А. Б., Суботич, М. И., Рахманина, А. А., Борисоник, Е. В., Рой, А. П., Лысенко, Ю. С. ve Петриков, С. С. (2019). Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского

центра. Журнал им. НВ Склифосовского «Неотложная медицинская помощь», 8(4), 384-390. doi: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390



EKLER

Ek-1. Demografik Bilgi Formu

Yaşınız (Sayı ile belirtiniz): ...	Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
Cinsiyetiniz:	Tek ()
Kadın ()	Aile ()
Erkek ()	Akraba ()
	Ev arkadaşı ()
Eğitim durumunuz:	Kronik bir rahatsızlığınız var mı?
İlköğretim ()	Evet ()
Lise ()	Hayır ()
Önlisans/ Lisans ()	
Lisansüstü/Doktora ()	
Yaşadığınız yerleşim yeri:	Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanı aldınız mı veya psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı?
Köy/Kasaba ()	Evet ()
İlçe ()	Hayır ()
İl ()	
Büyükşehir ()	
Medeni durumunuz:	
Bekar-ilişkisi yok ()	
Bekar-ilişkisi var ()	
Evli ()	
Boşanmış ()	
Eşini kaybetmiş ()	

Çocuğunuz var mı?

Evet ()

Hayır ()

Çalışma durumunuz:

Evet ()

Hayır ()

Algılanan gelir düzeyiniz:

Düşük ()

Orta ()

Yüksek ()

Ek-2. Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği

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

İfadeler: Hiç (1), Biraz (2), Çok (3), Tamamıyla (4)

1. Şu anda sakinim (1) (2) (3) (4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum (1) (2) (3) (4)
3. Şu anda sinirlerim gergin (1) (2) (3) (4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim (1) (2) (3) (4)
5. Şu anda huzur içindeyim (1) (2) (3) (4)
6. Şu anda hiç keyfim yok (1) (2) (3) (4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum (1) (2) (3) (4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum (1) (2) (3) (4)
9. Şu anda kaygılıyım (1) (2) (3) (4)
10. Kendimi rahat hissediyorum (1) (2) (3) (4)
11. Kendime güvenim var (1) (2) (3) (4)
12. Şu anda asabım bozuk (1) (2) (3) (4)
13. Çok sinirliyim (1) (2) (3) (4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum (1) (2) (3) (4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum (1) (2) (3) (4)
16. Şu anda halimden memnunum (1) (2) (3) (4)
17. Şu anda endişeliyim (1) (2) (3) (4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum (1) (2) (3) (4)
19. Şu anda sevinçliyim (1) (2) (3) (4)
20. Şu anda keyfim yerinde. (1) (2) (3) (4)

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

İfadeler: Hemen hiçbir zaman (1), Bazen (2), Çoğu zaman (3), Hemen her zaman (4)

21. Genellikle keyfim yerindedir (1) (2) (3) (4)
22. Genellikle çabuk yorulurum (1) (2) (3) (4)
23. Genellikle kolay ağlarım (1) (2) (3) (4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim (1) (2) (3) (4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım (1) (2) (3) (4)
26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum (1) (2) (3) (4)
27. Genellikle sakın, kendine hâkim ve soğukkanlıyım (1) (2) (3) (4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim (1) (2) (3) (4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim (1) (2) (3) (4)
30. Genellikle mutluyum (1) (2) (3) (4)
31. Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim (1) (2) (3) (4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur (1) (2) (3) (4)
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim (1) (2) (3) (4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım (1) (2) (3) (4)
35. Genellikle kendimi hüznümlü hissederim (1) (2) (3) (4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum (1) (2) (3) (4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder (1) (2) (3) (4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam (1) (2) (3) (4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım (1) (2) (3) (4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor (1) (2) (3) (4)

Ek-3. Somatizasyon Ölçeği

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre DOĞRU ya da YANLIŞ olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın.

1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.

Doğru () Yanlış ()

2. İştahım iyidir.

Doğru () Yanlış ()

3. Başım pek az ağrır.

Doğru () Yanlış ()

4. Ayda bir iki defa ishal olurum.

Doğru () Yanlış ()

5. Midemden oldukça rahatsızım.

Doğru () Yanlış ()

6. Çoğu kez midem ekşir.

Doğru () Yanlış ()

7. Bazen utanınca çok terlerim.

Doğru () Yanlış ()

8. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.

Doğru () Yanlış ()

9. Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok.

Doğru () Yanlış ()

10. Bazen başımda sızı hissederim.

Doğru () Yanlış ()

11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.

Doğru () Yanlış ()

12. Sağlığım birçok arkadaşımınki kadar iyidir.

Doğru () Yanlış ()

13. Pek seyrek kabız olurum.

Doğru () Yanlış ()

14. Ensemden nadiren ağrı hissederim.

Doğru () Yanlış ()

15. Vücudumda pek az seğirme ve kasılma olur.

Doğru () Yanlış ()

16. Çabucak yorulmam.

Doğru () Yanlış ()

17. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.

Doğru () Yanlış ()

18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.

Doğru () Yanlış ()

19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.

Doğru () Yanlış ()

20. Çoğu zaman yorgunluk hissederim.

Doğru () Yanlış ()

21. Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.

Doğru () Yanlış ()

22. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.

Doğru () Yanlış ()

23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.

Doğru () Yanlış ()

24. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyiydi.

Doğru () Yanlış ()

25. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.

Doğru () Yanlış ()

26. Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.

Doğru () Yanlış ()

27. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissedirim.

Doğru () Yanlış ()

28. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikâyetim yoktur.

Doğru () Yanlış ()

29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.

