

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

OTOMATİK DÜŞÜNCELER, BELİRSİZLİĞE
TAHAMMÜLSÜZLÜK VE BİLİŞSEL ESNEKLİĞİN
PSİKOLOJİK SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Asuman KURT

İstanbul
Haziran-2022

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

OTOMATİK DÜŞÜNCELER, BELİRSİZLİĞE
TAHAMMÜLSÜZLÜK VE BİLİŞSEL ESNEKLİĞİN
PSİKOLOJİK SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Asuman KURT

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yıldız BİLGE

İstanbul
Haziran-2022

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Yıldız BİLGE

(İmza)

Üye : Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

(İmza)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE

(İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Metin TOPRAK

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Otomatik Düşünceler, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Esnekliğin Psikolojik Semptomlarla İlişkisi**” adlı çalışmanın sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, proje içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Asuman KURT

ÖN SÖZ

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında şüphesiz birçok kişinin emeği var. Akademik disipliniyle, şefkati ve öğreticiliğiyle bana destek olan danışman hocam Yıldız Bilge'ye; ısrarla, sebatla desteğini esirgemeyen ve güvenini arkamda hissettiğim kıymetli hocam Yusuf Bilge'ye; samimi destek ve yardımlarından ötürü Ebru Tekçe, Hannenur Özçelik, Tuğba Akbalık, Faik Taşçı ve İsa Çakır'a,

Akademik çalışmalara olan ilgimin artmasına vesile olan ve birçok konuda çok şey öğrendiğim değerli Hocam Taha Burak Toprak'a,

Ve neşeli, sevecen, sıcakkanlı desteğiyle kardeşime; tezimi attettiğim, hayatımda attığım her adımımı sevgiyle destekleyen Babam başta olmak üzere aileme teşekkür ederim.

Asuman Kurt
İstanbul/2022

ÖZET
OTOMATİK DÜŞÜNCELER, BELİRSİZLİĞE
TAHAMMÜLSÜZLÜK VE BİLİŞSEL ESNEKLİĞİN
PSİKOLOJİK SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİ

Asuman KURT

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yıldız BİLGE

Haziran, 2022 - 119 + XIII Sayfa

Bu çalışmada otomatik düşünceler, belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel esneklik ve psikolojik semptomların ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini 18-45 yaş aralığında 273'ü (%67,9) kadın 129'u (%32,1) erkek olmak üzere 402 katılımcıdan oluşmaktadır. Demografik Bilgi Formu, Otomatik Düşünceler Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri kullanılarak veriler toplanmış ve SPSS 26.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle istatistiksel analizler parametrik testlerle gerçekleştirilerek Pearson Korelasyon Analizi, Bağımsız Gruplar T Testi, Tek Yönlü Varyans (ANOVA) ve “stepwise” yöntemiyle Çoklu Regresyon analizleri yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre KSE-Somatizasyon, KSE-Depresyon, KSE-Paranoid Düşünce ve KSE-Psikotizm ile BEE-Kontrol ve BEE-Toplam, BTÖ-Toplam ve alt boyutları, ODÖ-Toplam ve alt boyutları arasında; KSE-Obsesif Kompulsif, KSE-Kişiler Arası Duyarlılık, KSE-Anksiyete, KSE-Hostilite ve KSE-Fobik Anksiyete ile BEE-Toplam ve alt boyutları, BTÖ-Toplam ve alt boyutları, ODÖ-Toplam ve alt boyutları arasında ilişkiler bulunmuştur. KSE-Somatizasyonun ODÖ-Yalnızlık, ODÖ-Şaşkınlık ve BEE-Kontrol tarafından; KSE-Obsesif Kompulsifin ODÖ-Yalnızlık, BEE-Kontrol, BTÖ-Engelleyici Kaygı ve ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk tarafından; KSE- Kişilerarası Duyarlılığın ODÖ-Yalnızlık, BEE-Kontrol, BTÖ-Engelleyici Kaygı ve ODÖ-Olumsuz Benlik tarafından; KSE-Depresyonun ODÖ-Yalnızlık, ODÖ-Şaşkınlık, ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk, ODÖ-Ümitsizlik ve BEE-Kontrol tarafından; KSE-Anksiyetenin ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, BEE-Kontrol, ODÖ-Yalnızlık ve BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı tarafından; KSE-Hostilitenin ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı, BEE-Alternatif,

ODÖ-Yalnızlık ve BTÖ-Engelleyici Kaygı tarafından; KSE- Fobik Anksiyetenin ODÖ-Yalnızlık, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı ve ODÖ-Ümitsizlik tarafından; KSE- Paranoid Düşüncenin ODÖ-Yalnızlık, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ve ODÖ-Olumsuz Benlik tarafından ve KSE- Psikotizmin ODÖ-Yalnızlık, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ve ODÖ-Olumsuz Benlik tarafından yordandığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak otomatik düşünceler, belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel esnekliğin psikolojik belirtilerle ilişkili olduğu ve bu değişkenlerin psikolojik belirtileri açıklamada rollerinin olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik Semptomlar, Otomatik Düşünceler, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Bilişsel Esneklik

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF AUTOMATIC THOUGHTS, INTOLERANCE TO UNCERTAINTY AND COGNITIVE FLEXIBILITY WITH PSYCHOLOGY SYMPTOMS

Asuman KURT

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Yıldız BİLGE

June, 2022 - 119 + XIII Pages

In this study, it was aimed to examine the relationship between automatic thoughts, intolerance of uncertainty, cognitive flexibility and psychological symptoms. The sample of the study consists of 402 participants, 273 (67.9%) women and 129 (32.1%) men, between the ages of 18-45. Data were collected using the Demographic Information Form, Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ), Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12), Cognitive Flexibility Inventory (CFI), and Brief Symptom Inventory (BSI) and analyzed with the SPSS 26.0 program. Due to the normal distribution of the data, statistical analyzes are performed with parametric tests, and Pearson Correlation Analysis, Independent Samples T-Test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA) and “stepwise” Multiple Regression analyzes were performed. According to the results of the analysis, a relationship was found between BSI-Somatization, BSI-Depression, BSI-Paranoid Ideation and BSI-Psychoticism and CFI-Control and CFI-Total, IUS-12-Total and its sub-dimensions, ATQ-Total and its sub-dimensions; between BSI-Obsessive Compulsive, BSI-Interpersonal Sensitivity, BSI-Anxiety, BSI-Hostility and BSI-Phobic Anxiety and CFI-Total and its sub-dimensions, IUS-12-Total and its sub-dimensions, ATQ-Total and its sub-dimensions. It was determined that BSI-Somatization was predicted by ATQ-Loneliness/Isolation, ATQ-Confusion/Escape Fantasies, and CFI-Control; BSI-Obsessive Compulsive was predicted by ATQ-Loneliness/Isolation, CFI-Control, IUS-12-Inhibitory IU, and ATQ-Personal Maladjustment and Desire for Change; BSI- Interpersonal Sensitivity was predicted by ATQ-Loneliness/Isolation, CFI-Control, IUS-12-Inhibitory IU, and ATQ-Negative Self-Concept; BSI-Depression was predicted by ATQ-Loneliness/Isolation, ATQ-Confusion/Escape Fantasies, ATQ-Personal

Maladjustment and Desire for Change, ATQ-Giving up and Helplessness, and CFI-Control; BSI-Anxiety was predicted by ATQ-Confusion/Escape Fantasies, CFI-Control, ATQ-Loneliness/Isolation and IUS-12-Prospective IU; BSI-Hostility was predicted by ATQ-Confusion/Escape Fantasies, IUS-12- Prospective IU, CFI-Alternative, ATQ-Loneliness/Isolation and IUS-12-Inhibitory IU; BSI-Phobic Anxiety was predicted by ATQ-Loneliness/Isolation, IUS-12-Prospective IU, and ATQ-Giving up and Helplessness; BSI- Paranoid Ideation was predicted by ATQ-Loneliness/Isolation, IUS-12-Prospective IU, ATQ-Confusion/Escape Fantasies, and ATQ-Negative Self-Concept, and BSI- Psychoticism was predicted by ATQ-Loneliness/Isolation, IUS-12-Prospective IU, ATQ-Confusion/Escape Fantasies, and ATQ- Negative Self-Concept. As a result, it has been determined that automatic thoughts, intolerance of uncertainty, cognitive flexibility are associated with psychological symptoms and these variables have a role in explaining psychological symptoms.

