

KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIĞIN VE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ ETKİSİ

BAŞAK ALPAT

İstanbul Bilim Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Lisans Bölümü, 2014

Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2017

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi
ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

IŞIK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI


KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN VE BAŞA
ÇIKMA TARZLARININ ETKİSİ

BAŞAK ALPAT

ONAYLAYANLAR:

Yrd.Doç.Dr. Hivren Özkol
(Tez Danışmanı)

Işık Üniversitesi



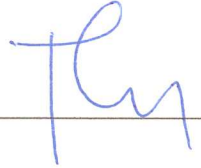
Yrd.Doç.Dr. Nazlı Balkır

Işık Üniversitesi



Yrd.Doç.Dr. Elif Mutlu

Gelişim Üniversitesi



ONAY TARİHİ: 05.06.2017

THE EFFECT OF RESILIENCE AND COPING STRATEGIES IN CONVERSION DISORDERS

Abstract

Objective: To investigate difference in psychological resilience level and preferred coping strategy between participants with and without conversion disorder.

Method: Thirty-six individuals without any psychiatric diagnosis and 36 patients who diagnosed with conversion disorder according to DSM 5 participated in the study. Independent t-test technique is used to analyze whether conversion disorder diagnosis cause any statistically significant differences in psychological resilience and coping strategies.

Results: Average age of 32 female and 4 male patients who diagnosed with conversion disorderis found to be $35,94 \pm 10,65$; while 32 healthy female and 4 healthy male participants' are $36,17 \pm 10,72$. There are statistically significant differences between participants with and without conversion disorder diagnosis in terms of psychological resilience and coping strategies.

Conclusion: In the current study, patients with conversion disorder diagnosis are shown to be less psychologically resilient compared to the healthy participants. In terms of coping strategies, participants with conversion disorder are shown to prefer emotion- oriented (ineffective) strategies more compared to problem- oriented (effective) strategies. All results are discussed according to the previous findings and current literature.

Keywords: Conversion, conversion disorder, psychological resilience, stress, coping strategies

KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN VE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ ETKİSİ

Özet

Amaç: Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve almayan kişilerde psikolojik dayanıklılık düzeyinin ve kullanılan stresle başa çıkma tarzlarının farklı olup olmadığını incelemektir.

Yöntem: Araştırmaya; DSM 5 tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı alan 36 kişi ve herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan 36 kişi olmak üzere toplam 72 kişi katılmıştır. Psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma tarzlarının konversiyon bozukluğu tanısı alanlarda farklı olup olmadığı, bağımsız örneklem *t* test analiz tekniği kullanılarak araştırılmıştır.

Bulgular: Hasta grubu 32 kadın ve 4 erkek katılımcıdan oluşmaktadır ve yaş ortalamaları $35,94 \pm 10,65$ olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunu oluşturan 32 kadın ve 4 erkek katılımcının yaş ortalaması ise $36,17 \pm 10,72$ olarak hesaplanmıştır. Konversiyon bozukluğu tanısı alan kişiler ve herhangi bir tanı almayan kontrol grubu arasında psikolojik dayanıklılık düzeyi ve stresle başa çıkmada kullanılan tarzlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmada; konversiyon bozukluğu tanısı alan kişilerin psikolojik dayanıklılıklarının tanı almayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Stresle başa çıkma tarzlarının kullanımına yönelik elde edilen sonuçlar ise; konversiyon bozukluğu tanısı alanların duygusal odaklı (kaçınmacı) yöntemleri daha fazla tercih ettikleri, problem odaklı başa çıkma tarzlarını daha az kullandıkları yönündedir. Elde edilen tüm bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Konversiyon, konversiyon bozukluğu, psikolojik dayanıklılık, stres, başa çıkma

Teşekkür

Tez süreci boyunca fikirleri ile çalışmama önemli katkılarda bulunan ve tecrübelerini benimle paylaşan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hivren ÖZKOL'a çok teşekkür ederim. Psikoloji eğitimine başladığım ilk günden bugüne; beni hep destekleyen, zorlandığım her anda bana umut aşıl原因 ve düşünceleri ile yolumu aydınlatan çok değerli hocam Doç. Dr. Sevda BULDUK'a hayatım boyunca minnettar kalacağım. Onun öğrencisi olmak, eğitim hayatımın en büyük şansdır... Bilgi birikimine ihtiyaç duyduğum zamanlarda benden tecrübesini ve desteğini esirgemeyen sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Melek ASTAR'a çok teşekkür ederim. Çalışma süresince katkılarından dolayı Uzm. Dr. Ersin UYGUN'a; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servisi doktorlarına ve personellerine, çalışma boyunca verdiği destek ile motivasyonumu arttıran meslektaşım Özde ALGÖNÜL'e ve araştırmaya gönüllü olarak dahil olan katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Dostluğu, desteği, ama en önemlisi varlığı ile hayatımı kolaylaştıran meslektaşım Burcu AKDEMİR'e; bilimsel konularda her zaman yanımda olan ve sorunlarımı kendi sorunları gibi ele alıp yardımını esirgemeyen sevgili meslektaşlarım; Elçin TUNÇKOL ve Dostcan KAZAK'a binlerce kez teşekkür ederim. Pamukannem başta olmak üzere beni güçlü kılan aileme yanımda oldukları için minnettarım. Son olarak; lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana karşı bitmeyen sabırlarından dolayı Biruni Laboratuvarı'ndaki tüm çalışma arkadaşlarıma ve araştırmanın başından sonuna kadar yardımcı olan fakat burada adı geçmeyen herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Başak ALPAT

İstanbul, 2017

İçindekiler

Abstract.....	ii
Özet.....	iii
Teşekkürler.....	iv
İçindekiler.....	v
Tablolar Listesi.....	viii
Kısaltmalar Listesi.....	ix
BÖLÜM 1	
1- GİRİŞ.....	1
1.1. Konversiyon Bozukluğu.....	1
1.2. Tarihçe.....	1
1.3. Epidemiyoloji.....	2
1.4. Etiyoloji.....	3
1.4.1. Psikanalitik Kuram.....	4
1.4.2. Nörobiyolojik Faktörler.....	5
1.4.3. Genetik Özellikler.....	6
1.4.4. Sosyokültürel Etkenler.....	6
1.4.5. Öğrenme Kuramı.....	7
1.5. Tanı.....	7
1.6. Konversiyon Bozukluğunun Seyri ve Tedavi.....	9
1.6.1. Psikoterapi.....	10
1.6.2. Psikofarmakolojik Tedav.....	10
1.7. Konversiyon Bozukluğu İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	10
1.8. Psikolojik Dayanıklılık.....	11
1.9. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler.....	13
1.9.1. Risk Faktörleri.....	13
1.9.2. Koruyucu Faktörler.....	13
1.10. Psikolojik Dayanıklılığın Önemi.....	14

1.11. Psikolojik Dayanıklılık İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	14
1.12. Stresle Başa Çıkma Tarzları.....	15
1.13. Stres Kavramını Açıklayan Kuramlar.....	16
1.13.1. Genel Uyum Sendromu.....	16
1.13.2. Genetik Kuram.....	16
1.13.3. Psikodinamik Kuram.....	16
1.13.4. Öğrenme Kuramı.....	17
1.14. Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Sınıflandırılması.....	17
1.14.1. Problem Odaklı Başa Çıkma Tarzları.....	19
1.14.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma Tarzları.....	19
1.15. Stresle Başa Çıkma Tarzları İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	20
BÖLÜM 2	
2- YÖNTEM.....	22
2.1.Araştırmanın Modeli.....	22
2.2.Araştırmanın Evreni.....	22
2.3.Veri Toplama Süreci.....	22
2.4.Veri Toplama Araçları.....	23
2.4.1.Sosyodemografik Bilgi ve Hastalığa Ait Veri Formu.....	23
2.4.2.DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)	24
2.4.3.Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	24
2.4.4.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	24
2.5.Verilerin Analizi.....	25
BÖLÜM 3	
3- BULGULAR.....	27
3.1.Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	27
3.1.1.Hasta Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	27
3.1.2.Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	28
3.2.Araştırma Verilerine İlişkin Bulgular.....	31
BÖLÜM 4	
4- TARTIŞMA.....	34
4.1.Örneklem Grubuna İlişkin Bulgular.....	34
4.2.Hipotezlere Yönelik Bulgular.....	36
4.3.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37

4.4.Öneriler.....	38
-------------------	----

Kaynaklar

Ekler

Ek A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek B: Sosyodemografik Bilgi Ve Hastalığa Ait Veri Formu

Ek C: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Ek D: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Özgeçmiş

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	29
Tablo 3.2. Katılımcıların PD Düzeyleri, POBÇ ve DOBÇ Tarzlarının Karşılaştırılması.....	32

KISALTMALAR LİSTESİ

BRSHH: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

DOBÇ: Duygusal Odaklı Başa Çıkma

DSM IV-TR: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan mental bozuklukları sınıflandırma sisteminin dördüncü gözden geçirilmiş baskısı

DSM 5: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan mental bozuklukları sınıflandırma sisteminin beşinci gözden geçirilmiş baskısı

PD: Psikolojik Dayanıklılık

POBÇ: Problem Odaklı Başa Çıkma

SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SCID-I: DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme ve Tanı Koyma Ölçeği

YPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Konversiyon Bozukluğu

Konversiyon bozukluğu; temelinde merkezi ya da periferik sinir sistemine dair bilinen anatomik ve fizyolojik bir bozukluk bulunmayan, nörolojik bozuklukları taklit eden bir tablodur (Guggenheim, 2000). Doğrudan sözel olarak ifade edilemeyen ruhsal bir çatışma veya ihtiyacın kişinin fiziksel işlevselliğini bozması ile karşımıza çıkmaktadır (Hollifield, 2005).

Konversiyon bozukluğunu, her bireyin yaşamının bir döneminde sergileyebileceği bir tepki ya da hemen her psikiyatrik rahatsızlıkta görülebilecek bir belirti olarak (Farley ve ark. 1968; Guze, 1975; Ford ve Folks, 1985) değerlendirenler olduğu gibi sosyoekonomik koşullar ve eğitimle yakın ilişkili bir tepki olarak açıklayanlar da mevcuttur (Stefanis ve ark. 1976).

1.2. Tarihçe:

Antik çağlardan beri bilinen ve tanımlanması güç bir tablo olan konversiyon, günümüze kadar çeşitli kavramlar ile açıklanmaya çalışılmıştır (Slater, 1965). Yapılan ilk tanımlama M.Ö. 1900 yıllarına kadar uzanmaktadır. Mısır papiruslarında konversiyon semptomları, uterusun vücutta gezinmesi olarak yer almıştır (Stewart, 1990). Konversiyon, somatizasyon ve dissosiyatif bozukluk kavramları yakın zamana kadar Eski Yunan terimi olan “hysteria” ismi ile tanımlanmakta ve uterustan üretilen semptomlar anlamına gelmekteydi (Chodoff, 1982).

Orta çağ dönemindeki dinsel yorumlamalar sonucunda histerinin, doğüstü güçler ile kötü ruhların etkisinde geliştiğine inanılmaktaydı. Şeytanla ilintili, büyücü kişiler olduklarına inanılan hastalar toplum tarafından dışlanmış, aynı dönemde kitle histerisi biçiminde görülen “Saint-Guy Dansı” hastaların şeytana ruhunu satması olarak yorumlanarak hastaların yakılmasına sebep olmuştur (Ford ve Folks, 1985).

Histerinin uterusun bedendeki hareketinden kaynaklanan bir hastalık olmadığı, ancak 17. yüzyılda düşünölmeye başlanmıştır. 1628 yılına gelindiğinde Sydenham tarafından yeni bir tanımlama yapılarak; kadınlarda kendini fiziksel ve

ruhsal semptomlar ile gösteren bir hastalık, erkeklerde ise “hipokondriazis” şeklinde ortaya çıkan bir tablo olarak açıklanmıştır (Lipowski, 1988; Mackay ve Pircell, 1995).

Histerinin ilk bilimsel tanımlaması Robert Carter tarafından 1853 yılında yazılan “Histerinin Patolojisi ve Tedavisi Üzerine” isimli kitabı ile yapılmıştır. Carter hastalığın oluşmasında psikolojik ve sosyal etmenlerin rol oynadığını ileri sürmüştür (Akt: Uğuz, 1998).

On yıl süreyle yaptığı hasta gözlemleri sonucunda histeriyi bir sendrom olarak ilk tanımlayan kişi Briquet (1859), çoğul belirtiler ve hastalığın gidişi üzerine yaptığı açıklamalar ile günümüzün konversiyon kavramının temelini oluşturmuştur (Akt: Mersky ve Mai, 1981).

Fransız nörolog Jean Martin Charcot (1879), histeriye sebep olan bir lezyondan söz ederek kalıtsal yollarla hastalığa yatkın olan kişilerde görülen histerinin, travmatik olaylar sonucunda beynin işleyişinde hasara yol açtığını ileri sürmüştür. Histeri tablosunu; konvulsif olan ve konvulsif olmayan şeklinde iki başlığa ayırarak (Akt: Candansayar, 1994) hastalık belirtilerinin hipnoz aracılığı ile tedavi edilebileceğini savunan Charcot, “histerik nöbet” terimini de literatüre kazandırmıştır (Sağduyu ve ark. 1997).

Charcot’un öğrencilerinden biri olan Pierre Janet (1927); kişilerin psikolojik sentezinin zayıflaması sonucunda bilinç altındaki çatışmanın, kişilikte çözülmeye sebep olması sonucunda rahatsız edici duyguların dissosiasyon yoluyla bilinçten uzaklaştırıldığını ve bu durumun hastalığa sebep olduğunu ileri sürmüştür (Akt: Uğuz, 1998).

Histerinin telkinle ortaya çıkarılıp telkinle yok olan fiziksel ve ruhsal belirtiler olduğunu savunan Babinski (1909); hastalığı simülasyon ile birlikte ele alarak bu tabloya “pithiatisme” adını vermiştir (Akt: Uğuz, 1998).

Konversiyon kavramını ilk kez 1895 yılında Breuer ile çalışan Freud (1895) kullanmıştır. Kişi kabul edilmesi zor olan duyguları bilinç dışına bastırarak bu duyguları yaşamaktan kaçınır, bu kaçınma için harcanan zihinsel enerji, ruhsal çatışmayı sembolik bir bedensel belirtiyeye dönüştürerek konversiyon tablosunu oluşturur (Akt: Kala, 2015).

1.3. Epidemiyoloji:

Somatoform bozukluklar içinde en sık görülen tablo konversiyon bozukluğudur. Görülme oranı, yaş, cinsiyet, toplumsal ve kültürel normlardan, içinde

bulunulan zamanın koşullarından etkilendiği için tanı kriterleri sıkça değişmektedir. Yapılan çalışmalardaki metot farklılıkları ve tanımlamalardaki zorluklar sebebiyle epidemiyolojisi ve yaygınlığı hakkında veri toplamak oldukça zordur (Uğuz, 1998).