Doğru () Yanlış ()

30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.

Doğru () Yanlış ()

31. Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.

Doğru () Yanlış ()

32. Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar.

Doğru ()

Yanlış ()

33. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissedirim.

Doğru ()

Yanlış ()



Ek-4. Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumu Ölçeği – Çocuk Formu

ALGILANAN EBEVEYN TUTUMLARI ÖLÇEĞİ-ÇOCUK FORMU (KISA FORM)

Aşağıda çocukluğunuz ile ilgili bazı ifadeler yer almaktadır.

Anketi doldurmadan önce aşağıdaki yönergeyi lütfen dikkatle okuyunuz:

1. Anketi doldururken, anne ve babanızın size karşı olan davranışlarını nasıl algıladığınızı hatırlamaya çalışmanız gerekmektedir. Anne ve babanızın çocukken size karşı davranışlarını tam olarak hatırlamak bazen zor olsa da, her birimizin çocukluğumuzda anne ve babamızın kullandıkları prensiplere ilişkin bazı anılarımız vardır.

2. Her bir soru için anne ve babanızın size karşı davranışlarına uygun seçeneği yuvarlak içine alın. Her soruyu dikkatlice okuyun ve muhtemel cevaplardan hangisinin sizin için uygun cevap olduğuna karar verin. Soruları anne ve babanız için ayrı ayrı cevaplayın.

Örneğin;

Annem ve babam bana iyi davranırlardı.				
	Hayır, hiçbir	Evet, arada	Evet, sık	Evet, çoğu
	hiçbir	arada	sık	çoğu
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam, nedenini söylemeden bana kızarlardı ya da ters davranırlardı

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam beni överlerdi.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babamın yaptıklarım konusunda daha az endişeli olmasını isterdim.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam bana hak ettiğimden daha çok fiziksel ceza verirlerdi.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Eve geldiğimde, anne ve babama ne yaptığının hesabını vermek zorundaydım.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam ergenliğimin uyarıcı, ilginç ve eğitici olması için çalışırlardı.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam beni başkalarının önünde eleştirirlerdi.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam, bana bir şey olur korkusuyla başka çocukların yapmasına izin verilen şeyleri yapmamı yasaklardı.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam, her şeyde en iyi olmam için beni teşvik ederlerdi.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam davranışları ile örneğin üzgün görünerek, onlara kötü davrandığım için suçlu hissetmeme neden olurlardı.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babamın bana bir şey olacağına ilişkin endişeleri abartılıydı.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Benim için bir şeyler kötü gittiğinde, anne ve babamın beni rahatlatmaya ve yüreklendirmeye çalıştığını hissettim.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Bana ailenin “yüz karası” ya da “günah keçisi” gibi davranılırdı.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam, sözleri ve hareketleriyle beni sevdiklerini gösterirlerdi.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babamın, erkek ya da kız kardeşimi(lerimi) beni sevdiklerinden daha çok sevdiklerini hissedirdim.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam, kendimden utanmama neden olurlardı.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam, pek fazla umursamadan, istediğim yere gitmeme izin verirlerdi.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babamın, yaptığım her şeye karıştıklarını hissedirdim.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babamla, aramda sıcaklık ve sevecenlik olduğunu hissedirdim.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam, yapabileceklerim ve yapamayacaklarımla ilgili kesin sınırlar koyar ve bunlara titizlikle uyarlardı.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam, küçük kabahatlerim için bile beni cezalandırırlardı.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Anne ve babam, nasıl giyinmem ve görünmem gerektiği konusunda karar vermek isterlerdi.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

- Yaptığım bir şeyde başarılı olduğumda, anne ve babamın benimle gurur duyduklarını hissederdim.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

Ek-5. Etik Kurul Onayı

Tarih ve Sayı: 31.03.2023-98598



SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER İÇİN YAYIN ETİĞİ KURULU

Sayı :E-45778635-050.99-98598
Konu :Gülğün Ağyol'un "Yetişkinlerde
Durumluk-Sürekli Kaygı,
Somatizasyon ile Algılanan Ebeveyn
Tutumu Arasındaki İlişkinin
İncelenmesi" Başlıklı Revize
Başvurusunun Etik Kurul Onay
Yazısı Hk.

31.03.2023

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü, 30.03.2023 Tarihli ve 74966756- - 355
Sayılı Yazı,

İstanbul Beykent Üniversitesi 2120039005 numaralı Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Gülğün Ağyol'un Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ebadi danışmanlığında hazırladığı "Yetişkinlerde DurumlukSürekli Kaygı, Somatizasyon ile Algılanan Ebeveyn Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasının 03.03.23 tarihli 2023/2 sayılı Sosyal ve Beşeri Bilimler için Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu toplantısında gerekli düzeltmeler yapıldığı takdirde onaylanmasına karar verilmişti. Düzeltmelerin yapıldığı tespit edilmiş olduğundan ilgili başvurunun etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiş ve ekte onay yazısı sunulmuştur.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. Akile Reşide GÜRSOY
ŞATIROĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSL3ESB133 Pin Kodu :66132 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd7eK=5700&eD=BSL3ESB133&eS=98598>
Adres:İstanbul Beykent Üniversitesi Ayazağa-Maslak Yerleşkesi Ayazağa Mah. Hadımkoru Yolu Bilgi için: Akile Reşide Gürsoy
Cad. No: 19 Sarıyer/İstanbul Şatiroğlu
Telefon:444 1997 Faks:(0 212) 289 64 90 Unvanı: Başkan e-Posta:info@beykent.edu.tr Web:www.beykent.edu.tr Kep
Adresi:beykentuniv@hs01.kep.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.