Keywords: Psychological Symptoms, Automatic Thoughts, Intolerance of Uncertainty, Cognitive Flexibility

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xiii
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem	2
1.2. Amaç	3
1.3. Araştırmanın Önemi.....	4
İKİNCİ BÖLÜM	5
OTOMATİK DÜŞÜNCELER, BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, BİLİŞSEL ESNEKLİK VE PSİKOLOJİK BELİRTİLER	5
2.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım ve Otomatik Düşünceler	5
2.1.1. Bilişsel Davranışçı Terapinin Tarihçesi.....	5
2.1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Sürecinde Otomatik Düşünceler	7
2.1.3. Bilişsel Davranışçı Terapide Psikopatoloji Oluşumu ve Tedavisi.....	9
2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük.....	14
2.2.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Tanımı.....	14
2.2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Yol Açtığı Sorunlar	16
2.2.3. Muğlaklık ve Belirsizlik	18
2.2.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Kısa İşleyişi	19
2.2.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Tedavi	20
2.3. Bilişsel Esneklik.....	21
2.3.1. Bilişsel Esneklik Tanımı ve İşleyişi.....	21
2.4. Psikolojik Semptomlar	26
2.4.1. Somatizasyon	26
2.4.2. Obsesif Kompulsif	29
2.4.3. Kişilerarası Duyarlılık.....	30
2.4.4. Depresyon	31
2.4.5. Anksiyete	33
2.4.6. Hostilite (Düşmanlık)	36

2.4.7. Fobik Anksiyete.....	37
2.4.8. Paranoid Düşünce	37
2.4.9. Psicotizm	39
2.5. İlgili Araştırmalar.....	40
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	44
YÖNTEM.....	44
3.1 Örneklem.....	44
3.2 Veri Toplama Araçları	44
3.2.1 Bilgilendirilmiş Onam ve Demografik Bilgi Formu	45
3.2.2 Kısa Semptom Envanteri (KSE)	45
3.2.3 Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)	46
3.2.4 Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE).....	46
3.2.5 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12).....	47
3.3 Uygulama	47
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	48
ARAŞTIRMA BULGULARI.....	48
4.1. Sosyodemografik Bulgular.....	48
Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bulgular	48
4.2. Betimsel Bulgular	49
Tablo 4.2. KSE, BEE, BTÖ-12 ve ODÖ Alt Ölçeklerinin Araştırmadaki Güvenirlik Katsayıları, Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları.....	50
4.3. Değişkenlerin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	51
4.3.1. Cinsiyet Değişkeni İçin Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları	51
Tablo 4.3. Cinsiyete Göre BE, BT, OD ve KSE alt ölçekleri puanlarının karşılaştırılması.....	51
4.3.2. Medeni Duruma Göre BE, BT, OD ve KSE Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.4: Medeni Duruma Göre BE, BT, OD ve KSE alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	56
4.3.3. Eğitim Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi.....	57
Tablo 4.5: Eğitim Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi	58
4.3.4. Gelir Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi.....	59
Tablo 4.6: Gelir Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi	62
4.4. Değişkenlerin Pearson Korelasyon Analizine Yönelik Bulgular.....	63
Tablo 4.7: Değişkenlerin Pearson Korelasyon Analizine Yönelik Bulgular	67

4.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Otomatik Düşünceler ve Bilişsel Esnekliğin birlikte KSE alt ölçeklerini Yordama Gücüne Göre Regresyon Analizi	68
Tablo 4.8: KSE-Somatizasyonun Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	68
Tablo 4.9: KSE-Obsesif Kompulsifin Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	69
Tablo 4.10: KSE-Kişilerarası Duyarlılık Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	69
Tablo 4.11: KSE-Depresyon Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	70
Tablo 4.12: KSE-Anksiyete Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	70
Tablo 4.13: KSE-Hostilite Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	71
Tablo 4.14: KSE-Fobik Anksiyete Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	71
Tablo 4.15: KSE-Paranoid Düşünce Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	72
Tablo 4.16: KSE- Psicotizm Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	72
BEŞİNCİ BÖLÜM	74
TARTIŞMA	74
5.2. Bilişsel Esneklik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Otomatik Düşünceler ve Psikolojik Semptomlar Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi	77
5.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Otomatik Düşünceler ve Bilişsel Esnekliğin birlikte Psikolojik Semptomları Yordayıcı Etkilerinin Değerlendirilmesi	80
ALTINCI BÖLÜM	84
SONUÇ.....	84
KAYNAKÇA	86
EKLER.....	110
ÖZGEÇMİŞ.....	119

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bulgular	49
Tablo 4.2. KSE, BEE, BTÖ-12 ve ODÖ Alt Ölçeklerinin Araştırmadaki Güvenirlik Katsayıları, Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları	51
Tablo 4.3. Cinsiyete Göre BE, BT, OD ve KSE alt ölçekleri puanlarının karşılaştırılması	52
Tablo 4.4 Medeni Duruma Göre BE, BT, OD ve KSE alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	58
Tablo 4.5. Eğitim Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi	60
Tablo 4.6. Gelir Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi	64
Tablo 4.7. Değişkenlerin Pearson Korelasyon Analizine Yönelik Bulgular	69
Tablo 4.8. KSE-Somatizasyonun Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	71
Tablo 4.9. KSE-Obsesif Kompulsifin Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	71
Tablo 4.10. KSE-Kişilerarası Duyarlılık Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	72
Tablo 4.11. KSE-Depresyon Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	73
Tablo 4.12. KSE-Anksiyete Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	73
Tablo 4.13. KSE-Hostilite Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	74
Tablo 4.14. KSE-Fobik Anksiyete Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	74

Tablo 4.15. KSE-Paranoid Düşünce Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi
Bulguları75

Tablo 4.16. KSE- Psikotizm Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları
.....75



KISALTMALAR

BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri

BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği

KSE: Kısa Semptom Envanteri

Akt : Aktaran

Çev : Çeviren

Ed : Editör

s : Sayfa

vd : Ve Diğerleri

SPSS : (Statistic Packets For Social Sciences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi

N: Örneklem

Ss: Standart Sapma

Ort.: Ortalama

α : Cronbach Alfa Değeri

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Dünyamızda ve ülkemizde insanların ruhsal sağlığına dair sıkıntılar artmaktadır. Artık günümüzde ruh sağlığı da normal sağlığın ayrılmaz bir bileşeni olarak kabul edilmekte ve ruhsal sağlığa verilen önem artmaktadır. Bu durum beraberinde yapılan araştırmaların da sayısında artış meydana getirmektedir.

Yapılan çalışmalara dair literatüre bakıldığında ruhsal bozukluklara neden olabilecek psikolojik belirtilerin ilişkili olabileceği pek çok faktöre rastlanmaktadır. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyetedeki dürtüselliğin şiddetinde bilişsel esnekliğin aracı ve düzenleyici rolü olduğu görülmüştür (Yu ve vd., 2020). Bir diğer çalışmada ise bilişsel esnekliğin, panik bozukluğu olan kişilerdeki belirsizliğe tahammülsüzlük ile panik belirtileri üzerinde düzenleyici etkisi olduğu bulunmuştur (Lieberman vd., 2016). Başka bir çalışmada bilişsel esneklik ve bilişsel kontrolün duygu düzenleme üzerinde etkisinin olduğu ve duyguları düzenleyebilme anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (Gabrys vd., 2018). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir diğer çalışmada duygusal zeka ve bilişsel esnekliğin anksiyete bozuklukları ve depresyon ile arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (Gündüz, 2013). Başka bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyete bozuklukları ve depresyon semptomları üzerinde düzenleyici rolünün olduğu saptanmıştır (Mcevoy vd., 2012). Yapılan bir diğer araştırmada ise üniversite öğrencilerinin karar verme mekanizması ve belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel esneklik ve mutluluk arasındaki ilişki nicelenmiş ve bilişsel esneklik ile mutluluk arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir (Yıldız vd., 2019). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir diğer araştırmada bilişsel esneklikle belirsizliğe tahammülsüzlük ve algılanan stres arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Yapılan bir diğer araştırmada belirsizliğe tahammülsüzlük, otomatik düşünceler ve stresle başa çıkma arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Ayrıca, stresle başa çıkma ve otomatik düşüncelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü yordadığı görülmüştür (Parmaksız, 2021). Üniversite öğrencileriyle yapılan diğer bir çalışmada sosyal anksiyete, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluğun strese karşı dayanıklılıkları incelenmiş ve bu

bozukluklarla anksiyeteye karşı duyarlılık, belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete belirtilerinin şiddeti arasında ilişki saptanmıştır. Strese dayanıklılık ile anksiyete hassasiyeti ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasında negatif ilişki görülmüştür. Strese dayanıklılık ile yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk arasında ilişki görülürken, strese dayanıklılığın agorafobili panik bozukluk ve agorafobisiz panik bozukluk ile ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Laposa vd., 2015). Genç yetişkinlerle yapılan bir araştırmada ise kendilik algısı, kişinin kendisine karşı olan olumsuz duygu ve düşünceleri, ilişkilere yönelik algıları ve bağlanma tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir. Güvenli bağlanmanın kişinin kendisine yönelik olan olumsuz duygu ve düşünceleri yordadığı; cinsiyet, yaş ve kişinin kendine yönelik olumsuz düşünceleri ise psikopatolojik belirtilerini belirlediği görülmüştür (Şahin vd., 2010). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir diğer çalışmada irrasyonel inançlar, obsesyonla bağlantı ve anksiyetenin bilişsel esnekliği yordadığı görülmüştür (Gündüz, 2013). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışmada psikolojik semptomlar, otomatik düşünceler ve kendine duyulan saygı arasındaki ilişki incelenmiş, psikolojik semptomlar, kendine duyulan saygı, babayla olan ilişkinin algılanış biçimi ve gelir seviyesinin otomatik düşünceleri yordadadığı gösterilmiştir. Ayrıca, otomatik düşünceler, kendine duyulan saygı, yaş ve babayla olan ilişkinin algılanış biçiminin psikolojik semptomları öngördüğü tespit edilmiştir (Hiçdurmaz vd., 2017).

Mevcut çalışmalara bakıldığında psikolojik semptomların bilişsel esneklik otomatik düşünce ve belirsizliğe tahammülsüzlükle ilişkisi göze çarpmaktadır. Ruhsal bozuklukların gidişatına ilişkin veriler dikkate alınınca psikolojik belirtilerin oluşumunda rol oynayabilecek faktörlerin incelenmesine ilişkin araştırmalar önem kazanmaktadır. Mevcut araştırmanın da bu bağlamda katkı sunabileceği düşünülmektedir.