Konversiyon bozukluğunun toplumda görülme sıklığı genel popülasyonda 2,5- 500/100.000 iken hastaneye yatırılan bireylerde ise 20-120/100.000 olarak kestirilmektedir (Krem, 2004). Psikiyatri polikliniklerinde konversiyon bozukluğunun görülme oranının gelişmiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde ise %10 civarında olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda hastalığın toplumda görülme oranı %4,5-32 olarak bulunmuştur (Sağduyu ve ark. 1997).

Ergenlik-genç erişkinlik döneminde sıklıkla karşımıza çıkan konversiyon bozukluğu, her yaş grubunda görülebilir. Görülme sıklığı bakımından ergenlik öncesinde cinsiyet farklılığı bulunmamakla birlikte ergenlik sonrasında; kadınlarda 2-10 kat daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Gülseren ve ark. 1993).

Sosyodemografik değişkenler incelendiğinde; kırsal kesimde yaşayan, sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük olan bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Deveci ve ark. 2002). Konversiyon bozukluğu, kırsal kesimde yaşayan ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda daha karışık, dağınık ve abartılı belirtiler ile kendini gösterirken, eğitim ve ekonomik düzeyi yüksek olan bireylerde bilinen tıbbi hastalıklara benzer semptomlar ile ilerlemektedir (Işık, 1996).

Konversiyon bozukluk tablosuna sıklıkla başka bir psikiyatrik bozukluk eşlik etmektedir. Yapılan çalışmalar %45-85 oranında duygudurum bozukluklarının ve bunlardan da en sık %17-29 oranında majör depresif bozukluğun eşlik ettiğini göstermektedir (Kaplan ve ark. 1994).

1.4. Etiyoloji:

Konversiyon bozukluğuna neden olan sebepleri anlamada, üç ana etkeni tanımlama kolaylık sağlamaktadır. Bunlar; yatkınlaştırıcı, ortaya çıkarıcı ve sürdürücü etkenler olarak isimlendirilir. Yatkınlaştırıcı etkenler; sıkıntı yaratan uyaranların psikosomatik yollarla ifadesini kolaylaştıran kişilik örüntüleri, kişilik bozuklukları, mevcut veya geçmiş cinsel kötüye kullanım öyküsü, iletişim problemleri, psikiyatrik veya nörobiyolojik bozuklukları tanımlamaktadır. Ortaya çıkarıcı etkenler; bireyde strese sebep olan ruhsal çatışmalar veya olaylardır. Sürdürücü etkenler; konversiyon belirtileri sonucunda çözülen sorunun şiddetini,

hastanın rolünü ve bu durumdan kazancı olup olmadığını kapsamaktadır (Doğan, 2007).

1.4.1. Psikanalitik Kuram

Bireyin çevreyle olan etkileşim ve iletişimde birinci role sahip mekanizma kişinin bedenidir ve sözel anlatım daha sonralarda kazanılan bir iletişim yeteneğidir. Sözel yollar ile kişinin kendini ifade etmesinin engellendiği durumlarda bedensel ifadeler devreye girmektedir. Kişi bilişsel düzeyde baş edemediği sorunlar ile karşılaşınca, kendine destek arama dürtüsüyle bedensel ifadelerle geri döner ve sıkıntısını somatik olarak ifade etmeyi tercih eder (Koptagel-İlal, 1999).

Bastırılan ve yer değiştiren bilinç dışı isteklerin fiziksel belirtiler ile ifade edilmesi şeklinde tanımlanan konversiyon, Sigmund Freud'a bilinç dışı kavramını ve psikanaliz yaklaşımını geliştirmek için yol açmıştır (Gabbard, 2005). Breuer ve Freud 1893 yılında yayınladıkları "Ön İletişim" ve "Histeri Üzerine İncelemeler" adlı kitaplarda kişiyi zorlayan olaylardan sonra histeri semptomlarının oluştuğunu belirtmişlerdir. Bu semptomlar kişiyi kabul edilmesi zor dürtüleri ile bilinç düzeyinde yüzleşmekten koruyan bir görev üstlenmektedir (Akt: Bowman, 1996). Bu çalışmalar sonucunda "katarsis", "represyon" ve "bilinçdışı" kavramları ortaya çıkmıştır (Breuer ve Freud, 1895). Freud konversiyonun oluşumunda çözümlenememiş "oidipus kompleksi" ve "kastrasyon anksiyetesi" üzerine yoğunlaşmış, saldırgan veya cinsel içerikli dürtülerin bilinçten uzaklaştırılması sonucunda beden işleviyle sembolize edilerek konversiyon savunma mekanizması ile bilince çıkarılabileceğini öne sürmüştür (Akt: Ford ve Folks, 1985; Öztürk, 1994; Işık, 1996).

Psikodinamik yaklaşıma göre konversiyon semptomları, bilinç dışı çatışmaları çözmeye yardımcı olan belirtilerdir. Süperego tarafından yasaklanan dürtüler kişinin çatışma yaşamasına neden olurken, konversiyon belirtileri ise bu çatışmanın sembolize edilmesi olarak açıklanmaktadır. Konversiyon belirtileri aracılığı ile kişi kaybedilen nesne ile özdeşim kuralabilmektedir (Ford ve Folks, 1985).

Histerinin psikodinamik nedenlerine dair yapılan çalışmalar sonucunda hastalığın kaynağında çocukluk dönemlerinden kaynaklanan çatışmalar olduğu ileri sürülmüştür. Bireyin altbenliğinde ifade edilemeyen, doyurulamayan bir dürtü mevcuttur ve süperegonun baskıları ile bu dürtünün gerçekleşmesi engellenmektedir. Herhangi bir sebeple bu dürtü güç kazandığında bu durum ego tarafından tehlike olarak algılanmakta ve kişide psikolojik bir çatışmaya sebep olmaktadır. Histerik

bireyler bu dürtüleri sürekli olarak bastırmaya çalışmaktadır. Bu dengeyi bozabilecek her türlü durum karşısında bastırma yetersiz kalmakta, oluşan çatışma ise bireyde kaygıya sebep olmaktadır. Oluşan bu kaygıya yeni bir savunma geliştirmek amacıyla kişide konversiyon ya da dissasiyasyon mekanizmaları devreye girmektedir. Konversiyon; çatışmanın yarattığı gerginlik ve kaygının somatik belirtilere dönüştürülerek ifade edilmesi şeklinde tanımlanabilir (Doğan, 2007; Öztürk, 2008).

Konversiyon belirtileri sonucunda bastırılmış dürtünün kısmen dışa vurulması ile bireyin elde ettiği rahatlama “birincil kazanç” olarak tanımlanır. Konversiyon belirtilerinin ortaya çıkması sonucunda kişi çevresi tarafından hasta ve zayıf bir konumda algılanır ve hastaya çevresi ilgi ve alaka göstermeye başlar. Çevreden alınan ilgi ve dış dünyadan sağlanan bu doyuma “ikincil kazanç” adı verilir. Belirtilerin oluşması birincil kazanç, hastalığın sürdürülmesi ise ikincil kazanç sayesinde gerçekleşmektedir (Doğan, 2007).

Wilhelm Reich (1980), histeriyi özgül bir kişilik tipi olarak tanımlayan ilk kişidir. Konversiyon belirtilerinin bilinçaltı saldırgan veya cinsel bir dürtünün sembolik olarak ifade edilmesi olarak yorumlanabileceğini savunmaktadır (Akt: Abse, 1974).

1.4.2. Nörobiyolojik Faktörler

Konversiyon bozukluğu ile ilgili yapılan ilk tanımlamalar psikodinamik temellere dayanmaktadır. Son yıllarda nörogörüntüleme yöntemleri aracılığıyla konversiyon bozukluğu tanısı alan ve almayan kişilerin beyin fonksiyonlarını karşılaştıran araştırmalar patolojik bulguların tanı almadaki rolünü göstermektedir (Demir ve ark. 2013).

Konversiyon bozukluğuna neden olan biyolojik etkenlerin rolü ile ilgili çalışmalar genel olarak hemisfer baskınlığı, yapısal ve işlevsel beyin görüntüleme çalışmaları ve nöropsikolojik testler başlıkları altında toplanabilir (Doğan, 2007).

Yapılan ön beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda, konversiyon bozukluğunun baskın hemisferde işlev azalmasına, baskın olmayan hemisferde ise aşırı etkinliğe sebep olduğuna yönelik bulgular elde edilmiştir. Sol hemisferde baskın olan semptomların varlığı ve bu hastaların depresif bozukluklarla güçlü bağlantılar göstermesi, sağ hemisferde bir işlev bozukluğu olabileceği konusuna dikkatleri çekmektedir (Öztürk, 2008).

1966 yılından Whitlock, yapılan beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda, bilinçlilik ve canlılıkla ilgili beyin sapı işlevinde saptadığı bozukluktan yola çıkarak

histeri ve psikolojik zorlanmanın “afferent uyarının kortikofungal baskılanması” modelini ileri sürmüştür. Aşırı kortikal uyarılmanın serebral korteks ve beyin sapı retiküler formasyonu arasındaki geribildirimlere bağlı olarak bir ayrılma olabileceği düşünülmüştür (Sadock ve ark. 2007).

Bilişsel ve duygusal işlevler, bellek, dikkat, dil ve motivasyonla ilişkili olan bazal gangliyonlar, korteks ve motor korteks ile ilişkili çalışmaktadır. Bazal gangliyonlarda bulunan pek çok çekirdek; hareketlerin seçilmesi, kontrolü ve düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Kaji, 2001). Tüm bu bilgiler göz önüne alınarak konversiyon bozukluğunda, özellikle talamus ve bazal gangliyonların rolü ile ilgili araştırmalar üzerine odaklanılmıştır. Yapılan bir araştırmada bilgisayarlı tomografi bulguları, konversiyon bozukluğu olan hastada belirtilerin olduğu tarafın tersindeki beyin hemisferinde, talamus ve bazal gangliyonlarda bölgesel beyin akımında azalma olduğunu göstermiştir (Vuilleumier ve ark., 2001).

Konversiyon hastalarına uygulanan nöropsikolojik testlerin; sözel iletişim, yakın bellek, duygulanım, telkine yatkınlık ve dikkate yönelik bozulmaları göstermesi serebral asimetriye bağlı bir modeli gündeme getirmiştir (Ludwig, 1972). Bu modelde sağ hemisfer baskınlığı dikkat çekmektedir ve hastaların çoğunda semptomların büyük kısmının vücudun sol yarısında gözlenmesi de bu modele örnek gösterilebilir (Barsky, 1989). Ülkemizde konversiyon hastaları ile yapılan bir araştırmada, hasta grubunun nöropsikolojik testler aracılığıyla ölçülen bilişsel işlevleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede bozulma bulunmuştur (Demir ve ark. 2013). Konversiyon bozukluğu olan hastalarda sözel iletişim, yakın bellek ve dikkate bozulmalar tespit edilmiştir (Cragar ve ark. 2005).

1.4.3. Genetik Özellikler

Konversiyon bozukluğuna neden olan genetik etkenlerin rolü ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Konversiyon bozukluğu olan kişilerin yakın akrabalarında hastalığın görülme sıklığını genel popülasyon ile karşılaştıran araştırmada; kadın akrabalarda 12-14, erkeklerde 4-6 kat daha fazla konversiyon bozukluğu görüldüğü bulunmuştur (Ljungberg, 1957). Başka bir araştırma, A kan grubu olan kişilerde konversiyon bozukluğunun oranını daha yüksek bulduğu için hastalıkta genetik faktörlerin rol oynayabileceği düşüncesi gündeme gelmiştir (Ford ve Folks, 1985).

1.4.4. Sosyokültürel Etkenler

Konversiyon belirtileri, duyguların sözel ifadesinin kısıtlandığı durumlarda sözsüz iletişim aracı olarak kullanılmaktadır. Böylece toplum tarafından kabul

görmeyeceği düşünölen duygu ve düşönceler, hastalık belirtileri ile dışa vurulmaktadır (Işık, 1996; Doğan, 2007). Psikolojik rahatsızlıkların önemsenmediği toplumlarda duyguları bedenselleştirme olasılığı artmaktadır. Toplumun ruhsal belirtilere karşı sergilediği yaklaşımlar, hastalık için sürdüröcö veya söndüröcö etken olarak rol oynamaktadır (Işık, 1996).

1.4.5. Öğrenme Kuramı

Pekiştirilen davranışların öğrenildiğini savunan öğrenme kuramcıları; daha sonradan belli uyaranlar karşısında, kişinin klasik koşullanma yolu ile öğrenmiş olduğu davranışları seğtiğini savunmaktadır. Öğrenme kuramına göre, hastalık belirtileri özellikle çocukluk yıllarında pekiştirilerek öğrenilmiştir (Torgersen, 1986). Konversiyon belirtileri, stres yaratan durumla baş etme aracı olarak işlev görmekte ya da çevreyi düzenleme konusunda kişiye yardımcı olmaktadır. (Doğan, 2007).

1.5. Tanı:

19. Yüzyılda Charcot'nun Paris'te yaptığı sunum ile tekrar gündeme gelen konversiyon terimini Freud (1985); travmatik yaşantuların sözel olarak ifade edilmediği zaman somatik histerik belirtiler olarak sembolleşmesi şeklinde açıklamıştır. Ayrıca Freud; histerinin merkezinde konversiyonun olduğunu savunmaktadır (Akt: Ford ve Folks, 1985). O dönemdeki gelişmeler sonucunda ilgi odağı psikoz olan psikiyatristler; nevrozlar, psikosomatik bozukluklar ve kişilik bozuklukları gibi alanlarla ilgilenmeye başlamışlardır. Bu sayede psikiyatrik sınıflandırma biçimleri de yenilenmiştir. 1952 yılında yayınlanan DSM I'de "Konversiyon Reaksiyonu" olarak adlandırılan tablo; kaygıya sebep olan uyaranların genellikle istem dışı olarak bedeninin herhangi bir bölümüne özgü somatik belirtilere dönüştürölmesi olarak tanımlanmıştır (Işık, 1996). DSM'nin bu tanımlaması Freud'un yaklaşımını desteklemektedir (Ford ve Folks, 1985). 1968 yılında yayımlanan DSM-II'de terimler değiştirilerek "Histerik Nevroz; Konversiyon Tipi" olarak tanımlanmış ve klinik görünüm istemdışı olarak işlev kaybı olarak tariflenmiştir. Sembolizm, güzel aldırılmazlık ve ikincil kazançların varlığı ise, tanı koyma aşamasında önemli ipuçları olarak belirtilmiştir (Ford ve Folks, 1985). 1980 yılında DSM III'ün yayınlanması ile terimler bir kez daha değişerek konversiyon kavramı "Konversiyon Bozukluğu", "Psikojenik Ağrı Bozukluğu" ve "Somatizasyon Bozukluğu" olmak üzere üç ana başlığa ayrılmıştır (Candansayar, 1994). Hastalık tablosu, bilinen bir tıbbi bozukluk ya da fizyopatolojik mekanizmalarla açıklanamayan fiziksel işlevlerde kayıp ya da değişiklik olarak tanımlanmıştır. Tanı

için aranan koşullar; tablonun oluşmasında belirli bir stres faktörünün varlığı ve belirtilerin istem dışı ortaya çıkması olarak belirlenmiştir. 1994 yılında yayımlanan DSM-IV-TR’de ‘Somatoform Bozukluklar’ alt başlığında ele alınan ‘Konversiyon Bozukluğu’, 2013 yılında yayımlanan DSM 5’te ‘Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar’ alt başlığında yer bulmuştur.

Konversiyon bozukluğunun DSM 5’e göre tanı kriterleri aşağıda sunulmuştur (APA, 2013):

- A. Bir ya da birden çok, istemli devinsel (motor) ya da duyuşsal işlev değişikliği ile ilgili belirti.
- B. Klinik bulgular, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında bağdaşmazlık ve uyumsuzluk olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.
- C. Bu belirti ya da eksiklik başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.
- D. Bu belirti ya da eksiklik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur ya da sağlık açısından değerlendirilmeyi gerektirir.

Semptomlar birçok hastalığı taklit edebildiği için konversiyon bozukluğu tanısı koymak güçleşmektedir. Hastanın bedensel şikayetleri, bilinen bir fiziksel hastalığa bağlanamadığı durumlarda konversiyon bozukluğu tablosu akla gelmekte ama fiziksel hastalık saptanmaması tanı için tek başına yeterli olmamaktadır. Belirtilerin bir ruhsal işleve hizmet ettiği kesinleştirilmeden tanı konmaktan kaçınılmalıdır. Konversiyon bozukluğu klinikte sıkça eşanılar ile birlikte görüldüğü için; etiyolojik, nörolojik ve genel tıbbi durumlardan ayırabilmek amacıyla kapsamlı tıbbi araştırmalar yapıldıktan sonra tanı konmalıdır. Semptomların sebebinin araştırıldığı nörolojik muayene ve laboratuvar tetkiklerinde (EEG, EMG, vd.) patolojik bir bulguya rastlanmamalıdır. Buna rağmen bazı nörolojik hastalıklar (örneğin; multipl skleroz, madde kullanımına bağlı distoniler, vd.) yanlışlıkla konversiyon bozukluğu tanısı alabilmektedir. Aynı zamanda nörolojik rahatsızlıklar, bazı durumlarda konversiyon bozukluğu ile birlikte görülebilmektedir. Etiyolojik, nörolojik ya da genel tıbbi durumları dışlamak için kapsamlı bir tıbbi araştırma yapmadan konversiyon tanısı koymaktan kaçınılmalıdır (Çevik, 1999).

Konversiyon bozukluğu tanısı koyarken; sembolizm, kişilik örgütlenmesi ve kişinin ikincil kazançları, kararsız kalınan vakalarda yardımcı olan silik belirtilerdir.

Şüpheli vakalarda bu belirtilerin olmaması, semptomlarının nedeni olarak organik durumları düşündürebilir (Ford ve Folks, 1985).

1.6. Konversiyon Bozukluğunun Seyri ve Tedavi:

Hastada yaşam boyu tek bir konversif nöbet olabileceği gibi, tekrarlayan nöbetler de görülebilir. Hastalığın bilinen bir doğal seyri yoktur (Doğan, 2007). Genellikle aniden başlayan hastalık, giderek artan bir şekilde de ortaya çıkabilmektedir. Kendiliğinden düzelmenin sıkça görüldüğü hastalığın nüks etme oranları da fazladır. Yapılan bir araştırma hastaların %20-25'inde ilk bir yıl içerisinde nüksün oluştuğuna dair bulgular ileri sürmektedir (Koroğlu, 2004).

Prognozun iyi olması; belirtilerin ani başlaması, bir stresöre bağlı hastalığın gelişmesi, kişinin hastalık öncesi uyumunun iyi olması, zeka seviyesinin ortalamanın üzerinde olması, terapist ve hekimlerle işbirliği içinde olunması, ikincil kazançların az olması, erken tedaviye başlama gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Prognozu olumsuz etkileyen koşullar ise; başlangıcın yavaş olması, çocukluk çağı travmalarının varlığı, hastanın yaşının ileri olması, belirli bir stresörün olmaması, tedaviye geç başlanması veya tedavi sürecine girilmemesi, belirtilerin kronikleşmesi, hastalık öncesinde kişide fiziksel ve ruhsal sorunların var olması, başka bir nörolojik veya psikiyatrik hastalığın eşlik etmesi, stres ve gerginlik yaratan bir sosyal çevrenin içinde bulunulması, hastanın çevresi tarafından ikincil kazançlarının desteklenmesi olarak sıralanabilir (Sayar ve Işık, 2008).

Konversiyon bozukluğunun tedavisinde öncelik; ayrıntılı değerlendirme yapmak ve kişide organik bir bozukluk olmadığı konusunda emin olmaktır. Tedavi planlanırken; hastalığı ortaya çıkarıcı, sürdürücü ve kişinin yatkınlığını sağlayan faktörlere ek olarak bireyin ruhsal durumu, aile ve toplum içindeki konumu, mevcut sorunları da göz önüne alınarak biyopsikososyal bir model oluşturulmalıdır (Başar, 2015).

Konversiyon bozukluğunda görülen semptomların psikolojik sıkıntılar sonucunda oluşmasının, hastanın bunları 'uydurduğu' anlamına gelmediği konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. Nöbetlerin anlamı ve işlevi konusunda hem hastayı hem de çevresindekileri bilgilendirme, terapötik işbirliğinin kurulması açısından çok önemlidir. Tedavinin başlangıcında öncelik; psikoeğitim ile hastanın ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve tedavi işbirliğinin kurulmasıdır (Parra ve ark. 1999). Hastalığa sebep olan psikodinamikleri anlayabilmek ve derinlemesine öykü alabilmek için hasta ile yakın ilişkisi olan kişilerden bilgi almak faydalı olacaktır.

1.6.1. Psikoterapi

Psikodinamik yaklaşımın önemi; özellikle aile ilişkilerindeki sorunlu alanların belirlenmesi ve ele alınması konusunda karşımıza çıkmaktadır (Diseth ve Christine, 2005). Psikolojik desteğin içeriğinde; semptomların oluşmasına neden olan savunmalar yerine kişiye içgörü kazandırmak önceliklidir. Destekleyici psikoterapiler, olumlu davranış ve ilişki kurma paternlerini pekiştirip öğreten bilişsel davranışçı terapi yöntemleri kullanılabilir (Çevik, 1999). Bilişsel davranışçı terapi teknikleri arasından, bilişsel baş etme becerilerinin güçlendirilmesi, bilişsel davranışçı aile müdahaleleri ve gevşeme egzersizleri gibi yöntemler tercih edilebilir. Sağlıklı davranışın pekiştirilmesinin yanı sıra hasta rolü davranışının söndürülmesi gibi davranışçı terapi yöntemleri önerilmektedir (Hopp ve LaFrance, 2012).

Psikoterapinin etkili olmasında, hastaların psikoterapiye bakış açısı ve terapiyi devam ettirme konusundaki istekliliği önemlidir (Özmen, 2009).

1.6.2. Psikofarmakolojik Tedavi

Kişinin fiziksel semptomlarını ortadan kaldırmak amacıyla farmakolojik bir tedavi planı da oluşturulmaktadır. Özellikle psikiyatrik ek tanı söz konusu olduğunda ya da psikoterapi müdahaleleri kullanıldığı halde yeterince başarı sağlanamadığında psikofarmakolojik tedavi desteğine ihtiyaç duyulmaktadır (Fritz ve Campo, 2002).

1.7. Konversiyon Bozukluğu İle İlgili Yapılan Çalışmalar:

Literatürde konversiyon bozukluğu ile ilgili çoğunlukla beyin görüntüleme ve fizyolojik bulgulara yönelik çalışmalar mevcuttur (Barsky, 1989; Vuilleumier ve ark. 2001; Sadock ve ark. 2007). Konversiyon bozukluğu tanısı konmuş kişilerin sosyodemografik özelliklerinin araştırıldığı çalışmalara ek olarak (Candansayar, 1994); kaynakların büyük bir bölümünü hastalığa eşlik eden psikopatolojilerle ilgili araştırmalar oluşturmaktadır (Uğuz, 1998).

Türkiye’de psikopatolojilerde stresle başa çıkma tarzlarının ve psikolojik dayanıklılığın etkilerini inceleyen çalışmalar olmasına rağmen konversiyon bozukluğu ile ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Pakistan örneğinde konversiyon hastalarının psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tarzları ile ilgili yaptıkları çalışma sonucunda; konversiyon hastalarının dayanıklılık düzeylerinin düşük olduğu ve stresle başa çıkmada kaçınmacı yöntemleri kullandıkları bulunmuştur (Ahmad ve Bokharey, 2013).

1.8. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık kavramı Latince’de bir maddenin elastik olması ve kolayca aslına dönebilmesi anlamına gelen “Resiliens” kökünden türemiştir (Greene, 2002). Türkçe’ye “psikolojik sağlamlık”, “yılmazlık”, “dayanma gücü”, “direnc”, “kişinin toparlanma gücü” olarak farklı şekillerde çevrilen kavram, son zamanlarda sıkça araştırılan bir konu haline gelmiştir. İlk olarak 1950’li yıllarda stresli yaşam koşullarına rağmen hayatlarını sürdürebilen kişileri tanımlamak için kullanılan psikolojik dayanıklılık; sadece sıkıntı yaratan bir durum karşısında oluşmamakta, aynı zamanda kişinin stresle etkin bir şekilde başa çıkması olarak açıklanmaktadır (Begun, 1993; Tolland ve Carrigan, 2011).

Yoksulluk, ailede alkol kullanımı, ailede kronik hastalıkların varlığı, hamilelik öncesinde ve sırasında yoğun stres yaşantıları gibi yüksek risk etmenleri altında bulunan 201 çocuk ile yapılan çalışma; psikolojik dayanıklılık kavramının oluşumuna öncülük etmiştir (Werner, 1993). Psikolojik dayanıklılık; kişinin fizyolojik ve psikolojik dengesini tehdit eden, zorlayıcı ve riskli olaylara rağmen kişinin zorlayıcı durumlara dayanma kapasitesi ve uyum sağlama becerisi olarak tanımlanabilir (Masten ve ark. 1990). Stresin kişide yarattığı olumsuz etkileri azaltan ve uyum sağlamayı destekleyen bir faktör (Jacelon, 1997) veya zorlayıcı yaşam deneyimleri karşısında kişinin kendisini toparlama becerisi (Garmezy, 1991) şeklinde tanımlanan psikolojik dayanıklılık; zorunlu değişimler ve felaketler karşısında dayanıklı kalabilme olarak da açıklanabilir (Wagnild ve Young, 1993). Başka bir tanımlamaya göre; zorluklarla karşılaşmasına rağmen bireyin sağlıklı bir gelişim göstermesi veya bu risk durumları karşısında uyum sağlayabilmesi şeklinde ele alınmıştır (Sameroff, 2005).

1982 yılında Kobasa, psikolojik dayanıklılık kavramını varoluşçu yaklaşım ile açıklamıştır. Varoluşçu yaklaşıma göre önce insan vardır ve kişinin yaşamı, davranışları ve tercihleri varoluşunu şekillendiren gerçeklerdir. İnsanların seçim ve davranışlarında özgür olduğunu ve bunların sonuçlarından da sorumlu olduğunu savunur. Bireyin yaşamı aldığı kararlarla doludur ve bu sayede yaşamı anlam kazanır. Kendi davranışlarının sorumluluğunu üstlenen birey; sürekli olarak gelişmekte olan bir varlıktır (Akt: May, 1969).

Literatürde psikolojik dayanıklılık kavramı birçok farklı tanım ile açıklanmıştır. Bunlardan bazıları psikolojik dayanıklılığı, travmatik etki yaratan olumsuz yaşantılara sahip bireylerin yaşamı sürdürebilme, yeniden toparlanabilme

becerisi olarak tanımlarken bazıları da zorlayıcı olaylar karşısında beklenmedik başarılar kazanma, mevcut zorlayıcı koşullara uyum sağlama becerisi olarak ele almaktadır (Terzi, 2008). Psikolojik olarak dayanıklı olan, hayatın olumsuzlukları altında ezilmeyen, neşeli ve enerji dolu kişilerin; stresle baş etme becerilerine sahip olduğu söylenebilir (Norfolk, 1989).

Garmezy (1993) psikolojik dayanıklılık kavramını; stres yaratan bir durumla karşılaşan bireyin bu stres ile baş ederek eski haline dönebilme becerisi, Silliman (2004); yaşamın zorlukları ile mücadelede bireyin sahip olduğu güçleri geliştirme kapasitesi ve Rutter (2006); yaşanan riskli tecrübeler ve bu tecrübelerin ortaya çıkardığı olumlu psikolojik sonuçların etkileşimi olarak açıklamıştır (Akt: Çetin ve Basım, 2011).

Psikolojik dayanıklılık, stresin etkilerini ve hastalığa sebep olan gerginliği azaltan bir kişilik özelliğidir. Dayanıklılık seviyesi yüksek kişiler, günlük hayatlarına ve etkinliklerine daha sıkı bağlanan, hayatlarının kontrolünü ellerinde tutan, beklenmeyen zorlukları gelişme ve olgunlaşma için bir fırsat olarak gören kişilerdir. Dayanıklılığı düşük kişilerde, dışsal kontrol odağı, uzaklaşma, değişikliklere karşı direnç görülmektedir (Klag ve Bradley, 2004). Dayanıklılık, kişisel iyilik haline hizmet eden, stresle başa çıkmaya yardımcı bir kişilik özelliğidir (Terzi, 2008).

Psikolojik dayanıklılık kavramı üç temel özellik ile de açıklanabilir. Birinci beceri; bireysel olarak olumsuzluklara rağmen zorlukları aşabilmek ve beklenenden daha iyi gelişim gösterebilmektir. Bu tanımlama, yüksek risk etmenleri ile yetişen çocuklar ve gruplarla yapılan çalışma sonuçlarında elde edilen bulgular ile paralellik göstermiştir. İkinci özellik; stresli yaşam olayları karşısında çabuk uyum sağlayabilen bireylerde bulunan yetenektir. Üçüncüsü ise; yaşanan travmanın olumsuz getirilerinden kurtulma konusunda etkili rol oynayan kişilik özellikleri ve bireysel farklılıklardır (Masten ve ark. 1990).