1.1.Problem

Ruhsal bozuklukların artışıyla birlikte bu alan dair dikkat ve önemde de bir artış görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü bu durumun kişinin aile, iş ve toplumsal hayat başta olmak üzere yaşamının birçok alanında zorluklar oluşturduğunu söylemekte (WHO,2020) ve ruhsal rahatsızlıkların tüm dünyadaki oranını %12.3 olarak belirtmektedir (Brundtland, 2020). Türkiye de ise 18 yaş üstü için bu oranın %17.2

olduğu belirtilmektedir (Saruç vd., 2015). Ruhsal bozukluklara ilişkin dikkat çeken bu artışlar aynı zamanda ülkelerin ekonomik gelirlerini de zor durumda bırakmaktadır (Tamam vd., 2012; Greden, 2001). Tüm bunlar psikolojik belirtileri anlama ve önleme adına fikir sunabilecek çalışmaların önemini göz önüne sunmaktadır.

1.2.Amaç

Yapılan araştırmaların artmasıyla kişilerden toplanan verilerden elde edilen bilgilere göre psikolojik semptomlar gün geçtikçe artmaktadır. Psikoloji bilimi psikolojik semptomların çözümlerine cevap aramakla birlikte bu semptomların oluşumunu önleme adına da çalışmalarda bulunmaktadır. Bu durum özellikle son 25 yılda psikolojik semptom oluşumunu önlemenin ve koruyucu hizmetlerin oluşumunun önünü daha da açmıştır (Gültekin, 2010). Bu sebeple psikolojik semptomlarda etkili olduğu düşünölen bazı değişkenlerin ele alındığı bu çalışmada; otomatik düşünceler, belirsizliğe tahammölsüzlük, bilişsel esneklik ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkilere bakılarak psikolojik semptomların oluşumu ve sürmesi noktasında fikirlerin oluşması ve bu fikirlerin daha sonraki çalışmalara ışık tutması amaçlanmaktadır.

Mevcut çalışmada řu sorularla ilgili cevaplar elde edilmeye çalışılacaktır:

- Otomatik düşünceler, belirsizliğe tahammölsüzlük, bilişsel esneklik ve psikolojik belirtiler arasında ilişki var mıdır?
- Otomatik düşünceler, belirsizliğe tahammölsüzlük ve bilişsel esneklik psikolojik semptomlar üzerinde nasıl bir rol oynamaktadır sahiptir?

Tezin temel sorularına bağlı olarak alt sorular şunlardır:

- Otomatik düşünceler, belirsizliğe tahammölsüzlük, bilişsel esnekliğin ve psikolojik belirtilerin puanları cinsiyete, eğitim düzeyine, medeni duruma ve gelir düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?
- Psikolojik semptomlarla bilişsel esneklik arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki var mıdır?
- Psikolojik semptomlarla belirsizliğe tahammölsüzlük arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki var mıdır?
- Psikolojik semptomlarla otomatik düşünceler arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki var mıdır?

- Psikolojik semptomlar belirsizliğe tahammülsüzlük, otomatik düşünceler ve bilişsele esneklik tarafından ne düzeyde yordanmaktadır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Yapılan çalışmaların çoğunun örneklem grubu üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır (Yu vd., 2019; Gündüz, 2013; Yıldız vd., 2019; Laposa ve vd., 2015; Gündüz, 2013; Hiçdurmaz vd., 2017). Bu durum genellenebilirlik açısından sorun oluşturabilir. İnsanda, psikolojik belirti oluşumuna yol açan otomatik düşünceler, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel esneklik gibi önemli kavramların daha önce bir arada çalışılmamış olması ve 18-45 yaş grubu gibi önceki çalışmalardan farklı bir örneklem grubuna uygulanacak olması bu çalışmadaki özgün değer olarak söylenebilir. Bunların bir bütün olarak değerlendirilecek olmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

OTOMATİK DÜŞÜNCELER, BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, BİLİŞSEL ESNEKLİK VE PSİKOLOJİK BELİRTİLER

Çalışmanın bu kısmında otomatik düşüncelerin tanımlandığı ekolün oluşum aşamasından, otomatik düşüncelerin nereden, nasıl açığa çıktığından ve psikopatoloji oluşumundaki rolünden bahsedilmiştir. Sonraki başlıklarda ise belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel esneklik ve psikolojik belirtiler açıklanmıştır. Bununla birlikte her başlıkta ilgili literatürdeki bazı çalışmalara yer verilmiştir.

2.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım ve Otomatik Düşünceler

2.1.1. Bilişsel Davranışçı Terapinin Tarihçesi

Bilişsel kuramın oluşumunda önemli birçok kuramcı vardır. Tollman, Kelly, Rotter, Bandura ve Seligman bilişsel kuramın fikri zemininin oluşumundaki önemli isimlerdendir (Türkçapar ve Sargın, 2012: 11). George Kelly (1955) “Kişisel Yapılar Kuramı”nda insanın, yaşamının erken yıllarından itibaren görerek, duyarak, gözlemleyerek edindiğini, yaş ve deneyimle birlikte şekillenen ve çeşitlenen bazı öğrenilmiş kalıpları olduğunu söyler. Bu yapılar sayesinde yaşamda karşılaştığı şeylere anlamlar atfeder (Akt. İnanç ve Yerlikaya, 2012: 227). Bu kuramcılardan bir diğeri ise, Julian Rotter'ın insanların ilişkiler yoluyla öğrenme deneyimleri edindikleri ve aynı durumla karşılaşan iki kişinin o durumlara farklı tepki vermesine beklentilerin sebep olduğunu söylediği sosyal öğrenme kuramıdır (Rotter, 1982:254). Bu anlayışa paralel bir kuramcı sosyal öğrenme ve öz etkinlik kuramıyla bilinen Albert Bandura'dır (Türkçapar ve Sargın, 2012: 11). Sosyal öğrenme kuramı ile Bandura kişinin bir şeyleri öğrenme süreçlerinin sadece deneyimler yoluyla değil; aynı zamanda başkalarının başlarına gelen olayları gözlemleyerek de gerçekleştiğini ifade etmiştir. (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 209). Öz etkinlik kuramı ile de kişinin içsel süreçlerinin önemine dikkat çekmiştir. Öz etkinlik, kişinin dışsal süreçlerden bağımsız olarak içsel kapasitesine olan güveni, inancıdır (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 212). Bilişsel süreçlerin önemine vurgu yapan bir diğer kuramcı ise Martin Seligman'dır. Seligman, birçok kez karşılaştığı durum karşısında kişinin bir süre sonra o duruma

alışmaya başladığını ve onun içinden çıkmak için çaba göstermediğini ifade eder. Buna ise öğrenilmiş çaresizlik adını vermiştir (Seligman ve Maier, 1967: 8). Buraya kadar atılan temeller 1950 ve 1960'lardaki bilişsel devrimle yoğrulmuştur (Beck, 2005: 953). Tüm bunlar Ellis ve Beck tarafından sistemleştirilerek bir ekol haline getirilmiştir. 1955'lerde psikodinamik yaklaşımı benimseyen bir kuramcı olan Albert Ellis hastaların içgörü kazanmasına rağmen iyileşme sergilemediklerini gözlemleyerek (Türkçapar ve Sargın, 2012: 11) duygulanım süreçlerine etki eden şeyin dışsal olaylar değil içsel değerlendirmeler olduğunu ifade etmiş ve iradi süreçler olan yorumlama ve muhakeme etmenin de terapinin odak noktası olması gerektiğini ifade etmiştir (Ellis, 1994: 132). Bu şekilde bilişsel terapinin ilk doğuşu gerçekleşmiştir. İkinci doğuşu ve asıl kuruluşu Beck tarafından olmuştur ve Beck, depresyon hastalarında fark ettiği şeyi şöyle anlatır:

“Giderek daha da netleşen bir biçimde, hastalar farkına varmadan, terapi dışında da aynen seanslarda olduğu gibi devamlı bir biçimde kendi kendileriyle iletişim içindeydiler. Bu ‘intercom’a ayarlandıklarında hastanın ana sorunlarıyla ilgili daha kesin bir tanımlama elde edebiliyorduk. Örneğin beni sıktığını düşünen kadın pratik olarak bütün kişilerarası ilişkilerinde aynı durumun gerçekleştiği düşüncesinin farkına vardı.

Bu zengin bilgi kaynağını ortaya çıkarmak için hastayı bildirilmeyen düşünce akışını gözlemlemeye eğitmek gereklidir. Benim ilk bulgum bildirilmemiş bu düşüncelerin duygusal bir durumun öncülü olduğu idi. Ben hastalarımı ‘Ne zaman olumsuz bir duygunuz ya da duyumunuz olursa bu duygudan önce ne tür düşünceleriniz olduğunu hatırlamaya çalışın,’ şeklinde yönlendirdim. Bu yönerge onların düşüncelerine ilişkin farkındalıklarını keskinleştirmelerine yardımcı oldu ve sonuçta duyguyu yaşamadan önceki düşüncelerini saptayabildiler. Bu düşünceler otomatik bir biçimde ve son derece hızlı ortaya çıktığı için bunları ‘otomatik düşünceler’ olarak adlandırdım.” (Akt. Türkçapar, 2018: 110).