Friborg ve arkadaşları 2005 yılında psikolojik dayanıklılığı beş faktör ile açıklamışlardır:

1. Bireysel yeterlilik; kişinin kendini sevmesi, özgüveni, geleceğe dair olumlu beklentileri, hayata dair gerçekçi yönelimleri ifade eder ve kendi içinde 'kendilik algısı' ve 'gelecek algısı' olarak iki alt boyuta ayrılır.
2. Yapısal stil; kişinin günlük hayatını sürdürebilme, planlama ve organizasyon becerisini ifade eder.

3. Sosyal yeterlilik; kişinin dışa dönüklüğü ve sosyal adaptasyon yeteneğidir.
4. Aile uyumu; kişinin ailesinden gördüğü desteği tanımlamaktadır.
5. Sosyal kaynaklar; bireyin aile, akraba ve arkadaşlarından oluşan yakın çevresinden algıladığı destektir (Friborg ve ark., 2005).

Beş faktör olarak tanımlanan bu yaklaşımdan yola çıkarak, psikolojik dayanıklılık düzeyinin konversiyon bozukluğu tanısı alan kişilerde anlamlı bir fark gösterip göstermediği bu araştırmanın temel sorularından birini oluşturmaktadır.

1.9. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

1.9.1. Risk Faktörleri

Risk faktörleri; genetik aktarımları, biyopsikososyal koşulları ve demografik özellikleri içerebilir (Gizir, 2007).

Werner'in 1955 yılında Kauai'de yaptığı ve kırk yıl süren çalışmada; düşük sosyoekonomik düzey, kronik yoksulluk, aile içi şiddetin varlığı, genetik faktörler ve ebeveynlerin psikopatolojileri gibi faktörler ile yetişen çocukların biyolojik, psikolojik ve sosyal risk faktörlerinden nasıl etkilendikleri araştırılmıştır (Akt: Öz ve Bahadır-Yılmaz, 2009). Masten ve Coastworth (1998); aile içi şiddet, ebeveyn kaybı, savaş gibi durumları risk faktörleri olarak belirtirken; Fonagy ve arkadaşları (1994), bu faktörler arasında nükleer felaketlerin de eklenmesi gerektiğine dikkatleri çekmiştir (Akt: Türküm, 1999).

Gizir tarafından 2007 yılında yapılan literatür taramasında belirtildiği üzere; psikolojik dayanıklılık düzeylerini etkileyen risk faktörlerinin araştırma sonuçları şu şekildedir; erken doğum (Bradley ve ark. 1994), olumsuz yaşam koşulları (Masten ve ark. 1990), kronik hastalıklar (McCubbin ve ark. 2002; Nakashima ve Canda, 2005); ebeveynlerdeki psikopatoloji öyküsü (Kumpfer ve Barye, 2004), düşük sosyoekonomik koşullar, yoksulluk (Werner ve Smith, 1982; Buckner ve ark. 2003; Schoon ve ark. 2004), çocuk ihmali ve/veya istismarı (Flores ve ark. 2004; Lansford ve ark. 2006), toplumsal travmalar (Goodman, 2004; Agabi ve Wilson, 2005) olarak sıralanabilir (Akt: Türküm, 1999).

1.9.2. Koruyucu Faktörler

Kişinin psikolojik dayanıklılığını tehdit eden risk faktörleri ve koruyucu etmenler birbirinin zıttı olan iki kutuptur. Koruyucu etmenler; olumsuz deneyimler karşısında bireyin tepkisini iyileştiren, uyum sağlamasını kolaylaştıran, riskin yaratacağı olumsuz etkileri azaltan faktörlerdir (Masten, 1994; Luthar ve Cicchetti,

2000; Ahern ve ark. 2006). Yapılan araştırma sonucunda koruyucu faktörler; bireysel, ailesel ve çevresel faktörler olarak üç ana başlıkta toplanmıştır (Garmezy, 1987). Bir başka üçlü tanımlama; ilk olarak kişinin kendisi hakkındaki olumlu atıfları ele alırken, aile içindeki duygusal bağlar ve toplumdan alınan sosyal desteğin önemine dikkatleri çekmektedir (Werner, 1989).

1.10. Psikolojik Dayanıklılığın Önemi

2001 yılında Faller tarafından yapılan literatür taramasında depresyon, korku gibi negatif duygularla ilgili 851 kayıta rastlanması, 2000’li yıllara kadar bireyin olumsuz özelliklerinin daha ağırlıklı olarak ele alındığına örnek niteliğindedir. Bireyin güçlü yönlerinin incelendiği araştırmalar uzun yıllar ihmal edilmiş, pozitif psikoloji son yıllarda önem kazanmış, mutluluk, umut, iyimserlik, affedicilik, iyilik hali, öznel iyi oluş gibi alanlarda araştırmalar artmıştır (Akt: Gable ve Haidt, 2005).

Psikolojik dayanıklılıkla ilgili yapılan birçok araştırmanın temelinde, zorlayıcı yaşam koşullarına rağmen insanların bir kısmının olumsuzlukların üstesinden gelebilmesine karşılık bir kısmının da psikopatoloji geliştirmesinin fark edilmesi yer almaktadır. Dayanıklılığın ortaya çıkabilmesi için, kişinin bir risk veya zorlayıcı durumlara maruz kalması gerekmektedir. Herhangi bir zorlayıcı yaşam olayı ile karşılaşmayan ama yaşamın çeşitli alanlarında başarı kazanmış bireyler için psikolojik dayanıklılığı yüksek demek yerine sadece başarılı veya yeterli tanımlarını kullanmak gerekmektedir (Luthar ve Cicchetti, 2000).

Psikolojik dayanıklılık risk durumlarında ortaya çıkarak bireyin koruyucu faktörlerini harekete geçirir. Bu koruyucu faktörler; bireysel, ailesel ve çevresel faktörler olmak üzere üç ana başlıkta toplanabilir (Gizir, 2007). Dayanıklılık düzeyi yüksek kişiler, olumsuz koşullara ve stres yaratan durumlara rağmen mücadele etmekten, var olmaya çalışmaktan ve gelişimden vazgeçmeyen bireylerdir (Garmezy, 1991). Psikopatolojilere karşılık koruyucu faktörlerin kişilere kazandırılması amacıyla, toplumdaki dayanıklı kişilerin sayısını arttırmaya yönelik çalışmalar önem kazanmıştır.

1.11. Psikolojik Dayanıklılıkla İlgili Yapılan Çalışmalar

Psikolojik dayanıklılık çalışmaları üç farklı döneme ayrılabilir. İlk olarak 1955-2000 yılları arasında zorlayıcı yaşam koşulları ve risk faktörlerinin üstesinden gelen kişilerin özelliklerine ağırlık verilmiştir. 1988-1997 yılları arasında psikolojik dayanıklılık özelliklerini edinme yolları, koruyucu ve risk faktörlerini belirleme

çalışmaları yapılırken, 1992-1998 arasında ise risk faktörleri ile başa çıkma yolları ve motivasyonu yükseltme arayışları gündeme gelmiştir (Richardson, 2002).

Psikolojik dayanıklılık düzeyine etki eden birçok faktörden söz edilmesine rağmen yapılan çalışmalar; bu faktörlerin üç genel başlıkta ele alınabileceğini söylemektedir (Haase, 2004). Bunlar; aile uyumu ve desteği, kişisel özellikler ve dışsal destek sistemleri olarak isimlendirilmiştir. Kişinin zeka düzeyi, sosyallik seviyesi, öz yeterlilik, iletişim becerileri kişisel özellikler olarak bilinmektedir (Olsson ve ark. 2003). En azından bir ebeveyn veya ebeveyni yerine geçen bir bakım veren kişi ile ilişkilerin önemi ise aile uyumu olarak tanımlanırken (Fonagy ve ark. 1994), kişinin ilişki içinde olduğu diğer insanlar ise dış destek sistemleri olarak açıklanmaktadır (Garmezy, 1993; Werner, 1993; Brooks, 1994).

Zorlu yaşam koşulları ile müdahale etmeyi kolaylaştıran bir kişilik özelliği olarak ele alınan psikolojik dayanıklılık; stresle başa çıkmada önemli bir role sahiptir ve başa çıkmada problem odaklı/etkili yöntemlerin seçiminin, dayanıklılıkla ilgili olduğu ileri sürülmüştür (Florian ve ark. 1995). Funk (1992) yaptığı araştırmada, psikolojik dayanıklılığı düşük bireylerin stres karşısında kaçınmacı başa çıkma tarzlarını kullandıklarını bulgulamıştır (Akt: Aydoğdu, 2013). Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, sosyal destek kaynaklarını ve problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullanırken, dayanıklılığı düşük bireyler kaçınmacı tarzları tercih etmektedir (Kobasa ve Puccetti, 1983).

Tüm bu bilgilerden yola çıkarak psikolojik dayanıklılık düzeyi ve stresle başa çıkmada kullanılan yaklaşımların konversiyon bozukluğu tanısı alan ve almayan kişilerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterip göstermediği bu araştırmanın temelini oluşturmaktadır.

1.12. Stresle Başa Çıkma

İngilizce’de “Stress” olarak bilinen terim; Latince “Estrictia” ve eski Fransızca’daki “Estrece” kelimelerinden türemiş ve 17. yüzyıldan bugüne kadar gelmiştir. Stres, bedensel ve ruhsal sınırları zorlanan veya tehdit edilen organizmada gözlenen tepkilerdir. İnsan vücudunun bir sistem olarak incelenmesi gerektiğini ilk öne süren fizyolog Cannon (1932), stres kavramını laboratuvar ortamında organizmanın gerginlik yaratan durumlar karşısında uyum sağlayabilmek adına gösterdiği ‘savaş ya da kaç’ tepkileri olarak tanımlamıştır (Akt: Baltaş ve Baltaş, 1993). Bu düşüncelerden yola çıkarak yapılan laboratuvar çalışmaları sonucunda Hans Selye (1956), “Genel Uyum Sendromu” fikrini ortaya atmış, böylelikle stres

kavramını biyolojik bir yaklaşım ile ele almıştır. Walter Cannon ve Hans Selye'nin çalışmaları sonrasında psikoloji alanı da stres kavramı ile ilgilenmeye başlamış, 1950'li yıllardan itibaren psikoloji çalışmalarında sıkça yer verilmiştir (Akt: Jones ve Bright, 2001). Stres genel olarak, insanların dengesini bozan ve yeniden uyum sağlanmasını gerektiren durumlar olarak tanımlanabilir (Şahin, 1994). Stres; fiziksel ve sosyal çevrenin uyumsuz koşulları sonucunda bireyin fizyolojik ve psikolojik sınırlarının üstünde harcadığı gayrettir (Cüceloğlu, 1993).

1.13. Stres Kavramını Açıklayan Kuramlar

1.13.1. Genel Uyum Sendromu: Gerçekleştirdiği bir dizi deneyden sonra 1936 yılında Hans Selye, bedenin stres karşısında üç belirgin tepki gösterdiğini ve bu tepkilerin de alarm, direnç ve tükenme olduğunu söylemiştir. Alarm aşamasında, strese sebep olan faktörlerin fark edilmesi ve biyokimyasal tepkilerin devreye girmesiyle beden kendini korumaya alır. Uyum sağlama gerçekleştikçe strese karşı direnç gelişir. Tüm bunlara rağmen strese sebep olan faktörler ortadan kalkmaz ve etkisini sürdürmeye devam ederse, beden tükenme aşamasına girerek her türlü hastalığa karşı hassas hale gelir (Şahin, 2010). Selye (1936) stresle karşı karşıya kalan organizmanın; fizyolojik, psikolojik ve davranışsal olarak farklı tepkiler gösterebileceğini savunmuştur. Fizyolojik olarak; kalp atışında hızlanma, ağızda kuruluk, titreme, terleme, çeşitli ağrılar, iştah bozukluğu gibi durumlar gözlenirken psikolojik olarak huzursuzluk, çökkünlük, sıkıntı, bunaltı, yorgunluk hissedilebilir. Tüm bunlar gerçekleşirken kişi sahip olduğu kaynaklar ile stres yaratan olayla başa çıkmaya çalışır. Uyum sağlanırsa, ortaya çıkan tüm tepkiler kaybolur. Uyum sağlanamazsa ve stres uzun süre devam ederse kişide tükenme başlar, kişi hastalanır ve hatta ölebilir (Akt: Daş Tuğrul, 2004).

1.13.2. Genetik Kuram: Stres ile başa çıkmada genetik yapının önemini vurgulayan bu yaklaşım, kişinin genetik yapısı ile direncini belirleyen fiziksel yapısı arasındaki ilişkiyi anlamaya çalışır (Rice, 1999).

1.13.3. Psikodinamik Kuram: Üç tür kaygıdan söz eden Sigmund Freud (1995) bunları; işaret/nesnel kaygı, travmatik/nevrotik kaygı ve ahlaki kaygı olarak adlandırmıştır. Üç tür kaygının da bireyde gerilime sebep olduğunu, kişinin bu gerilimi azaltmak için savunma mekanizmalarını kullandığını,

bu savunma mekanizmalarının fazla kullanımının kişiyi hastalandırıldığını söylemiştir (Akt: Schultz ve Schultz, 2001).

1.13.4. Öğrenme Kuramı: Stresi klasik ve edimsel koşullanma veya her ikisinin birleşimi ile açıklayan öğrenme kuramcıları, koşullanmanın iki yönüne de dikkatleri çekmek istemiştir. Davranışsal, psikolojik ve fizyolojik tepkileri içeren korku ve kaygı gibi tepkilerin karmaşıklığından bahseden öğrenme kuramcıları, kaçınma davranışının kişiyi stres yaratan durumlardan olabildiğince uzak tuttuğunu söylemişlerdir. Kişi stresli durumla karşılaştığı zaman içsel gerilim yaşar ve vücut fizyolojik olarak uyarılır. Bu şekilde koşullanma oluştuktan sonra kaygı kestirilebilir ve tahmin edilebilir şekle bürünmektedir. Stres yaratan bir durumla karşılaşma ihtimali olmasa bile durum hakkında konuşmak veya onu düşünmek bile kaygıya sebep olabilmektedir (Akman, 2004).

1.14. Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Sınıflandırması

1960'lı yıllarda önemli yaşam olayları üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda çeşitli psikolojik sorunlarla ilişkili bulunan stres kavramı 1970'li yıllarda stresle karşılaşan herkesin hastalanmadığı savunularak bir ara değişken olarak ele alınmıştır. Böylece Freud'un "Savunma Mekanizmaları" gözden geçirilerek "Başa Çıkma" kavramı ortaya çıkmıştır (Billings ve Moos, 1981).

Lazarus'un (1980) etkileşimsel yaklaşım doğrultusundaki önerisiyle birlikte başa çıkma ile ilgili kavramsallaştırma çalışmaları yeniden gündeme gelmiştir. İlk zamanlarda kişilik özelliği olarak ele alınan ve kişilik testleri aracılığıyla ölçülen başa çıkma yeniden yapılan kavramsal analizler ile durumsal stres kaynaklarına gösterilen bilişsel ve davranışsal tepkiler olarak tanımlanmıştır (Akt: Aysan, 2003). Stresle başa çıkma; stres yaratan koşulları değiştirebilme, tolere edebilme ya da kaçınma amacıyla dış kaynaklı olumsuz olaylar karşısında gösterilen tepkilerdir (Karahana ve Epli Koç, 2005).