Bu şekilde depresyonun formülasyonu ile Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) gelişmiştir. Beck’in depresyon hastaları özelinde keşfettiği fakat aynı zamanda psikopatolojileri anlamının temelinde kullandığı ve bilişsel üçlü olarak adlandırdığı şey; kişilerin çarpık bilgi işleme süreçlerinin kendi, diğeri ve dünyaya ait tezahürüdür (Beck, 2005: 954). Yaklaşık 50-55 yıl önce geliştirilen BDT psikopatolojinin içsel ve

dışsal uyarıcılara karşı sistematik bir şekilde kullandığı çarpık bilgi işleme süreci neticesinde oluşan yorumlamalardan kaynaklandığını (Beck, 2005: 953), temelde düşünmedeki sistematik hataların ve gerçekçi olmayan değerlendirmelerin olumsuz duygulara ve işlevsiz davranışlara yol açtığını söyler (Chronic Taylor, 2006:16). Ayrıca semptom giderme ve nüksü önleme çalışmalarının etkililiği ile bilinir ve ampirik olarak test edilebilir bir ekoldür. (Beck, 2005: 953). BDT, depresyon özelinde gelişen bir yaklaşım (Beck, 2005: 954) olsa da daha sonrasında diğer bozuklukların tedavisi için de kullanılmıştır.

2.1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Sürecinde Otomatik Düşünceler

BDT hedef odaklı, belirli bir zaman dilimi içinde sürdürülür, eğitici ve öğreticidir, işbirlikçi ve bilgi işleme sürecini esas alarak müdahalede bulunur ve deneyimlenen şeyin algılama şeklinin kişinin duygusal, davranışsal ve psikolojik yanıt şeklini oluşturduğunu söyler. (Wiley ve Son, 2010: 353). Beck, öncelikle depresyondaki bireylerin zihinlerine birden gelen negatif düşüncelerine karşı kişinin kendi, diğeri ve gelecek hakkındaki işleme süreçlerindeki yanlılıklara odaklandı. Oradan hareketle de anksiyeteli bireylerin tehlike, risk ve olumsuz şartlarda etkili bir şekilde başa çıkamadıkları korku dolu endişelerine odaklandı. Bu şekilde depresyon ve anksiyete bozuklukları ve çeşitleri başta olmak üzere yeme bozuklukları, beden dismorfik bozukluğu, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ciddi zihinsel bozukluklar gibi pek çok bozukluğun tedavisinde uygulandı ve ilaç kullanımında destekleyici rolde olduğu deneysel olarak sınıandı ve etkililiği gösterildi. Ayrıca, uykusuzluk, kısırlık, fibromiyalji, kronik ağrı, huzursuz bağırsak sendromu, erektil disfonksiyon, obezite, premenstrüel sendrom ve migren gibi medikal tedavi gerektiren durumlar için de etkililiği saptandı. Ek olarak bireysel, grup, çocuk, ergen, yetişkin, yaşlı, çift ve aile terapilerinde de etkililiği tespit edildi (Wiley ve Son, 2010: 353). Bu psikopatolojilere ve kişilere özgü çalışma biçimi BDT’de psikopatolojiye ve kişiye özgü yapılan formülasyonlar aracılığıyla farklılaşır (Beck, 1964: 552). Örneğin, panik bozukluğu olan bir kişi bedensel belirtilerini yanlış yorumlayarak o belirtileri yok etmeye dönük davranışsal stratejiler belirler. Bu durumda genellikle kalp çarpıntısını kalp krizi geçirdiğine dair yanlış yorumlamada bulunurken kalp çarpıntısını azaltmaya dönük davranışlarda bulur ve/veya güvenli olabileceğine inandığı yerlerde olmayı tercih eder (Wiley ve Son, 2010: 353). Bu tedavi sürecinde

önce hastanın yüzeydeki düşüncelerine (otomatik düşünceler) odaklanılır; bunlar çalışılır (Wiley ve Son, 2010: 354). BDT hem danışanların bilgi işleme süreçlerine dair çalışılmasını hem de onları duyguların eziciliğinden kurtarmak için çeşitli davranışsal stratejilerin terapi sürecine eklenmesi görüşünü öne sürer (Rice, 2015: 194). Sonrasında ise daha derindeki düşünce (varsayımlar ve temel inançlar) işlevsiz davranış örüntüleri çalışılır. Fakat danışanların mevcut duygusal ve davranışsal örüntülerinin neye bağlı olduğuna dair oluşturulan formülasyon danışanların otomatik düşüncelerindeki yüzeysel anlama bakılarak yapılmaz. Bu formülasyonu oluşturmak için kişinin kendi, diğeri ve dünyayı nasıl algıladığı ve deneyimleriyle başa çıkarken kullandığı davranışsal örüntülerin neler olduğu araştırılır. Bu tanımlama semptomatik danışanlardan ziyade kişilik bozuklukları için oldukça önemlidir çünkü kişilik bozukluklarındaki kendine, diğeri ve dünyaya dair inançlar çocukluk çağlarında yerleşmiştir ve halihazırda oldukça katı, güçlü ve geneldir. (Wiley ve Son, 2010: 354). BDT kişinin halihazırda yaşadığı güncel problemlere odaklansa da yaşanan problemlere ilişkin oluşan zeminin yaşamın erken yıllarından kaynaklandığını söyler (Rice, 2015: 195) Seansta hastaya özgü kavramsallaştırma yapıldıktan sonra terapist hastaya durumuna özgü genel bilişsel formülasyonu sunar ve bilişsel yeniden yapılandırmanın gerçekleşmesi için ilgili bilgi işleme sürecine özgü hastayla birlikte veri toplanır. Tedavi süreci danışanın beklentilerine, yaşına, cinsiyetine, kültürüne, mesleğine, sosyal durumuna, psikiyatrik geçmişine ve medikal durumuna göre oluşturulur. Terapistin temelde yapmaya çalıştığı şey danışana düşünme şeklinin duygularını ve davranışlarını etkilediğini göstermektir. Tedavinin amacı günlük yaşamda küçük düşünce ve davranış değişikliklerinde bulunarak yaşamının genel çerçevesinde değişiklikler meydana gelmesini sağlaması ve aynı zamanda kendi kendinin terapisti konumunu elde etmesine yardımcı olmasıdır (Wiley ve Son, 2010: 354). Tüm bunların belirli bir zaman diliminde gerçekleşmesi için BDT bilişsel terapi protokolüne uygun bir seans yapılandırması sunar. Bu yapılandırma şu şekildedir (Türkçapar, 2018: 245):

1. Duygudurum kontrolü
2. Önceki seansla irtibatın kurulması
3. Önceki seansta verilen uygulama egzersizi kontrolü
4. Gündemin belirlenmesi
5. Belirlenen gündemin ele alınması

6. Yeni uygulama egzersizlerinin/ödevin verilmesi
7. O seansta çalışılanların genel özeti
8. Geribildirim alma

Duygu durum kontrolü danışanın görüşülmeyen zaman dilimi boyunca yaşadığı önemli bir olayın tespiti ve gidişatın gözden geçirilmesi için yapılır (Türkçapar, 2018: 246). Önceki seansla bağlantı kuruluyor olması terapinin öğrenme süreci olarak görülmesiyle ilgilidir. Terapist, seansta öğrettiklerini danışanın ne kadar alabildiğine ve bu süreçte eş zamanlı gidip gitmediklerine bakar (Türkçapar, 2018: 247). Terapist önceki seansta verilen uygulama egzersizini kontrol eder. Kontrol edilmediği zaman danışanın o egzersizi uygulamasında aksaklıklar yaşanmasını engellemiş olur. Aynı zamanda danışanın uygulamayı yaparken zorlandığı bir noktanın olup olmadığı da kontrol edilmiş olur (Türkçapar, 2018: 247). Sonrasında kısıtlı zaman diliminde danışana sağlayabileceği en üst faydayı sağlamak adına terapist, danışan için en uygun olan bir veya birkaç konuyu belirleyerek seansta çalışır ve danışanın alabileceği faydayı yarım bırakmamak veya kesmemek adına o konuların dışına çıkılmaz (Türkçapar, 2018: 250). Çalışılan gündem doğrultusunda danışanın o seanstan öğrendiklerinin pekiştirilmesi için danışana uygulama egzersizi verilir (Türkçapar, 2018: 267). Daha sonra danışandan o seanstan öğrendiklerini özetlemesi istenir. Eksik kaldığı kısımları terapist tamamlar ve bu da öğrenme sürecinin bir parçasıdır (Türkçapar, 2018: 268). Son olarak da danışana seansta onu rahatsız eden bir şeyin olup olmadığı sorulur. Bu son madde ise danışanın terapötik sürece daha rahat uyum sağlamasını ve terapistle olan ilişkisini canlı tutmasını sağlar (Türkçapar, 2018: 268).