Stresle başa çıkma; stres yaratan durumların yarattığı duygusal gerilimi azaltma veya bu gerginliğe dayanma amacı ile gösterilen tepkilerdir (Uçman, 1990). Stres ile ilgili yapılan çalışmalar; başa çıkma stratejilerinin etkin kullanıldığı durumların, stresin yol açabileceği riskleri azaltarak kişilerin psikolojik uyumlarına olumlu etkide bulunduğu dikkat çekmektedir (Endler ve Parker, 1990). Kişinin gösterdiği başa çıkma tepkileri; içinde bulunduğu kültürün özelliğine, etnik yapıya,

bireyin sahip olduğu sosyoekonomik koşullara göre farklılık göstermektedir (Razı ve ark. 2009).

Stresle başa çıkma kişinin, kendisini zorlayan veya kaynaklarını tüketen talepleri yönetebilme becerisidir. Bireyin kendisini psikolojik olarak iyi hissetmesine neden olan yaklaşımlardan ve kendini kötü hissetmesini engelleyen kaınmalardan oluşan başa çıkma yöntemleri; “Duygusal Odaklı Başa ıkma” ve “Problem zme Odaklı Başa ıkma” şeklinde iki grupta incelenebilir. Duygusal odaklı başa çıkma yaklaşımında olumsuz duyguları yok etmeye yönelik yollar seçilirken, problem çözme odaklı yaklaşımda ise aktif, planlı ve eyleme yönelik mantıkla yapılan analizler söz konusudur. Bireyler sadece bir çeşit baş etme yöntemi kullanmamakta, değişik durum ve zamana uygun olarak her iki başa çıkma yoluna da başvurabilmektedir (Folkman ve Lazarus, 1980).

şahin ve Durak 1995 yılında yaptıkları kapsamlı bir araştırmanın sonucunda stresle başa çıkma konusunda beş farklı yaklaşım önermişlerdir:

1. Kendine güvenli yaklaşım; bireyin gerginlik yaratan olaylar ile mücadeleden vazgeçemediği, kendine güvendiği durumlardır.
2. Çaresiz yaklaşım; bireyin gerginlik yaratan durumları ve süreci ynetebileceğine dair inancının olmaması, yaşadığı olumsuzlukların sebebi olarak kendini görmesi ve problem çözme becerilerinin yetersiz olması durumudur.
3. Boyun eğici yaklaşım; bireyin stres yaratan durumları kaderci tutumlar sergileyerek kabullenmesini ifade eder.
4. İyimser yaklaşım; bireyin gerginlik yaratan durumlara ve sürece mantık çerçevesinde yaklaştığı, iyimser bir tutum içinde bulunduğu durumlardır.
5. Sosyal desteğe başvurma yaklaşımı; stresli durumlar ile karşılaşan bireyin olayları anlama, değerlendirme ve baş edebilmek için başkalarından yardım istemesidir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şahin ve Durak’ın (1995) beş faktörlü yaklaşımı doğrultusunda yorumlanacaktır.

Stresle başa çıkma yöntemlerinin seçilmesinde genel olarak iki değişkenin rol oynadığı düşünülmektedir. Başa çıkmayı bir kişilik özelliği olarak ele alan bakış açısına göre; koşulların değişmesi, birey ve evre şartları arasındaki etkileşimde önemli bir role sahip değildir (McCrea ve Costa, 1986). Diğer yaklaşım, başa çıkmayı duruma bağlı olarak değerlendirerek kişinin bilişsel ve davranışsal

tepkilerinin sadece o anki değerlendirmeler ile ilişkili olduğunu ve duruma özgü değişkenlik gösterebileceğini savunmaktadır (Jones ve ark. 2001).

Duruma bağlı olarak başa çıkma tarzlarının değiştiğini ve iki başlıkta ele alınması gerektiğini savunan başka bir modele göre; problem odaklı yöntemler, stresin sebep olduğu sorunların anlaşılmasını amaçlarken, duygu odaklı yöntemler ise stres sonucunda oluşan duygusal tepkileri düzenlemeyi hedeflemektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Başa çıkma mekanizmaları; kaynaklar, tarzlar ve belirli çabalar şeklinde de sınıflandırılmıştır. Başa çıkma kaynakları, bireyin problem çözme becerisi, kişilerarası ilişki kurma tarzları, kişilik özellikleri ve sosyal destek olarak, başa çıkma tarzları; kişinin stres karşısında genel olarak kullandığı başa çıkma yöntemleri, çabalar ise; stres karşısında kullanılan bilişsel ve davranışsal stratejileri kapsamaktadır (Compas, 1987).

Yaşam boyu her birey stres yaratan durumlarla karşı karşıya gelmektedir. Bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olan stres ile baş etme becerileri, sağlığın korunması adına oldukça önemlidir. Kişinin sahip olduğu kaynaklar, inanç sistemleri, kontrol algısı, problem çözme becerisi, sosyal ilişkileri ve maddi olanakları; stresle başa çıkma tarzlarını belirlemede rol oynayan etmenlerdir (Lazarus ve Folkman, 1984).

1.14.1. Problem Odaklı Başa Çıkma Tarzları:

Bireyin çevresini ya da davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan yaklaşım, stres yaratan durumun etkisini en aza indirmeye, etkileri ortadan kaldırmaya yönelik mantıksal değerlendirmeleri içermektedir. Bu yaklaşıma göre, strese sebep olan olayları değerlendiren kişiler stres kaynağını kontrol edebileceğine inanarak harekete geçer ve problemin çözümüne yönelir. Sorunun çözümü ve niteliği ile ilgili yapılabilecekler üzerine yoğunlaşır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Durumu değiştirme amaçlı kullanılan aktif, mantıklı, serinkanlı ve bilinçli çabaları içeren problem odaklı yaklaşım (Folkman ve ark. 1986); çözüm için alternatifler üretme, sorunu belirleme ve değerlendirme, seçim yapma ve seçilen alternatifini uygulama aşamalarını içerir (Yerlikaya, 2009).

1.14.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma Tarzları:

Stres yaratan durumların sebep olduğu olumsuz duyguların denetlenmesini ve olumlu bir noktaya yönetilmesini sağlayan yaklaşımın temelinde duygu bulunmaktadır. Kişi, strese sebep olan durumların kontrol edilemeyeceğini

düşündüğü an duygusal gerilimi azaltmak ve ortadan kaldırmak için duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini tercih etmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Problem odaklı stratejilerin aksine bu yaklaşım; uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal desteğe başvurma, durumu yeniden değerlendirme ve durumu kabullenme gibi pasif yöntemlerden oluşmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Yapılan araştırmalar, stresle karşılaşan bireylerin problem odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma stratejilerinin ikisini de kullandığını göstermektedir. Bazı koşullarda, iki stratejiden biri diğerinden üstün gelebilmektedir. Aile ve kariyerle ilgili stresörler karşısında problem odaklı başa çıkmanın; fiziksel sağlık problemlerinin varlığında ise sosyal destek alma ve duygusal odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanıldığı bilinmektedir (Aydın, 2003).

Tüm bu bilgilerden yola çıkarak konversiyon bozukluğu tanısı alan ve herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan kişilerin stresle başa çıkma tarzlarını kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı bu araştırmanın temelini oluşturmaktadır.

1.15. Stresle Başa Çıkma Tarzları İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Psikoloji alanında stresle başa çıkma tarzları ile yapılan çalışmalarda ilerleme kaydedilmiştir (Folkman ve Lazarus, 1984). Yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla kişilik özellikleri ve zorlayıcı yaşam olayları sonrası uyum sağlayabilme becerilerine yönelik araştırmaların ön planda olduğu görülmektedir.

Araştırmalar psikolojik dayanıklılığın stresle başa çıkmada rol oynayarak hastalıklar karşısında koruyucu bir rol oynadığını göstermektedir (Kobasa, 1982). Dayanıklılık ve başa çıkma tarzlarının konversiyon bozukluğu ile ilişkisini araştıran bir çalışma, hastaların psikolojik dayanıklılık seviyelerini düşük, kullandıkları başa çıkma tarzlarını ise etkisiz olarak bulgulamıştır (Ahmad ve Bokharey, 2013).

Farklı stresörlere maruz kalan bireylerde konversiyon bozukluğunu tetikleyen kültürel, nörolojik, psikolojik etmenler olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmadaki temel düşünce; konversiyon tanısı alan kişiler ile tanı almayan bireyler arasında psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarındaki farkların incelenmesi olarak ifade edilebilir. Bu araştırma ile elde edilecek bulguların öncelikle konversiyon hastalarına yönelik psikoterapi planı oluşturulurken; stresle baş etme ve psikolojik dayanıklılığı arttırmaya yönelik yöntemlerin zenginleşmesi açısından fayda sağlaması umulmaktadır.

Araştırmada üç temel hipotez incelenmiştir:

1. Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.
2. Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan kişilerin stresle başa çıkmada problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullanmaları arasında anlamlı bir fark vardır.
3. Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan kişilerin stresle başa çıkmada duygusal odaklı başa çıkma tarzlarının kullanmaları arasında anlamlı bir fark vardır.

Bu çalışmada, alanda yapılmış olan diğer öncü araştırmalardan farklı olarak, ‘psikolojik dayanıklılık’ ve ‘stresle başa çıkma tarzı’ açısından bireyler arasındaki farklığa odaklanmıştır. Konversiyon hastalarının gösterdikleri psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma farklarının, hasta grubunda güçlü yada zayıf yönlerinin belirlenmesi, hastalığın seyri ve terapi süreçlerinin başarısı açısından önem taşıyacağı düşünülmektedir. Çalışmanın sonucunda; konversiyon hastalarına yönelik psikoterapi tekniklerinin, baş etme tarzlarına yönelik müdahaleler açısından zenginleştirilmesi hedeflenmektedir.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın evreni, verileri toplama süreci, veri toplama araçları ve kullanılan istatistiksel analiz yöntemlerine değinilecektir.

2.1. Araştırmanın Modeli:

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda iki veya daha çok değişkenin aralarındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik, ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın değişkenleri, konversiyon bozukluğu tanısı almış olma, psikolojik dayanıklılık düzeyi ve stresle başa çıkmada kullanılan tarzlardır. Araştırmanın amacı; konversiyon bozukluğu tanısı alan kişilerde psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkmada kullandıkları problem odaklı (etkili) veya duygusal odaklı (etkisiz) yöntemlerin farklılıklarını incelemektir.

2.2. Araştırmanın Evreni:

Hipotezler doğrultusunda katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ayaktan tedavi ünitesine başvuran ve psikiyatri uzmanı tarafından gerçekleştirilen klinik görüşme sonucunda Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM 5) tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı alan 36 kişi oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil etme sırasında konversiyon bozukluğunun alt tiplerinde görülen semptom ayrımı yapılmayacaktır. Örneğin; bayılma, körlük uykusuzluk gibi farklı belirtileri olan hastalar araştırmaya dahil edilecektir.

Çalışma grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip kişiler ile psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) doğrultusunda yapılan klinik görüşme sonrasında herhangi bir psikiyatrik tanı almayan 36 kişi ise araştırmanın kontrol grubunu oluşturmaktadır.

2.3. Veri Toplama Süreci:

Araştırmaya başlamadan önce F.M.V. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul'undan ve BRSHH Etik Kurul'undan onay alınmıştır. Veri toplama işlemi, Şubat 2017 – Nisan 2017 tarihleri arasında araştırmacı tarafından

bireysel olarak gerçekleştirilmiştir. BRSHH'nin ayaklı tedavi ünitelerine başvuran, psikiyatri uzmanınca yapılan klinik görüşmeler sonrası içerme ölçütlerini karşılayan hastalar, poliklinikte görevli doktorların işbirliği ile araştırmacıya yönlendirilmiştir. Katılımcılara ilk olarak araştırmanın amaçları sözel olarak bildirilmiş, gönüllülük esasına dayanarak araştırmaya katıldıkları beyan eden onam formunu imzalamaları istenmiştir. İkinci olarak hastaların demografik verileri ve hastalığa ait detaylı bilgileri sorgulanmıştır. Son olarak ölçeklerin nasıl doldurulacağı sırasıyla ve literatürdeki yönergelere uygun şekilde anlatılmıştır. Ölçekler katılımcılara bir batarya şeklinde verilmiş, tek oturumda bireysel olarak doldurmaları istenmiştir. Kağıt-kalem yoluyla doldurulan ölçeklerin uygulama süresi yaklaşık olarak 15-25 dakika olarak gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıları araştırmaya dahil etmek için; okuma ve yazma bilmek, 18-65 yaş arasında olmak, bilgilendirilmiş onam sonrasında çalışmaya katılmayı kabul etmek, DSM 5'e göre konversiyon bozukluğu tanısı almak, zihinsel engellilik ya da genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluğa sahip olmamak; içerme ölçütleri olarak belirlenmiştir. Ek olarak; 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olmak, zihinsel bir engele sahip olmak, genel bir tıbbi duruma bağlı mental bozukluğun varlığı, sigara dışında alkol ve/veya madde kötüye kullanımı ve/veya bağımlılığının olması, psikiyatrik değerlendirmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin bulunması, nörolojik bir hastalık tanısı almak ve SCID-I değerlendirmesinin sonucunda Eksen I patolojiye sahip olmak, katılımcıların araştırmaya dahil edilmemesine neden olmuştur.

2.4. Veri Toplama Araçları

Her katılımcı ile psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcılara çalışmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu, 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından geliştirilen "Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" (PDÖ) ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından geliştirilen "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" (SBÇTÖ) uygulanmıştır.

2.4.1. Sosyodemografik Bilgi ve Hastalığa Ait Veri Formu: (Ek B)

Araştırmaya dahil edilen kişilerin sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı öyküleri ile ilgili durumları hakkında bilgi sahibi olabilmek amacıyla ilgili literatürden faydalanarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir

soru formudur. Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim ve çalışma durumu, nerede ve kiminle yaşadığı, hastalığa ve tedaviye ait özellikler, ilaç/alkol/madde kullanım öyküsü, konversiyon bozukluğu tanısı alma zamanı, hastaneye yatışının olup olmadığı gibi maddelere yer verilmiştir.

2.4.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):

DSM-IV sistemine göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırılırken klinisyenler tarafından sistematik bir şekilde bilgi toplanması amacıyla First ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilerek Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanmış, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (Çorapçıoğlu ve ark. 1999). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1999 yılında Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

2.4.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ): (Ek C)

Friborg ve arkadaşları tarafından (2003) "Resilience Scale for Adults" ismiyle geliştirilen ölçek ilk olarak 1973 yılında Brislin ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkiye için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışmasından elde edilen bulguların genellenebilirliğini arttırmak amacıyla çalışmada 350 üniversite öğrencisi ve 262 çalışandan oluşan iki ayrı örneklem kullanılmışlardır. 5'li likert tipinde toplam 33 maddeden oluşan altı alt boyutlu ölçekte; Yapısal Stil (3,9,15,21) ve Gelecek Algısı (2,8,14,20) dörder madde; Aile Uyumu (5,11,17,23,26,32), Kendilik Algısı (1,7,13,19,28,31) ve Sosyal Yeterlilik (4,10,16,22,25,29) altışar madde ve Sosyal Kaynaklar (6,12,18,24,27,30,33) ise yedi madde ile ölçülmektedir. Ölçeğin maddelerinden alınan puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin artması isteniyorsa, cevap kutucukları soldan sağa 12345 şeklinde değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeye göre; 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters puanlanmalıdır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 33, en yüksek puan ise 165'tir. Uygulama sonucunda ölçekten alınan puanların artması, kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Friborg ve arkadaşları (2005) tarafından 0,67-0,90 arasında değiştiği bulunan Cronbach Alpha katsayısı bu çalışma için 0,87 olarak hesaplanmıştır.

2.4.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ): (Ek D)

Lazarus ve Folkman tarafından 1980 senesinde "Way's of Coping Inventory" ismiyle geliştirilen ölçek, kişilerin herhangi bir stres durumunda kullandıkları özel

başa çıkma tarzlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Toplamda 66 maddeden oluşan orijinal format, “problem odaklı stratejiler” ve “duygusal odaklı stratejiler” ana başlıkları altında alt ölçeklere sahiptir. Türkiye için ilk standardizasyon çalışması 1991 yılında Siva tarafından yapılmıştır. 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından üniversite öğrencilerine uyarlanan ölçek, beş alt ölçekli 30 maddelik forma indirgenmiştir.

Ölçeğin alt maddeleri; Kendine Güvenli Yaklaşım (7 madde), Çaresiz Yaklaşım (8 madde), Boyun Eğici Yaklaşım (6 madde), İyimser Yaklaşım (5 madde), Sosyal Destek Arama Yaklaşımı (4 madde) olarak beş alt grupta toplanmıştır. Ölçekteki maddeler; kişiye uygun gelme açısından %0, %30, %70, %100 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte ters puanlanan maddeler 1. ve 9. maddelerdir. Ölçekten toplam puan elde edilmemektedir. Her faktöre ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ise; Kendine Güvenli Yaklaşım için 7-28, İyimser Yaklaşım için 5-20, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı için 4-16, Çaresiz Yaklaşım için 8-32 ve Boyun Eğici Yaklaşım için 6-24 olarak tespit edilmiştir. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması, stresle başa çıkmada o alt ölçekteki yaklaşımın daha çok kullanıldığını göstermektedir. Değerlendirme sonucunda; Kendine Güvenli, İyimser ve Sosyal Desteğe Başvurma alt boyutlarından alınan yüksek puanlar, stresle başa çıkma açısından Problem Odaklı (Etkili) Yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir. Çaresiz ve Boyun Eğici Yaklaşım alt boyutlarının yüksekliği ise başa çıkmada Duygu Odaklı (Etkisiz) Yöntemlerin kullanıldığının göstergesidir (Şahin ve Durak, 1995; Karahan ve Koç 2005).

Bu çalışmada Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları; Kendine Güvenli Yaklaşım için 0,82; İyimser Yaklaşım için 0,74; Sosyal Destek Arama için 0,61; Çaresiz Yaklaşım için 0,72; Boyun Eğici Yaklaşım için 0,62 olarak bulunmuştur.

2.5. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmış, güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin alt boyutları ayrı ayrı hesaplandıktan sonra tüm verilerin analizi işlemine geçilmiştir. Verilerin çözümlenmesinde, frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, frekans, yüzde gibi betimsel istatistiklerden yararlanılmıştır. Ölçek puan ortalamalarının normallik dağılımlarına Kolmogrov-Smirnov testi ile bakılmış, normal dağılım gösterdiği için

konversiyon tanısı alan hasta grubu ile kontrol grubu arasında psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkmada problem odaklı ve duygusal odaklı tarzların kullanımlarını karşılaştırmada bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR

3.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya, Şubat 2017 – Nisan 2017 tarihleri arasında BRSHH Ayaktan Tedavi Ünitelerine başvuran ve konversiyon bozukluğu tanısı alan 36 hasta ve herhangi bir psikiyatrik tanı almayan 36 gönüllü olmak üzere toplam 72 kişi katılmıştır.

3.1.1. Hasta Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve 32 kadın, 4 erkekten oluşan hasta grubunun medeni durumları incelendiğinde, 6 kişinin (%17) bekar, 24 kişinin (%66) evli ve 6 kişinin (%17) dul/boşanmış olduğu görülmüştür.

Hastaların yaş ortalamaları $35,94 \pm 10,65$ ve ortalama eğitim süreleri $7,72 \pm 3,76$ yıl olarak hesaplanmıştır.

Çalışma durumları açısından incelendiğinde 21 kişi (%58) herhangi bir işte çalışmıyor, 5 kişi (%14) ara sıra çalışıyor ve 10 kişi (%28) düzenli çalışıyor olarak bulgulanmıştır.

Hasta grubundaki katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımları incelendiğinde; 1 kişinin yalnız, 9 kişinin anne ve/veya babası ile birlikte, 26 kişinin eş, çocuklar ve/veya ebeveynler ile birlikte yaşadığı görülmüştür.

Hastalığın başlama yaşı, ortalama $27,97 \pm 11,44$ ve tedaviye başlama yaşı ortalama $32,42 \pm 10,59$ olarak hesaplanmıştır. Tedavi durumları incelendiğinde 23 kişinin (%64) düzenli, 8 kişinin (%22) düzensiz tedavi aldığı ve 5 kişinin (%14) hiçbir şekilde tedavi almadığı görülmüştür. 5 kişinin hastaneye yatışı, 11 kişinin intihar girişim öyküsü ve 29 kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır.

Hastalığın başlangıcında stres öyküsü 20 hastada gözlenmişken, sadece 13 hasta konversiyon bozukluğu tanısı aldıktan sonra çevrelerinden ilgi görmeye başladıklarını bildirmiştir.

Hastaların aile içi şiddet yaşantıları sorgulandığında; 9 kişide fiziksel şiddet, 21 kişide duygusal şiddet ve 2 kişide cinsel şiddet öyküsü olduğu rapor edilmiştir.

3.1.2. Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Kontrol grubu 32 kadın ve 4 erkekten oluşmaktadır. Medeni durumları incelendiğinde, 10 kişi (%28) bekar, 20 kişi (%55) evli ve 6 kişi (%17) dul/boşanmış olarak hesaplanmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamaları $36,17 \pm 10,72$ ve ortalama eğitim süreleri $8,19 \pm 3,57$ yıl olarak hesaplanmıştır. Konversiyon bozukluğu tanısı alan grubun ve kontrol grubunun yaş ortalamaları ($p= 0,93$, $p> 0,05$) ve eğitim süreleri ($p= 0,59$, $p> 0,05$) açısından bir fark olup olmadığına bağımsız örneklem t test analiz tekniği ile bakılmış ve anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışma durumları açısından incelendiğinde 21 kişi (%58) herhangi bir işte çalışmıyor, 4 kişi (%11) ara sıra çalışıyor ve 11 kişi (%31) düzenli çalışıyor olarak bulgulanmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımları incelendiğinde; yalnız yaşayan 2 kişi, anne ve/veya babası ile birlikte yaşayan 11 kişi ve eş, çocuklar ve/veya ebeveynler ile birlikte yaşayan 23 kişi kaydedilmiştir.

Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri tek bir tablo ile Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Hasta grubu (n)	Kontrol grubu (n)
Cinsiyet		
Kadın	32	32
Erkek	4	4
Yaş grupları		
18-35 yaş	19	18
36-50 yaş	13	15
51-62 yaş	4	3
Medeni durum		
Bekar	6	10
Evli	24	20
Dul / Boşanmış	6	6
Eğitim seviyesi		
0-5 yıl	17	13
6-12 yıl	15	18
13 ve üzeri yıl	4	5
Çalışma durumu		
Çalışmayanlar	21	21
Ara sıra çalışanlar	5	4
Düzenli çalışanlar	10	11
Kiminle yaşadığı		
Yalnız	1	2
Anne / Baba ile	9	11
Eş / Çocuk ile	23	18
Eş / Çocuk / Aile büyükleri ile	3	5
Ailede psikiyatrik hastalık		
Var	8	1
Yok	28	35
Duygusal şiddet		
Var	21	0
Yok	15	36
Fiziksel şiddet		
Var	9	0
Yok	27	36
Cinsel şiddet		
Var	2	0
Yok	34	36

İntihar girişimi		
Var	11	0
Yok	25	36
Hastalığın başlama yaşı		
3-18 yaş	4	-
19-35 yaş	22	-
36-50 yaş	10	-
Hastane yatışı		
Var	4	-
Yok	32	-
Tedavi		
Tedavi almayanlar	5	-
Düzensiz tedavi alanlar	8	-
Düzenli tedavi alanlar	23	-
Hastalık öncesi stres öyküsü		
Var	20	-
Yok	16	-
Hastalık sonrası çevreden ilgi görme		
Var	13	-
Yok	23	-

3.2. Araştırma Verilerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın üç temel hipotezi vardır:

1. Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.
2. Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan kişilerin stresle başa çıkmada problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullanmaları arasında anlamlı bir fark vardır.
3. Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan kişilerin stresle başa çıkmada duygusal odaklı başa çıkma tarzlarının kullanmaları arasında anlamlı bir fark vardır.

Bulgular, problemlerin yazıldığı sıra ile aktarılmıştır. Her bir değişkenin aritmetik ortalaması, standart sapma ve frekans değerleri belirtilmiş son olarak da konversiyon bozukluğu tanısı alanlarda ve almayanlarda değişkenlerin fark gösterip göstermediğinin incelendiği bağımsız örneklem *t* testi bulguları sunulmuştur.

Ölçek verilerinin normallik dağılımlarına ($n=72$) Kolmogrov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Ölçekler normal dağılım gösterdiği için ($p=0,200$; $p>0,05$) konversiyon tanısı alan hasta grubu ile kontrol grubu arasında psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkmada problem odaklı ve duygusal odaklı tarzların kullanımlarını karşılaştırmada bağımsız örneklem *t* testi kullanılmıştır. Bulgular Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Katılımcıların PD Düzeyleri, POBÇ ve DOBÇ Tarzlarının Karşılaştırılması

		Puan Ortalaması±S	Puan Aralığı	df	t	p değeri
Psikolojik dayanıklılık düzeyi toplam	Hasta grubu	94,17±11,69	74-115	70	-7,65	,000
	Kontrol grubu	117,47±14,07	86-136			
Problem odaklı başa çıkma tarzları	Hasta grubu	41,33±6,93	24-54	70	-6,58	,000
	Kontrol grubu	50,39±4,50	40-61			
Duygusal odaklı başa çıkma tarzları	Hasta grubu	36,67±5,81	26-48	70	6,37	,000
	Kontrol grubu	27,50±6,39	17-41			

*t: Bağımsız t test *p<0,05.*

Elde edilen ve Tablo 3.2.'de sunulan veriler değerlendirildiği zaman; hasta ve kontrol grubunun psikolojik dayanıklılıkları arasındaki farkı sorgulayan birinci hipotez doğrulanmaktadır $t(70) = -7,65$; $p < 0,05$. Bu durumda konversiyon bozukluğu tanısı alan kişiler ile tanı almayan bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Grupların ortalaması incelendiği zaman; konversiyon bozukluğu tanısı alan grubun dayanıklılığı (94,17±11,69) kontrol grubuna göre (117,47±14,07) anlamlı derecede düşüktür.

Hasta ve kontrol grubunun stresle başa çıkmada kullandıkları problem odaklı başa çıkma tarzlarındaki farkı sorgulayan ikinci hipotez doğrulanmaktadır $t(70) = -6,58$; $p < 0,05$. Bu durumda konversiyon bozukluğu tanısı alan kişiler ile tanı almayan bireylerin problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Grupların ortalaması incelendiği zaman; konversiyon bozukluğu tanısı alan kişilerin problem odaklı tarzları (41,33±6,93) kontrol grubuna göre (50,39±4,50) daha az kullandıkları söylenebilir.

İki grubun stresle başa çıkmada duygusal odaklı tarzları kullanma farklarına odaklanan üçüncü hipotez de kabul edilmektedir $t(70) = 6,37$; $p < 0,05$. Bu durumda konversiyon bozukluğu tanısı alan kişiler ile tanı almayan bireylerin duygusal odaklı başa çıkma tarzlarını kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Hasta ve kontrol grubunun ortalamaları incelendiğinde; konversiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin duygusal odaklı tarzları kullanmaları ($36,67\pm5,81$) kontrol grubuna göre ($27,50\pm6,39$) anlamlı derecede yüksektir. Araştırmanın üç temel hipotezi de doğrulanmıştır.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Stres faktörlerinin varlığında kişilerin konversiyon bozukluğu geliştirmesinde birçok sebep (kültürel, nörolojik, psikolojik, vb.) olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmada; konversiyon bozukluğu ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler olarak psikolojik dayanıklılık düzeyi ve stresle başa çıkma tarzları değerlendirilmiştir.

4.1. Örneklem Grubuna İlişkin Bulgular

Araştırmanın demografik verileri incelendiğinde; konversiyon bozukluğu tanısı alan grubun %89'u kadın, %11'i erkek hastadan oluşmaktadır (Tablo 3.1.). Ülkemizde konversiyon bozukluğunun kadınlarda görülme oranı 2003 yılında Uğuz'un çalışmasında %87-97 arasında bulunmuştur. Diğer araştırmalara bakıldığında, hastalığın kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (Guze ve ark. 1971; Ford ve Folks, 1985; Mai, 1995). Araştırmanın bulguları literatür ile uyumludur. Araştırmada hastalığın kadın/erkek oranının 8/1 olarak bulunması, literatürdeki kadınlarda erkeklere göre 2-10 kat fazla görüldüğüne dair bilgiyi desteklemektedir (Gülseren ve ark. 1993).

Konversiyon bozukluğu, her yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen en sık 15-35 yaş aralığında görülmektedir. Bu araştırmada konversiyon hastalarının yaş ortalamasının $35,94 \pm 10,65$ olması literatür bulgularını desteklemektedir (Ford ve Folks, 1985). Hastalığın başlangıç yaşı, ortalama $27,97 \pm 11,44$ ve tedaviye başlama yaşı ortalama $32,42 \pm 10,59$ olarak saptanmıştır. Bulgular, hastalığın başlangıç yaşını ortalama $25,97 \pm 7,5$ ve başvuru yaşını ortalama $30,25 \pm 8,3$ olarak bulan çalışmayla (Tomasson ve ark. 1991) ve başvuru yaş ortalamasını $30,2 \pm 9,7$; belirtilerin başlama yaş ortalamasını $24,1 \pm 10$ bulan çalışma ile (Gülseren ve ark. 1993) uyumludur.