Ellis ve Beck' ten sonra klasik BDT çatısı altında büyüyen çok fazla terapi ekolü ortaya çıkmıştır. Bunlara, Max Maultsby'in akılcı duygusal terapisi; Donald Meichenbaum'un stres aşılama terapisi; Marsha Linehan'ın diyalektik davranış terapisi ve Steven Hayes'in ise son zamanlarda oldukça sık kullanılan kabul kararlılık terapisi örnek olarak gösterilebilir. (Rice, 2015: 194)

2.1.3. Bilişsel Davranışçı Terapide Psikopatoloji Oluşumu ve Tedavisi

Biliş, bilincin akışını meydana getiren sözel ve görsel bileşenlerden meydana gelir (Türkçapar, 2018: 109). BDT bilişin üç düzeyini tanımlar: bilinçlilik hali, otomatik düşünceler ve şemalar. Bilinçlilik, olan bitenin ve yargılarımızın en iyi şekilde

farkında olduğumuz biliş seviyesidir (Rice, 2015:195; Edwards, 2014:10). İnsan zihninden birçok düşünce geçer. Bunların bir kısmı yönlendirilmiştir ve bilinçli düşünmeye eşlik eder. Aksine otomatik düşünceler ise zihne gelen yönlendirilmemiş düşünce ve imgelerdir (Türkçapar, 2018: 109). Her gün zihinden hızlıca akar; dikkatlice gözlemediğimiz, farkında olmadığımız, seçemediğimiz ve genellikle mantıklı olmayan düşüncelerdir (Rice, 2015: 195). Kısıtlı kaynak kullanımında ve kişisel tehdit ve kayıp gibi olaylarda hızlıca tetiklenir (Beck ve Haigh, 2014: 4). Günlük kullanım diline benzemek zorunda değildir; dil kullanım kuralları veya belli formda olmak zorunda değildir (Türkçapar, 2018: 109). Uyarana karşı daha yakın ve yüzeysel bir içeriği vardır. Fakat oluşumları daha derindeki şemalarla ilgilidir. Bu yüzden oluşumları şemaların yan ürünü olarak düşünülür. (Dozois ve Beck, 2008: 123). Kişi öncelikle otomatik düşünceden kaynaklanan ve hızla oluşan duygularının farkına varır ve onların farkına varır varmaz gözlemlerse onlara direkt erişebilir (Türkçapar, 2018: 109). Otomatik düşünce her insanın zihninden geçer ve her zaman mantıksız olmak zorunda değildir (Rice, 2015: 195). Bu bilgi işleme süreci sadece otomatik değil aynı zamanda reflektif (analitik) bilgi işleme sürecini de kapsar. Reflektif sistem uyarılara karşı daha yavaş işler, kaynakları daha çeşitlidir; daha ayrıntılı, daha gerçek ve daha kontrollüdür. Daha az aşırılık ve mutlaklık içerir. Bu iki sistem şemalar tarafından şekillenir (Beck ve Haigh, 2014: 4). Fakat klinik bir vakada bu otomatik bilgi işleme süreci daha fazla ve olumsuzdur (Lefebvre, 1981: 524). Örneğin, yaygın kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi patolojik durumlarda genellikle mantık dışıdır. Bu otomatik bilişsel işleme tipleri yaklaşık on bir tanedir.

1. Ya hep ya hiç düşünme: Kişilerin değerlendirme biçimlerinin siyah ya da beyaz şeklinde hep bir mutlaklık barındırmasıdır (Türkçapar, 2018:118). Örneğin, “Eğer önemli bir görevi yapmam gerektiği gibi yapamazsam bu benim tamamen başarısız ve sevilmez olduğum anlamına gelir.” (Dryden vd., 2010: 235).
2. Sonuca atlama/Keyfi çıkarsama: Yeterli destekleyici kanıtlar olmaksızın ve hatta bazen aksi kanıtlar olmasına rağmen kişinin mevcut durumla ilgili alakasız bir sonuca varmasıdır (Türkçapar, 2018: 117). Örneğin, “Arkadaşlarım beni çok başarısız gördükleri için sonsuza kadar sevilmeceğim.” (Dryden vd., 2010: 235).

3. Seçici soyutlama: Kişinin olayları bir bütün olarak değerlendirmek yerine olumsuz küçük bir olayı diğer olumlu olayları yok varsayarak hareket etmesidir. Örneğin, başarılı olduğu birçok alan varken aldığı küçük olumsuz bir yorumu büyütme (Türkçapar, 2018: 117).
4. Aşırı genelleme: Hayatta var olan genel olguların yerine olağan bir ya da birkaç olguyu tüm yaşama genelleme ve öyleymiş gibi varsaymadır. Örneğin, ev işlerinin birinde hata yapan birinin hiçbir ev işini yapamayacağını düşünerek üzülməsi (Türkçapar, 2018: 118).
5. Kişiselleştirme: Kişinin bir ortamda olup biten bir olayın sanki kendisiyle ilgili bir nedenden olduğunu düşünmesidir (Türkçapar, 2018: 119). Örneğin, bir kişinin arkadaşları herhangi bir şeye gülerken kendilerine güldüklerini düşünmesi (Dryden vd., 2010: 235).
6. Felaketleştirme: Olması diğer olaylar kadar muhtemel olan veya daha az ihtimal içeren bir olayın olabirliğini çok büyük görerek ona odaklanmak (Türkçapar, 2018: 119). Örneğin, panik atak esnasında kalp çarpıntısı olan birinin kalp krizi geçirdiğini düşünmesi.
7. Büyütme ve Küçültme: Olumluyu yok sayma olarak da bilinir. Olayları nesnel gerçekliğiyle değerlendirmek yerine öznel olarak atfedilen ağırlıklarla değerlendirmedir. Örneğin, birçok ev işini iyi yapan birisinin yapamadığı ev işine odaklanarak yapabildiklerinin kolay, yapamadığının zor olduğunu ve bu yüzden yapamadığını düşünmesi (Türkçapar, 2018: 118).
8. Etiketleme: Bir olaya veya kişiye bütüncül olarak bakmak yerine bir davranıştan çıkarılan sonucu kişiliğe atfetmedir (Türkçapar, 2018: 118). Örneğin, işte yaptığı bir görev olmadığı için kişinin kendine “Ben başarısız bir insanım.” demesi (Dryden vd., 2010: 235).
9. Meli, malı düşünce tarzı: Hayatta birçok şeyi gereklilikler içine koymak ve buna odaklı yaşamaktır. Bu kişilerin katı kuralları vardır. Örneğin yalan söyleyen birine öfkelenen birinin “İnsanlar yalan söylememelidir.” diye düşünmesi gibi (Türkçapar, 2018: 120).
10. Duygusal çıkarsama: Kişinin hissettiği şeye ilişkin ortada kanıt yokken öyle hissettiği için öyle olacağını düşünmesi. Örneğin, kötü bir şey olacağına inanan birinin kaygılandığı için öyle olacağını söylemesi (Türkçapar, 2018: 120).
11. Zihin okuma: Kişinin kendi düşüncelerini diğer insanların zihninden geçen şeylermiş gibi yorumlamasıdır. Örneğin, sunum yapan sosyal kaygılı birinin

terlemesi neticesinde diğerlerinin onu zayıf biri olarak gördüklerini düşünmesi (Türkçapar, 2018: 121).

Bilişsel içeriğin hatalı olduğu bilgi işleme sürecinde kişinin dikkati daha dar ve kısıtlıdır. Bu şekilde yaşadığı bir krize hızlıca cevap verebilir (Friedman vd., 2008: 1922). Bu bilgi işleme sürecinin otomatikleşmiş hali her gün zihnimizde akış halindedirler ve zihne istemli olarak gelmezler. Uyarana karşı daha yakın ve yüzeysel bir içeriği vardır. Fakat oluşumları daha derindeki şemalarla ilgilidir. Bu yüzden oluşumları şemaların yan ürünü olarak düşünülür (Dozois ve Beck, 2008: 123). Otomatik düşüncelerin altında açıkça farkına varamayabileceğimiz varsayımlar, kurallar ve tutumlar yatar. Bu nedenle kişilere otomatik düşüncelerinin ne anlama geldiği sorulduğunda onunla ilgili birtakım ara inançlarını elde etmiş oluruz. Bunun da temelinde temel inançlar vardır (Edwards, 2014). Yani şemalar, bilgi işleme süreçlerinde kullanılan temel kural ve şablonlardır (Rice, 2015: 195). Şemalar daha az kaynak kullanarak insanın bilgi işleme süresini kısaltır, hızlandırır ve yaşamda pratiklik sağlarlar. Fakat aynı zamanda kişinin yaşadığı bir sorunun başlaması, devam etmesi ve giderek ağırlaşması temel inanç, ara inanç ve negatif otomatik düşüncelerden kaynaklanır (Dozois ve Beck, 2008: 122). Şemalar insanın uyarılar, fikirler, deneyimler ve otomatik veya reflektif bilgi işleme sistemlerinin depolanmış içsel temsilidir. İşlevli ve işlevsiz şemalar bir arada bulunabilir ve bunlar bir spektrumun iki ucudur. İnsanın inancı bu spektrumun ucunda salınabilir. Ne zaman o spektrumun bir ucuna gidilse subklinik veya klinik bir tablo ile karşılaşma ihtimali artar (Beck ve Haigh, 2014: 3). Kişide var olan işlevsiz şema normal yaşantıda gizil haldeyken bir yaşam olayıyla tetiklenebilir ve patolojik bir durum meydana getirebilir (Friedman vd., 2008: 1922) ve bu modele göre adaptif olan ve olmayan uyum durumu, normal bilgi işleme sürecindeki abartılmış yorumlardan kaynaklanır (Beck ve Haigh, 2014: 3). Bu abartma ve kaçınmalar bazen işlevseldir ve yaşamımızı kolaylaştırır. Fakat bu uzun dönemli sorun çözme döngüsü haline gelirse kişinin yaşamında oldukça sıkıntı oluşturur. Bilişsel davranışçı terapi bu noktada danışanın ihtiyacına özgü bir şekilde kademeli olarak maruz bırakma ve/veya tepki önleme yaparak veya çok daha farklı şekilde davranış ödevleri vererek güvenlik arama davranışlarının önüne geçmeye çalışır (Rice, 2015: 196).