Konversiyon Bozukluğu hastalarının eğitim sürelerinin ortalaması $7,72 \pm 3,76$ olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, konversiyon hastalarında eğitim süresini ortalama $7,48 \pm 3,96$ olarak bulan çalışma ile paralellik göstermektedir (Kaplan, 2012).

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, konversiyon bozukluğu tanısı alan hastalardan %17'si bekar, %66'sı evli, %17'si dul/boşanmış olarak bulunmuştur (Tablo 3.1.). Ülkemizde yapılan çalışmada konversiyon bozukluğu olan hastalarda evlilik oranı %69,5-80 olarak hesaplanmışken başka bir çalışmada ise bu oran %74,1 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %67'sinin evli olması literatür bulguları ile uyum göstermektedir (Gülseren ve ark. 1993; Uğuz ve Toros, 2003; Yenilmez, 2011).

Herhangi bir işte çalışmayanların hasta grubunun %58'ine denk gelmesi önceki araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Gülseren ve ark. 1993; Deveci ve ark. 2002). Ayrıca hasta grubunun önemli bir bölümünün; ilkokul mezunu, evli ve ev hanımı olarak bulunması benzer çalışmaların sonuçları ile paraleldir (Gülseren ve ark. 1993; Deveci ve ark. 2002).

Konversiyon bozukluğu tanısı alan hastalarının çocukluklarının geçtiği yerler incelendiği zaman, %64'ü büyükşehir/şehir, %36'sı kasaba/köy olarak hesaplanmıştır. Hastaların halen yaşadıkları yer dağılımları ise; hasta grubu ve kontrol grubu ayrımı yapmaksızın tüm katılımcılar için büyükşehir/şehir olarak kaydedilmiştir. Bu oranlar çalışma sonuçlarını topluma genellemede yetersiz kaldığı için çalışmanın en önemli sınırlılığı olarak sayılabilir.

Konversiyon bozukluğu tanısı alan yetişkin hastalar ile yapılan bir çalışmada, cinsel ve fiziksel istismar sıklığı %9-77 arasında bulunmuştur (Duncan ve ark. 2008). Bu çalışmada aile içi şiddet yaşantıları sorgulandığında; konversiyon bozukluğu tanısı alan hastaların %25'inde fiziksel şiddet, %58'inde duygusal şiddet ve %6'sında cinsel şiddet bulgulanması Duncan ve arkadaşlarının (2008) çalışma sonuçları ile uyumludur.

Konversiyon hastalarının çoğunluğunda psikososyal bir stresin varlığı; hastalığın başlaması ve alevlenmesinde psikolojik faktörlerin rol oynadığını fikrini desteklemektedir (Binzer ve Eisemann, 1998; Roelofs ve ark. 2002). Psikososyal zorlanmalar; konversiyon bozukluğuna eşlik eden en önemli öyküdür. 1986 yılında Hafeiz, vakaların %85'inde semptomların özgül bir problemle eşleştiğini ileri sürmüştür. 1991 yılında Tomasson ve arkadaşları psikososyal zorlanmalar arasından en sık karşımıza çıkanın aile ya da akrabalarından biriyle ilgili kişisel bir olay, ikinci olarak da bir kayıp öyküsü olduğunu savunmuşlardır (Akt: Candansayar, 1994). 1994 yılında Chandraseleoron ve arkadaşlarının yaptığı çalışma, hastaların %50'sinin tetikleyici bir stres etkenine sahip olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada hastalık

başlamadan önce belirli bir stres yaşantısının hastaların %56'sında gözlenmesi literatürdeki bilgiler ile uyumludur.

4.2. Hipotezlere Yönelik Bulgular

Kendini toparlama gücü ve etkili başa çıkma tarzlarının kullanımı; psikolojik dayanıklılık düzeyine önemli katkılar sağlamaktadır (Mandleco, 2000). Strese rağmen kendini toparlayabilen kişilerin problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıklarını, duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullananların ise stresi kontrol edemeyerek umutsuzluk yaşadıkları bulunmuştur (Sandler ve ark. 1994). Araştırmanın sonucunda elde edilen; konversiyon bozukluğu tanısı alan kişilerin psikolojik dayanıklılığının anlamlı derecede düşük olması ve tanı alan gruptaki kişilerin duygu odaklı başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaları; literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir.

Psikolojik dayanıklılık, stresli durumlara rağmen sağlıklı kalmayı sağlayan bir kişilik özelliğidir (Kobasa ve ark. 1983). Araştırmanın birinci hipotezi; psikolojik dayanıklılık düzeyinin konversiyon bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan kişilerde fark göstereceği yönündedir. Araştırmanın sonucunda, konversiyon hastalarının psikolojik dayanıklılığı, tanı almayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuş ve hipotez doğrulanmıştır.

Araştırmanın doğrulanan ikinci ve üçüncü hipotezlerine göre; konversiyon hastaları kontrol grubuna kıyasla stresli durumlar karşısında problem odaklı başa çıkma tarzlarını daha az kullanırken duygusal odaklı başa çıkma tarzlarını daha fazla tercih etmektedir. Elde edilen veriler Alkan'ın (2014) araştırma sonuçları ile uyumludur. Stres karşısında duygusal odaklı (kaçınmacı) başa çıkma tarzlarının kullanımı bireylerin, psikolojik ve fiziksel hastalık riskini arttırmaktadır (Kotler ve ark. 1994). Bu çalışmanın sonucu; stresle başa çıkma yöntemlerinin psikopatoloji gelişimindeki yerini tekrar göstermiştir.

Konversiyon bozukluğunda psikolojik dayanıklılığın ve stresle başa çıkma farklılıklarının incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmanın sonucunda; konversiyon bozukluğu tanısı alan hasta grubunda psikolojik dayanıklılığın azaldığı, stresle başa çıkmada ise etkisiz yöntemlerin (duygusal odaklı tarzların) kullanıldığı bulunmuştur. Bu sayede, konversiyon bozukluğu tanısı alan kişilerde psikolojik dayanıklılığın ve stresle başa çıkma tarzlarının nasıl farklılaştığını göstermesi açısından araştırmanın önemli bilgiler sağladığı söylenebilir. Türkiye'de konversiyon hastaları ile benzer bir

çalışma yapılmadığı dikkate alındığında; bu araştırmadan elde edilen bilgiler dikkatle yorumlanmalı ve ileride yapılacak çalışma bulguları ile desteklenmelidir.

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada yöntemsel olarak bir takım sınırlılıklar mevcuttur. İlk olarak; konversiyon bozukluğunun Türkiye’de görülme sıklığı ile ilgili kesin bir epidemiyolojik bulgu olmadığı için hasta sayısının ve araştırmaya dahil edilen hasta grubunun genel popülasyonun özelliklerini ne ölçüde yansıttığı tartışma konusudur.

İkinci olarak çalışma grubunu oluşturan konversiyon bozukluğu tanısı alan kişilere ulaşmak için uygulama yapılan poliklinikte takip edilen hastaların içerisinde az sayıda erkek hastanın olması bu araştırmanın ve genel olarak konversiyon literatürünün eksikliğidir. Hasta grubunun neredeyse tamamının kadın olması, elde edilen bulguların her iki cinsiyet için genellenebilir olmasını zorlaştırmaktadır.

Konversiyon bozukluğu tanısı alan hastalardan, %64’ünün çocukluğunun büyükşehir/şehir, %36’sının kasaba/köyde geçtiği tespit edilmiştir. Hastaların halen yaşadıkları yer dağılımları ise; hasta grubu ve kontrol grubu ayırımı yapmaksızın tüm katılımcılar için büyükşehir/şehir olarak kaydedilmiştir. Bu oranlar çalışma sonuçlarını topluma genellemede yetersiz kaldığı için çalışmanın en önemli sınırlılığı olarak sayılabilir.

Sınırlılıklardan bir diğeri de; örneklem sayısının az olmasıdır. Öte yandan araştırmaya sadece BRSHH psikiyatri polikliniklerine üç ay içerisinde başvuran hastalar dahil edildiği için popülasyon sadece bu hastaneye gelebilen kişiler ile sınırlıdır.

Son olarak psikolojik ölçme araçları ile toplanan verilerin, katılımcıların kendi bildirimlerine dayalı olması bir başka yöntemsel sınırlılıktır.

4.4. Öneriler

İstanbul’da bulunan bir devlet hastanesine başvuran konversiyon hastalarıyla kısıtlı olan bu çalışma, sonuçların tekrarlanması ve topluma genellenebilmesi adına farklı illerde ve farklı çalışma gruplarıyla tekrarlanmalıdır. Konversiyon literatüründeki çalışmaların tamamına yakını kadın hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Erkek hastalarla yapılacak çalışmalar, hastalığın cinsiyet farklılıklarına dair yeni bilgiler edinmemize katkı sağlayacaktır.

Psikoloji alanında yapılan çalışmaların çoğu anket yolu ile gerçekleştirildiği için başka metodolojik yaklaşımların kullanıldığı araştırma desenlerinin, konuya yeni

bakış açıları kazandıracağı düşünülmektedir. Bu sınırlılık; hasta yakınları ile yapılması tasarlanan araştırmalar ile aşılabilir.

Konversiyon bozukluğunun hastalık boyutuna gelmesinde rol oynayan değişkenlere yönelik araştırmalar literatürde sınırlı sayıdadır. Bu alana yönelik yapılacak her çalışma, literatür bilgilerinin artmasına, konversiyon bozukluğunu tanımaya ve müdahale yöntemlerini zenginleştirmeye katkı sağlayacaktır. Sonraki araştırmalarda konversiyon tablosuna etki eden psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma tarzları; diğer psikiyatrik hastalıklar ile karşılaştırılabilir.

Araştırmanın bulguları, konversiyon bozukluğunda belirli psikososyal ihtiyaçların olduğuna ve hasta yakınlarının tedavi sürecinde önemli rolleri bulunduğuna dikkatleri çekmektedir. Konversiyon bozukluğuna neden olan veya hastalığın neden olduğu strese yönelik, psikolojik dayanıklılığı arttırmaya ve etkili baş etme yöntemlerini pekiştirmeye yardımcı psikoterapi yöntemleri planlanabilir.

Kaynaklar

- Abse, D. W. (1974). Hysterical conversion and dissociative syndromes and the hysterical character. *American Handbook of Psychiatry (ed.)*, 3(8), 155-194.
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Lou Sole, M., Byers, J. (2006). a review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(2), 103-125. DOI:10.1080/01460860600677643
- Ahmad, Q. A., Bokharey, I. Z. (2013). Resilience and coping strategies in the patients with conversion disorder and general medical conditions: a comparative study. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 22(1).
- Akman, S. (2004). Stresin nedenlerini açıklayıcı kuramlar, 40-54. <http://www.turkpsikolojidergisi.com/pdf/tpb/3435.pdf>
- Alkan, E. (2014). *Farklı Cinsel Yönelime Sahip Bireylerin Yaşam Doyumu, Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması* Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2013). *Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aydın, A. S. (2003). *Ergenlerde Stresle Başa Çıkma Tarzları İle Cinsiyet ve Cinsiyet Rollerini Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aydoğdu, T. (2013). *Bağlanma Stilleri, Başa Çıkma Stratejileri ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Baltaş, A., Baltaş, Z. (1993). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Barsky, A. J. (1989). Somatoform Disorders. comprehensive textbook of psychiatry vol 1 (5. Basım). H I Kaplan, B J Saddock (Ed.), Philadelphia: Williams and Wilkins.
- Basım, H. N., Çetin, F. (2011b). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114. <http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C22S2/104-114.pdf>

- Başar, H. M. (2015). *Konversiyon Bozukluğu Hastalarında Yönetici İşlevler ve Disosiyatif Belirtiler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Begun, A. L. (1993). Human behavior and the social environment: the vulnerability, risk and resilience model. *Journal of Social Work Education*, 29(1), 26-36. <http://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1080/10437797.1993.10778796?scroll>
- [=top](#)
- Billings, A. G., Moos, R. H. (1981). The Role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7321033>
- Binzer, M., Eisemann, M. (1998). Childhood experiences and personality traits in patients with motor conversion symptoms. *Acta Psychiatry Scand*, 98; 288-295. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1998.tb10086.x
- Bowman, M. R. (1996). The purpose of Kant's categorical imperative. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 19, 371-402.
- Brooks, R. B. (1994). Children at risk: fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 545-553. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7847570>
- Candansayar, S. (1994). *Somatizasyon ve Konversiyon Bozukluğu Olan Bir Grup Hastada Tanı Sınırları ve Psiko-Sosyal Özelliklerin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Chandraseleoron, R., Goshami, U. V., Sivakuner ve ark. (1994). Hysterical neurosis a follow up study. *Acta Psychiatry Scand*, 89(1), 78-80.
- Chodoff, P. (1982). Hysteria and women. *Journal of Psychiatry*, 139 (5), 545-551. DOI:[10.1176/ajp.139.5.545](https://doi.org/10.1176/ajp.139.5.545)
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3602247>
- Cragar, D. E., Berry, D. T., Schmitt, F. A., Fakhoury, T. A. (2005). Cluster analysis of normal personality traits in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*, 6(4), 593-600. DOI:[10.1016/j.yebeh.2005.03.007](https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.03.007)
- Cüceloğlu, D. (1993). *İnsan ve Davranış*. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Çetin, F., Basım, N. H. (2011). Psikolojik dayanıklılığın iş tatmini ve örgütsel bağlılık tutumlarındaki rolü. "İş, Güç" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(3),79-84. DOI: 10.4026/1303-2860.2011.184.x

- Çevik, A. (1999). Konversiyon bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 11-14.
- Çorapçioğlu, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Esen, A., Köroğlu, E. (1999). *DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Daş Tuğrul, C. (2000). Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 12-17.
- Demir, S., Çelikel, F. Ç., Taycan, S. E., Etikan, İ. (2013). Konversiyon bozukluğunda nöropsikolojik değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(2), 75-83.
- Diseth, T. H., Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents—an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(4), 278-292.
DOI:[10.1080/08039480500213683](https://doi.org/10.1080/08039480500213683)
- Doğan, O. (2007). Konversiyon Bozukluğu. Ertuğrul Gürel, Cengiz Güleç (ed.) *Psikiyatri Temel El Kitabı* içinde (s. 377-385). Ankara: HYB Basım yayın.
- Duncan, S. H., Lobley, G. E., Holtrop, G., Ince, J., Johnstone, A. M., Louis, P. (2008). Human colonic microbiota associated with diet, obesity and weight loss. *International Journal of Obesity*, 32(11), 1720-1724.
DOI:[10.1038/ijo.2008.155](https://doi.org/10.1038/ijo.2008.155)
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990). State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 12(2), 207-220.
DOI: 10.1080/00049539008260119
- Farley, J., Woodruff, R. A., Guze, S. B. (1968). The prevalance of hysteris and conversion symptoms. *Br Journal Psychiatry*, 114(514), 1121-1125.
- Florian, V., Mikulincer, M., Taubman, O. (1995). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 687.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
https://www.jstor.org/stable/2136617?seq=1#page_scan_tab_contents
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H ve ark. (1994). The emanuel miller memorial lecture 1992: the theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35: 231-257. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8188797>

- Ford, C. V., Folks, D. G. (1985). Conversion disorders: an overview. *Psychosomatic*, 26(5), 371-383.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16097398>
- Fritz, G. K., & Campo, J. V. (2002). Child and adolescent psychiatry: A comprehensive text book. Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins. *Somatoform disorders* içinde 847-858.
- Gabbard, G. O. (2005). *Introduzione Alla Psicoterapia Psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Gable, S. L., Haidth, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. DOI: 10.1037/1089-2680.9.2.103
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence and development: continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology and the search for stres-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 159-174.
- Garnezy, N. (1991a). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Garnezy, N. (1993b). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8488208>
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128. <http://pdrdergisi.org/index.php/pdr/article/view/272/201>
- Greene, R. (2002). *Human Behavior Theory*. Washington DC: NASW Press.
- Guggenheim, F. G. (2000). Somatoform Disorders (7. Baskı, 2. Cilt). BJ Sadock (Ed.), *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* içinde (s. 1504-1514). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkings.
- Guze, S. B., Woodruff JR, R. A., Clayton, P. J. (1971). Hysteria and antisocial behavior: Further evidence of an association. *American Journal of Psychiatry*, 127(7), 957-960.
- Guze, S. B. (1975). The validity and significance of the clinical diagnosis of hystreia. *American Journal of Psychiatry*, 132(2), 138-141.
- Gülseren, Ş., Özmen, E., Önal, C., ve ark. (1993). Konversiyon bozuklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi*, 31, 373-377.