Bilişsel davranışçı terapi insanların düşünce ve davranışlarını değiştirmek için çeşitli bilişsel teknikler kullanır. Bunların bazıları şunlardır:

- Soru sorma: Danışanın katı ve işlevsiz bilişsel ve davranışsal döngüsünü görmesi ve yeni perspektifler edinmesi için terapist tarafından onu meraklandırmaya, araştırmaya ve keşfetmeye iten sorular sorulur. Buna sokratik sorgulama denir (Rice, 2015: 196).

-Çizelge: Danışanın seansa geleceği süreç boyunca otomatik düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını takip edebilmesi ve not edebilmesi için verilir (Rice, 2015: 197).

-Bilişsel yeniden yapılandırma: Çarpık ve hatalı düşünceyle daha doğru ve kullanışlı düşüncenin yer değiştirmesidir ve iki temel adımı vardır: İlki öncelikle danışanın duygusal zorlanmalarını yaşamasına sebep olan düşünce veya inançlarını tanımlamak. İkincisi ise, onların doğruluk ve kullanışlılığını mantıklı bir şekilde değerlendirerek daha doğru ve kullanışlı düşüncelerle yer değiştirmek (Rice, 2015: 197).

-İmajinasyon: Terapist danışanın kaçındığı noktaları maruz bırakmadan önce zihninde canlandırır ve maruz bırakmaya alışmasını sağlar (Rice, 2015: 197).

-Düşüncelerin geçerliliğini test etme: Terapist birtakım sorular sorarak danışanın düşüncelerinin doğruluğunu ispat etmesini bekler. Bu olmadığında ise düşüncesindeki hataları gösterme imkânı bulur (Rice, 2015: 197).

-İmajinal maruz bırakma: Danışanın yoğun duygusal yükü olduğu zor ve zihnine gelmesini istemediği anı, düşünce, dürtü gibi intrüzyon ve/veya ruminasyonların danışana zihinsel olarak canlandırılıp maruz bırakılmasıdır (Rice, 2015: 197).

Bilişsel davranışçı terapi danışanın yaşadığı sorunu azaltmak ve/veya ortadan kaldırmak için bilişsel yöntemlerin yanında davranışsal teknikler de kullanır. Bunlardan bazıları şunlardır: (Rice, 2015: 197)

-Davranış aktivasyon çizelgesi: Özellikle depresyon bozukluğu olan danışanlar için planlanan bu çizelgenin amacı hayatındaki başarı ve zevk durumlarının varsaydığı kadar kötü olmadığını görmesini ve enerjisini artıracak şeyler yapmasını sağlamak (Rice, 2015: 197).

-Dereceli görev tahsisi: Danışanın yapmakta zorlandığı işleri veya problemlerini parçalara bölerek yapılması daha kolay hale getirmek (Rice, 2015: 198).

-Karın nefesi: Karnı genişleterek ve diyaframı küçülterek karından nefes almadır. Stresi azaltır (Rice, 2015: 198).

-Maruz bırakma ve tepki önleme: Kişinin rahatsız olduğu bir uyarana aşamalı olarak veya birden maruz bırakılması ve rahatsız edici uyarani ortadan kaldırmak için yaptığı eylemlerin önlenmesidir. Maruz bırakma esnasında aşamalı rahatlama ve karın egzersizleri yoğun stresi azaltmak için bazen kullanılabilir (Rice, 2015: 198).

-Ev ödevi: Başa çıkma becerilerini geliştirmek ve terapiden öğrendiklerini pekiştirmek için birtakım uygulamalar verilir (Rice, 2015: 198).

-Taşıma: Korktuğu bir uyarana aniden ve hızlı bir şekilde kişiyi maruz bırakmadır (Rice, 2015: 198).

-Model/örnek olma: Terapist danışanın yapmakta zorlandığı problemleri durumlarla ilgili olarak seans içerisinde role play yaptırır ve birlikte problemin nasıl çözülebileceğine dair yollar aranır (Rice, 2015: 198).

Seans süreleri kişinin özel durumuna da bağlı olmakla birlikte beş ila yirmi seans arasında sürer. Fakat ciddi durumlarda bu süre uzayabilir (Rice, 2015: 198).

Belirsizlik ve tehditle ilgili bilgi işleme süreci belirsizliği tolere edememe ve hızlı tepki vermeye ilişkilidir (Nelson vd., 2011: 107). Yani kişilerin bilgi işleme süreçleri, içinde bulunulan duruma göre değişmekle birlikte belirsizliğe yaklaşımlarına bağlı olarak da değişmektedir (Sorrentino, vd., 2003: 147). Örneğin, Belirsiz bir durum otomatik olarak değerlendirilirse, belirsizliği tolere edememe hali uyarıcının önyargılı bir biçimde tehdit olarak algılanması şeklinde açığa çıkabilir. Bu bağlamda yapılan bir çalışmada olumsuz otomatik düşüncelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü yordadığı bulunmuştur (Parmaksız, 2021: 1). Bu bilgiler ışığında aşağıda belirsizliğe tahammülsüzlük ele alınacaktır.

2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

2.2.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Tanımı

Belirsiz kelimesi Türk Dil Kurumuna göre (2011), 1. Belirli olmayan, belirsiz, gayrimuayyen, vuzuhsuz. 2. Niteliği hakkında tam bir bilgi edinilemeyen, müphem. 3. Bilinmeyen, meçhul vb. anlamlarında kullanılmaktadır.

Belirsizlik, belirli bir durumun meydana gelip gelmeyeceğine dair şüphe (Keren ve Gerritsen, 1999: 161) ve bu hem psikolojik hem de fizyolojik sonuçları olan güçlü bir stresör olabilir. Bu yüzden, belirsizlik ne kadar büyük algılanırsa anksiyete ve depresyonun açığa çıkma riski de o kadar artar (Gentes ve Ruscio, 2011: 923) ve düşük yaşam kalitesinin açığa çıkmasına yol açar (Bailey, vd., 2009: 138).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün tanımı 1927'de Lovecraft tarafından "Korku, insanlık için en eski ve en güçlü duygudur ve bilmeme korkusu, korkunun en eski ve en güçlü türüdür." şeklinde yapmıştır (Joshi ve Schultz, 2001: 255). Tanım, süreç içinde yapılan araştırmalarla birlikte çeşitlenmiş ve genişletilmiştir. Araştırmacılar öncelikle belirsizlik ve endişe arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (Dugas vd., 1995: 109). Daha sonra ilk spesifik tanım olarak "günlük yaşamın her durumunda belirsizliğe karşı verilen geniş çaplı bir bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler bütünüdür" (Freeston vd., 1994: 792) şeklinde bir tanıma ulaşılmıştır. Sonraki bir başka tanımda belirsizliğe tahammülsüzlüğün ilk kez algılama üzerindeki odağına değinilerek bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilere ek olarak belirsiz ve öngörülemeyen değişikliklerle ilgili zorlukları da içerdiği söylenmiştir (Grenier vd., 2005: 598). Sonrasında ise algılanan muhtemel sonuç ve ihtimallerden bağımsız olarak belirsiz olaylara karşı negatif bir şekilde tepki verme eğilimi denilmiştir (Ladouceur vd., 2000: 938). Bir başka tanımda olacak olma ihtimali küçük olan ve kabul edilemez olarak görülen olayları aşırı bir şekilde negatif düşünme eğilimi olarak açıklanmıştır (Dugas vd., 2001: 556). Bir sonraki tanımda ise, belirsizlikle ilgili algılama, yorumlama ve davranışları etkileyen bilişsel hata olarak ele alınmıştır (Buhr ve Dugas, vd.,2002: 931). Sonrasında ise, belirsizliği aşırı bir şekilde rahatsız edici bulmaya, şaşırtıcı negatif sonuçları olduğuna inanmaya, kaçınılması gereken bir durum olduğuna inanmaya ve adaletli olmayan bir gelecek hakkındaki belirsizliğe dair düşünmeye eğilim olarak tanımlanmıştır (Dugas vd.,2005: 339; Dugas vd., 2004: 836). Başka bir tanımda muğlak ve değişimle ilgili başa çıkmadaki yetersizliği de içeren geniş bir tanım yapılmıştır (Holaway vd., 2006: 158). Dugas (2007: 2307) bu tanımları daha da genişleterek olumsuz olayların meydana gelme ihtimallerine bakmaksızın tehdit edici ve negatif olarak ve olması muhtemel bir şekilde düşünme eğilimi olarak tanımlamıştır.

Yapılan bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün iki operasyonel tanımı yapılmıştır: İlki, kişinin başına gelecekte gelebilecek şeyleri her zaman bilmesi ve tahmin edebilmesi gerektiğine dair istektir. İkincisi ise, kişinin harekete geçmesi

gerektiği zamanda belirsizliğin kişiyi paralize etmesidir (Birrell vd., 2011: 1198). Bu yüzden, belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan kişiler belirsiz durumları stresli ve üzücü olarak görürler ve belirsiz bir durumda kendilerini aciz hissederler. Aksine belirsizliğe tahammülsüzlüğü düşük olan kişiler benzer durumlarda rahatsızlık hissetmezler. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü anlamının en iyi yollarından biri onu alerjiye benzetmektir. Mesela, birinin polene alerjisi varsa polenin az miktarıyla bile karşılaştığında vücudu güçlü reaksiyonlar verir; öksürmeye, hapşırmaya başlar, gözleri sulanır ve kaşınır. Aynı şey belirsizliğe tahammül edemeyen insanlar için de geçerlidir. Bu bireyler küçük bir belirsizlik yaşadıklarında muhtemelen çok güçlü reaksiyonlar verirler, yoğun kaygı ve endişe hissederler (Robichaud ve Dugas, 2015: 104).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, uzun süreli, köklü normal ve patolojik düzeyleri olan ve özünde bilmemeye dair bir korkudur. Bu, bir kişinin belirsiz durumları duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak nasıl algıladığını, yorumladığını ve cevap verdiğini belirler (Dugas vd., 2004: 835). Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi yüksek olan kişiler gelecekte meydana gelme ihtimali olan olayları olumsuz bir şekilde yorumlarlar ve belirsizliğin olumsuz bir şey olduğunu düşünüp ondan kaçarlar (Buhr ve Dugas, 2002: 931) ve bu kişiler için muğlaklık ve tahmin edilemeyen değişiklikler stres vericidir ve bir kişi üzerinde kötü bir etkisi olduğu düşünülür. Bu da belirli durumlarda insanların eylemlerini engeller, korku, kaçınma ve fiziksel rahatsızlık oluşturur (Boelen ve Reijntjes, 2009: 131).

Buhr ve Dgas (2002: 931) ise belirsizliğe tahammülsüzlüğü dört boyut olarak açıklamışlardır: belirsizliği üzücü ve stresli bulma, belirsizliğin negatif olduğuna ve kaçınmak gerektiğine inanma, belirsizliği haksızlık olarak algılama ve belirsizliğin hareket alanını kısıtladığını düşünme.

2.2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Yol Açtığı Sorunlar

Belirsizliği tolere edememe toplumda (Sexton ve Dugas, 2009: 176) ve klinik popülasyonda (McEvoy ve Mahoney, 2011: 112) oldukça sık ve çeşitli şekillerde görülen yaygın bir durumdur ve kişinin davranışları üzerinde gözlemlenebilir bir etkiye sahiptir (Ladouceur vd., 1997: 355; Luhmann vd., 2011: 378). Belirsiz bir durumun kişiyi paralize etmesi, hem bir olayın meydana gelme ihtimaline olan inançla hem de o olayın olması muhtemel sonuçlarının kişi tarafından ne kadar olumsuz

değerlendirildiği ile ilgilidir. Belirsizliği tolere edebilme kabiliyeti bireylerin bilgileri işleme hızı ve niteliğini de etkileyen bir durumdur (Clark ve Beck, 2010: 255; Bar-Haim vd., 2007: 1). Belirsizliğe tahammülsüzlük ile bilgi işleme süreci arasındaki ilişkiye bakan bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi yüksek olan kişilerin düşük olan kişilere göre kendilerine okutulan kağıtlarda yazılı olan kelimelerden belirsiz olanları hatırlamaya daha meyilli oldukları görülmüştür. Aynı araştırmanın ikinci kısmında ise belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi yüksek kişiler düşük kişilere oranla muğlak durumlara karşı daha kaygılı tepki vermişlerdir. Ek olarak, belirsiz durumları tehdit olarak algılayan kişilerin belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkileri endişe, kaygı ve depresyon ile daha fazla ilişkilidir (Dugas, 2005: 57). Bir şeyleri öngörebilmeye dair arzu ise olumsuz olayların olması ihtimalinden bağımsız olarak olumsuz olayların olması düşünülen olumsuz sonuçlarıyla ilgilidir. Ayrıca, kişinin öngöruları sonucunda algıladığı tehdidin belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişe arasında aracılık yaptığı görülmüştür (Bredemeier ve Berenbaum, 2008: 28). Belirsizliğe tahammülsüzlük çevrede olan biteni ve belirsizliği, kabul edilemez olarak algılayan bir bilişsel filtre gibidir (Buhr ve Dugas, 2002: 931). Belirsizliği kabul edilemez bir şey olarak algılayan bu filtreyle kişinin işlevsiz çarpık bilişlerinin korku ve kaçınmayı artırdığı ve bunun da bir kısır döngü haline gelerek fizyolojik uyarılmalarını artırdığı (Greco ve Roger, 2003: 1057) görülmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlük kişinin problem durumuyla ilgili gereksiz detayları aşırı büyütüp onlar hakkında endişelenmesine neden olabilir (Dugas, 1998: 224). Bu da kişide problem çözme yeteneklerinde bozulma, davranışın engellenmesi ve belirsizliği artırıcı durumlardan kaçınma gibi şeylere neden olabilir (Dugas vd., 1997: 593). Son on yılda araştırmacılar belirsizliğe tahammülsüzlüğün problem düzeyindeki kaygı, endişe ve işlevsiz başa çıkma gibi psikopatolojik durumların gelişiminde önemli rol oynadığını tespit etmişlerdir (Greco ve Roger, 2003: 1057). Örneğin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün artan stres ile ilişkilendirildiği ve bu kişilerin belirsiz durumları tehdit edici yorumlama eğilimi olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda bu kişilerin artan kalp hızı ve kan basıncı gibi önemli düzeyde somatik belirtileri de dikkat çekicidir (Greco ve Roger, 2001: 519; Greco ve Roger, 2003: 1057).

2.2.3. Muğlaklık ve Belirsizlik

Beklenmeyen, karışık ve/veya çözülemez olarak tanımlanan muğlak durumlar bazı kişiler tarafından tehdit olarak algılanır ve bu durum bu kişilerde duygusal olarak belirsizlik haline yol açar. Bu kişiler sürekli ve yoğun bir şekilde tehdit sinyallerine dikkat kesilen ve belirsizliğe tahammül edemeyen oldukça ihtiyatlı kişilerdir (Krohne, 1993: 19-50). Muğlaklık şimdi ve burada var olan bir şeydir fakat muğlaklıktan neşet eden bilinmeyen ve potansiyel sonuçlar belirsizlikle ilgilidir (Carleton, 2012: 940). Yani muğlaklık şimdi ve buradaya, belirsizlik ise geleceğe odaklı olarak değerlendirilir (Carleton, 2012: 939). Ampirik kanıtlar eksik olsa da belirsizliğe tahammülsüzlük, mevcut zamanda değil, gelecek zamanda olması tahmin edilemeyecek bir etkinliğe verilen endişeli yanıttır (Grenier vd., 2005: 596).

Muğlak ve itici bir durumdan kaynaklanan bir durum olarak tanımlanan belirsizliğe tahammülsüzlükte zorlanma ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün artışı kişinin algıladığı tehdit ipuçlarına karşı artan dikkat ve tetikte olma haliyle sonuçlanır. Aynı zamanda belirsizliği yönetmedeki zorluklar olumsuz yaşam koşullarına verilen etkisiz cevapla ilişkilidir (Andersen ve Schwartz, 1992: 271). Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan kişilerin muğlak durumları belirsiz olarak yorumlama ihtimalleri daha fazladır (Dugas, 2005: 57). Bu da psikolojik olarak uyarılmayı artırır ve korkunun kendi kendine kısır döngü halinde devam etmesine hizmet eder (Greco ve Roger, 2001: 519). Muğlaklığı tolere edememe mevcut durumda tehdit olarak algılanan yani şimdi ve burada var olan durumun muğlaklığını tolere edememe olarak tanımlanmıştır. Aksine, belirsizliğe tahammülsüzlük gelecekle ilgili olması muhtemel olumsuz ve kabul edilemez olayların olacağını düşünmedir (Grenier vd., 2005: 596).

Muğlaklığı tolere edememe bilişsel, duygusal ve davranışsal reaksiyonları içerir. Bilişsel olarak kişi muğlaklığı siyah veya beyaz olarak görmeye eğilimlidir. Duygusal olarak huzursuz, kaygılı, öfkeli ve rahatsızdır. Davranışsal olarak ise, belirsiz durumları reddetme ve kaçınma mevcuttur (Grenier vd., 2005: 596).

Hem belirsizliğe tahammülsüzlük hem de muğlaklığı tolere edememe endişe ile önemli derecede ilişkilidir fakat belirsizliğe tahammülsüzlük muğlaklığı tolere edememeye kıyasla endişeyle daha fazla ilişkilidir (Buhr ve Dugas, 2006: 222).

2.2.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Kısa İşleyişi

Bilişsel tamamlama ihtiyacı, muğlak bir şeyden bile hoşlanmama ve zor sorulara bile cevap verme arzusu olarak tanımlanır (Kruglanski ve Webster, 1996: 264). Bu kavram ilk olarak bireylerin karar verme ve bilgi işleme süreçlerindeki motivasyonlarının farklılığı olarak ele alınmıştır (Webster ve Kruglanski, 1994: 1049). Buradaki ihtiyaç, belirli bir konu üzerine cevap verme güdüsü olarak tanımlanmıştır. Belirliliğe odaklı kişiler yeni bir bilgiden kaçarak bilişsel tamamlama için çabalar ve bu yüzden bilişsel tamamlama oldukça hızlı gerçekleşir. Aksine, belirsizliğe odaklı kişiler yeni edinilen bilgilerle oldukça yakından ilişki kurarak yavaş ve keyif aldıkları bir bilgi işleme sürecine girerler (Webster ve Kruglanski, 1994: 1049-1062).