- Haase, J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.
DOI:[10.1177/1043454204267922](https://doi.org/10.1177/1043454204267922)
- Hollifield, M. A. (2005). Conversion Disorder. Sadock BJ, MD Sadock (Ed.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* içinde (1814-1818). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Hopp, J. L., LaFrance Jr, W. C. (2012). Cognitive behavioral therapy for psychogenic neurological disorders. *The Neurologist*, 18(6), 364-372.
DOI:[10.1097/NRL.0b013e31826e8ff5](https://doi.org/10.1097/NRL.0b013e31826e8ff5)
- Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 123-129.
- Jones, F., Bright, J., Clow, A. (2001). *Stress: Myth, Theory and Research*. New York: Prentice Hall.
- Işık, E. (1996). *Nevrozlar. Histerik Nevrozdan Somatoform ve Disosiyatif Bozukluklara Doğru*. Ankara: Kent Matbaa.
- Kaji, R. (2001) Basal ganglia as a sensory gating devise for motor control. *Journal Med Invest*, 48(3-4), 142-146.
- Kala, S. (2015). *Konversiyon Bozukluğu Tanısı Konan Ergenlerde Yüz İfadelerinin, Duygu Tanımlama Becerilerin ve İlişkili Etmenlerin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1994). *Somatoform Disorders*. Williams and Wilkins. Synopsis of Psychiatry :Baltimore.
- Karahan, T. F., Epli Koç, H. (2005). Üniversite öğrencilerinin alkol ve sigara kullanım sıklığına göre stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 2(6), 113-131.
- Klag, S., Bradley, G. (2004). The role of hardiness in stress and illness: an exploration of the effect of negative affectivity and gender. *British Journal of Health Psychology*, 9(2), 137-161. DOI: 10.1348/135910704773891014
- Kobasa, S. C. (1982a). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. *Social Psychology of Health and İllness*, 4, 3-32.
- Kobasa, S. C., Puccetti, M. C. (1983b). Personality and social resources in stres resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(4), 839-850.
- Koptagel-İlal, G. (1999). Somatizasyonu nasıl anlamalıyız? Psikodinamik değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 27-33.

- Kotler, T., Buzwell, S., Romeo, Y., Bowland, J. (1994). Avoidant attachment as a risk factor for health. *British Journal of Medical Psychology*, 67(3), 237-245.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The Handbook of Behavioral Medicine*, 282-325.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatisation: the concept and clinical application. *Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Ludwig, A. M. (1972). Hysteria a neurobiological theory. *Archives of General Psychiatry*, 27(12), 771-777.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., Berker, B. (2000). the construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 7(3), 543-562.
- Ljungberg, L. (1957). Hysteria: Birth order. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)*, 32, 105-106.
- Mackay, S., & Pircell, S. D. (1995). Somatoform and dissociative disorders. *Appleton and Lange New York*, 282-301.
- Mai FM, Mersky H (1981) Briquets concept of hysteria: an historical perspective. *Journal of Psychiatry*, 26(1), 57-63.
- Mai, F. M. (1995). "Hysteria" in clinical neurology. *Canadian Journal Of Neurological Sciences*, 22(2), 101-110.
- Mandleco, B. L. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(3), 99-112.
- Masten, A. S., Best, K. M., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang., E. W. Gordon (Ed.), *Educational Resilience in Inner-City America :Challenges and Prospect* (s. 101-194). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- May, R. (1969). *Existential Psychology* (2. baskı). New York: Random House.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 385-404.
- Mersky, H., Mai, F. (1981). Somatoform and conversion disorders. *Somatoform Disorders: WPA Series, Evidence and Experience in Psychiatry*, 9.
- Norfolk, D. (1989). *İş Hayatında Stres*. L. Serdaroğlu (Çev.). İstanbul: Form.

- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., ve ark. (2003). Adolescent Resilience: A Concept Analysis. *Journal of Adolescent*, 26, 1-11.
- Öz, F., Bahadır-Yılmaz, E. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversite, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özmen, E. (2009). Psikoterapötik görüşme. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 2(2), 45-51.
- Öztürk, O. (1994a). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (5. Baskı), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk, O. (2008b). *Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (11. Baskı), (s. 512-537). Ankara: Tuna Matbaacılık.
- Parra, J., Iriarte, J., Kanner, A. M. (1999). Are we overusing the diagnosis of psychogenic non-epileptic events? *Seizure*, 8(4), 223-227.
- Razı, G. S., Kuzu, A., Yıldız, A. N., Ocakçı A. ve ark. (2009). Çalışan gençlerde benlik saygısı, iletişim becerileri ve stresle baş etme. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 17-26.
- Rice, P. L. (1999). *Stress and Health* (3. baskı). New York: Brooks/Cole Publishing Company.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Roelofs K., Keijers Ger, P. J., Hoogduin Kees A. L., Nöring Gerard W. B., Moene, F. C. (2002). Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159,1903-1913.
- Sadock B. J., Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry* (10. baskı), (s. 638-642). New York: New York University School of Medicine.
- Sağduyu, A., Rezaki, M., Kaplan, İ., Özgen, G., Gursoy-Rezaki, B. (1997). Sağlık ocağına başvuran hastalarda dissosiyatif (konversiyon) belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 161-169.
- Sameroff, A. (2005). Early resilience and its development consequences. in: Encyclopedia on early childhood development [online]. [Elde edilme tarihi: 9 Nisan 2017, <http://www.child-encyclopedia.com/resilience/according-experts/early-resilience-andits-developmental-consequences>
- Sandler, I. N., Tein, J. Y., West, S. G. (1994). Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A cross sectional and longitudinal study. *Child Development*, 65(6), 1744-1763.

- Sayar, K., Işık, H. (2008). *Somatoform Bozukluklar. Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara:Golden Print Matbaası.
- Schultz, D. P., Schultz, S. E. (2001). *Modern Psikoloji Tarihi*. Y. Aslay (Çev). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Slater, E. (1965). Diagnosis of hysteria, *BMJ*, 1, 1395-1399.
- Stefanis, C., Markidis, M., Christodoulou, G. (1976). Observations on the evolution of the hysterical symptomatology. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 269-275.
- Stewart, D. E. (1990). The changing faces of somatisation psychosomatics. *31*(2), 153-158.
- Şahin, N. H. (1994). *Stres nedir? Ne değildir? Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım* (s. 1-16). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Şahin, N. H., Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Şahin, N. H. (2010). *Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım* (4. Baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin kendini toparlama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35, 297-306. http://www.efdergi.hacettepe.edu.tr/makale_goster.php?id=562
- Toland, J., Carrigan, D. (2011). Educational psychology and resilience: New concept, new opportunities. *School Psychology International*, 32(1), 95-106. DOI: 10.1177/0143034310397284
- Tomasson, K., Kent, D., Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics of presentation. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 84(3), 288-329. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1950631>
- Torgersen, S. (1986). Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43(5), 502-505.
- Türküm, A. S. (1999). *İyimserlik ve Stresle Başa Çıkma*. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Uçman, P. (1990). Ülkemizde çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar. *Psikoloji Dergisi*, 7(24), 58-75.
- Uğuz, Ş. (1998). *Konversiyon Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikopatolojiler*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Uğuz, Ş., Toros, F. (2003). Konversiyon bozukluğunda sosyodemografik ve klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 51-58.

- Wagnild, G. M., Young H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7850498>
- Werner, E. E. (1989a). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*. 59(1), 72-81.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2467566>
- Werner, E. E. (1993c). Risk, resilience and recovery: perspectives from the kauai longitudinal study. *Development and Pscyhopathology*, 5(4), 503-515.
- Vuilleumier, P., Chicherio, C., Assal, F., Schwartz, S., Slosman, D., Landis, T. (2001). Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain*, 124(6), 1077-1090.
- Yenilmez, Y. (2011). Konversiyon bozukluğunda mizaç ve karakter özelliklerinin dürtüsellik ve öfke ifade biçimiyle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26.
- Yerlikaya, E. E. (2009). *Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları İle Algılanan Stres, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi, /Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Ekler

Ek A

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Konversiyon Bozukluğunda Psikolojik Dayanıklılığın ve Başa Çıkma Tarzlarının Etkisi”
Başlıklı Tez Araştırması İçin

Katılımcı için Bilgiler:

Bu araştırmanın amacı; Konversiyon Bozukluğu tanısı almış kişilerde psikolojik dayanıklılığın rolü ve stresle başa çıkma tarzlarının etkisini belirleyerek, bu kişileri daha iyi anlayabilme ve uygulanan psikoterapi yöntemlerine katkıda bulunma imkanı sağlamaktır.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nda BAŞAK ALPAT tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

Tanık Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

Araştırmacı Adı Soyadı:

Tel:

Ek B

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ VE HASTALIĞA AİT VERİ FORMU

Adı – Soyadı:

Tarih:

Cinsiyet:

Yaş:

1) Çocukluğunun geçtiği yer:

1. Büyükşehir
2. Şehir

3. Kasaba/Köy
4. Diğer

2) Halen yaşadığı yer:

1. Büyükşehir
2. Şehir

3. Kasaba/Köy
4. Diğer

3) Öğrenim düzeyi (Okuduğu yıl) :

4) Medeni hali:

1. Bekar
2. Evli
3. Dul/Boşanmış

5) Kiminle yaşadığı:

1. Yalnız
2. Anne ve/veya baba
birlikte
3. Eş ve/veya çocuklar

4. Eş, çocuklar, aile ile
5. Diğer

6) Çalışma durumu:

1. Çalışmıyor
2. Düzenli çalışıyor

3. Ara sıra çalışıyor

7) Hastalığın başlama yaşı:

8) Semptom tipi:
Belirtiler

1. Motor belirtiler
2. Duyusal belirtiler
3. Kompleks

9) Tedaviye ait özellikler:
tedavi

1. Tedavi almıyor
2. Düzensiz tedavi
3. Düzenli

10) Tedaviye başlama yaşı:

11) Hastane yatışı var mı?

1. Yok
- 2.1. Var/Toplam yatış sayısı:
- 2.2. Var/Toplam yatış süresi:

- 12) İntihar girişimi: 1. Yok
2.1. Var/Kaç defa?
2.2. Var/Yöntemi:
- 13) Madde kullanımı: 1. Yok 2. Geçmişte var 3. Halen var
- 14) Ev içinde madde kullanım bozukluğu: 1. Yok 2. Var/Belirtiniz...
- 15) Ailede psikiyatrik hastalık: 1. Yok 2. Var/Belirtiniz...
- 16) Aile içi duygusal şiddet: 1. Yok 2. Var
- 17) Aile içi fiziksel şiddet: 1. Yok 2. Var
- 18) Aile içi cinsel şiddet: 1. Yok 2. Var
- 19) Hastalık öncesi stresör faktör: 1. Yok 2. Var/Belirtiniz...
- 20) Hastalık sonrasında çevrenizdekilerin size karşı yaklaşımları değişti mi?
1. Evet 2. Hayır

Ek C
YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda doldurulmalı gruplar halinde cümleler verilmektedir ve yanlarında 5 kutucuk bulunmaktadır. Bu cümlelerden kendinizi hangi boyuta yakın görüyorsanız, yakınlık derecesine göre cevapların yanındaki kutulara yalnızca “X” işareti koyunuz.

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...		
Her zaman bir çözüm bulurum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...		
Başarılması zordur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...		
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ... olmaktan hoşlanıyorum		
Diğer kişilerle birlikte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...		
Benimkinden farklıdır	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...		
Hiç kimseyle tartışmam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...		
Çözmem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...		
Nasıl başaracağımı bilirim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...		
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak		
Önemli değildir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim		
Çok mutlu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Çok mutsuz
12. Beni ...		
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...		
Olduğuna çok inanırım	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum		
Ümit verici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...		
Zamanımı planlama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zamanımı harcama

16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	Çok fazla güvenmem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	Belirsizdir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her şeyi umutsuzca gören bir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana yardım edebilecek kimse yoktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Başa çıkmaya çalışırım	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yeteneklerimi beğenmezler

Ek D
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Bir sıkıntım olduğunda...	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()

18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

Özgeçmiş

Başak Alpat, İstanbul Bilim Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nden 2014 yılında mezun oldu. Lisans eğitimi boyunca projelerde ve akademik çalışmalarda gönüllü olarak yer aldı. Stajlarını; Psikeart Dergisi, Yıldız Erten Anaokulu, Darülaceze Müessesesi, Çapa Tıp Fakültesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleştirdi. 2014-2015 yılları arasında Boğaziçi Üniversitesi Psikobiyoloji Laboratuvar'ında Emeritus Reşit Canbeyli'nin araştırma asistanlığını yaptı. 2015 yılında Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimine başladı. Yüksek lisans eğitimi süresince Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde uzmanlık stajlarını tamamladı ve yüksek lisansının son senesinde süpervizyon eşliğinde danışan görmeye başladı.