Belirsiz durumlarda meydana gelen olaylar belirli durumlarda meydana gelen olaylardan daha fazla negatif etkiye sahiptir. Bir araştırmada katılımcılara elektrik şoku verileceği söylenmiştir ve katılımcılar tahmin edilebilecek miktarda verilen elektrik şoklarını tahmin edilemeyecek olana oranla daha fazla tercih etmişlerdir. Ayrıca, elektrik şokunun miktarını tahmin edemeyen kişiler daha fazla kaygı hissetmişlerdir (Badia vd., 1966: 847). Olumsuz bağlam duygusal olarak zorlar, olumlu bağlam ise kişi tarafından duygusal olarak ödül olarak algılanır. Bir araştırmaya göre, belirsizlik insanın dikkat ve merakında artmaya neden olur ve bu da kişilerin duygusal olarak olayları daha çok belirsiz olarak algılamasına yol açar (Bar Anan vd., 2009: 123). Belirsizlik içeren bir durumla yüzleşildiğinde kişi tehdidin var olabileceğine dair tahminde bulunabilir. Bu tahmin hayal edilen olumsuz bir sonuçtur (Einstein, 2014: 287). Var olan uyarı tehdit olarak algılama bazı kişilerde zihinsel bir dürtü, uyarılma veya geleceği öngörme olarak meydana gelir. Bu geleceğe dair öngörü, öngörülen şeyin olma ihtimali, sonuçları ve/veya başa çıkma becerisine dair de olabilir. Bu tahminler geçmiş deneyimlerimizi çarpıtarak değerlendirmemizden çıkarılabilir (Gilbert ve Wilson, 2009: 1334; Bar Anan vd., 2009). Bu tip durum da iki sonuca yol açabilir: İlki, algılanan tehdit düşük miktardadır ve belirsizliğin varlığına rağmen bir uyarılma yoktur. İkinci ise, var olan belirsizlik durumu kişisel alandaki algılanan öneme veya hassasiyete binaen duygusal bir uyarılma meydana getirir. Algılanan tehdit veya tehditler zihin tarafından değerlendirilir, ilgili karşılaştırmalar yapılır ve kişisel öneme dair tahminler ön plana çıkartılır. Zihinde yapılan bu karşılaştırma/değerlendirme imgelerle de olur. Bu imgelerle yapılan karşılaştırma ve kontrol sağlamaya çalışan sistem sürekli “Ya olursa” gibi içsel bir geribildirim sağlar.

Daha sonrasında bu algılanan tehdit gerçek dünyada küçük bir uyarı ile bile harekete geçebilir (Einstein, 2014: 287). Kişinin olmasına dair yaptığı öngörülerin hepsi önsezileri meydana getirir (Gilbert ve Wilson, 2009: 1334). Kişilerin belirsizliği deneyimlemeye dair eğilimleri üst bilişsel inançlarını oluşturur. Bu da tahmin edebilmeye/öngörebilmeye dair ihtiyaç olarak adlandırılıyor (Einstein, 2014: 287). Öngörebilmeye dair ihtiyaca cevap olarak birkaç yol vardır. Eğer kişideki bu ihtiyaç yüksekse zihinde yapılan karşılaştırmalar belirsizliğe karşı uyarılma olarak adlandırılan farklı bir düzey oluşturur. Bu belirsizliğe karşı uyarılma güvenlik arama, kompülsiyon ve kaçınma gibi davranış stratejilerine sebep olur. Bu davranışlar amaçlar yeniden organize edilmeksizin ve düşünülmezsizin uyarılmayı yönetmeye çalışır (Einstein, 2014: 287). Öngörebilmeye dair ihtiyacı düşük olan insanlar belirsizliğe dair uyarı ile ya karşılaşmazlar ya da çok az karşılaşır. Bu kişiler olması muhtemel birçok durum söz konusuysa önceden duygusal olarak bir süreç girmenin maladaptif olduğunu düşünür ve bu yüzden dikkatleri olası tehditlerde değildir. Öngörebilmeye dair ihtiyacın düşük olması, kişide uyarılmadan ötürü herhangi bir psikolojik çatışma meydana geldiğinden hedeflerine tutunarak kişinin kendisini oryante edebilmesini sağlar (Einstein, 2014: 288).

Yapılan bazı çalışmalar yoğun endişeli olan ve olmayan kişilerin belirsiz olan davranış görevlerine benzer cevaplar verdiği fakat endişeli kişilere verilen uyarı belirsizliği artırıldığında onları kesintiye uğrattığı görülmüştür (Metzger vd., 1990: 78). Halihazırda herkesin yaptığı işi yapan ve diğer insanlara göre daha endişeli olan kişilerin yapılan işteki başarısızlıkları, yapılan işin zorluğundan bağımsız olarak, bu kişilerin hissettiği belirsizliği artırır (Ladouceur vd., 1997: 355). Bu bağlamda, sorunlara duygusal yönelim ve belirsizliğe tahammülsüzlük endişeyi güçlü bir şekilde açıklar (Dugas vd., 1997: 593).

2.2.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Tedavi

İnsanların temel motivasyonları kendileri ve çevreleri hakkında var olan belirsizliği azaltmaktır. Belirsizliğe odaklı insanlar, belirsizlikle başa çıkarlar, onu azaltmak ve çözüm üretebilmekle meşgul olurlar ve belirsizlik onların hayatlarında istenilen bir durumdur. Belirliliğe odaklı insanlar netliği korumayı ve kaçınmayı tercih ederler. Bu şekilde belirli ve belirsiz durumlara yaklaşımla ilgili odak noktalarını belirleyecek

bilişsel şemalar geliştirirler ve bu da genellikle davranışsal aktivasyonlarını sağlayan şeydir (Kagan, 1972: 51-66).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişe ile ilişkisi depresyonla olan ilişkisine göre daha fazladır ve aynı zamanda endişenin belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkisi maladaptif davranışlarla ilişkisinden de daha fazladır (Stukel, 2005: 835). Bu nedenle bilişsel maruz bırakma gelecekte olabilecek eylemlerin anlamlarını değiştirerek belirsizliğe tahammülsüzlüğü azaltabilir (Dugas, 1998: 224). Bu tedavide iki temel faktör ele alınmaya çalışılmaktadır: Tahmin edebilme ihtiyacı ve belirsizliğe karşı uyarılma (Einstein, 2014: 281).

Bir psikoterapist şu beş yolla danışandaki belirsizliğe tahammülsüzlüğü azaltabilir: Belirsizlikten doğan tehdit ve katastrofik yorumlamayı yani bilgi yanlışlığını değiştirir, gerçek bir tehditin yorumunu değiştirir, belirsizliğin kendisine dair yorumu değiştirir, belirsizlikle ilgili algılanan nihai katastrofik sonuçlara dair başa çıkma kapasitesi geliştirir ve belirsizliği tolere edebilme yeteneğini artırır (Carleton, 2012: 942). Ek olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişe farklı yapılarıdır. Belirsizliğe tahammülsüzlük endişenin kendisi değil, belirsiz bir performans algısıdır (Ladouceur vd., 1997: 355). Endişe hakkındaki inançları yeniden değerlendirmek, problem çözüme oryantasyonunu geliştirmek ve bilişsel maruz bırakmayı uygulamak danışanların belirsizliğe olan tahammülünü artırabilir (Dugas, 1998: 224).

2.3. Bilişsel Esneklik

2.3.1. Bilişsel Esneklik Tanımı ve İşleyişi

Martin ve Rubin (1995: 623), insanların eyleme geçmeden önce düşünme esnekliğine ihtiyaçları olduğunu söylemiştir. Bu doğrultuda bilişsel esneklik bir durumla başa çıkmak için muhtemel çeşitli seçeneklerin farkındalığı, yeni bir durumda esnek ve uyum sağlamaya dair isteklilik ve kişinin öz yeterlilik inancı olarak tanımlanabilir (Martin ve Anderson, 1998: 531). İnsanlar bir olay yaşadıklarında hedeflerine uygun davranışı belirleyebilirler (Beck, 1979: 213-233). Fakat bilişsel esneklik için önemli olan yapılması planlanan mevcut hedef davranış dışında kalan diğer seçenekleri de göz önünde bulundurabilmektir. Aynı zamanda insanlar yeni durumlar için uyumlu bir davranışa karar vermeden önce alternatif ve seçeneklerin farkında olmaya ihtiyaç

duyarlar. Bu şekilde daha fazla seçenek geliştirebilirler ve bu durum daha esnek olduklarını düşündürebilir (Martin ve Anderson, 1998: 1).

Görev değiştirme (shifting) yürütücü işlevlerin fonksiyonlarından biri olarak değerlendirilir (Best vd., 2009: 180) ve kişinin bir uyarana karşı gerektiğinde görevi, kural veya kriterini hızlı bir şekilde değiştirebilmesi olarak düşünülür. Bu bağlamda görev değiştirme (task-shifting) paradigması yoğun bir şekilde çalışılan bir kavram olmuştur (Vandierendonck vd., 2010: 601). Bilişsel esnekliğin, yürütücü işlevlerin çekirdeği olan dikkat ve çalışma belleği gibi üst düzey bilişsel süreçlerin etkileşimi neticesinde açığa çıktığı düşünülmüştür (Dajani ve Uddin, 2015: 571). Yürütücü işlevlere dair yapılan çalışmaların sayısı artmaktadır ve hem görev değiştirme hem de dikkat kaydırma olarak ele alınan görev değiştirme üzerine yoğunlaştırılmış çalışmalar vardır (Ionescu, 2012: 191). Yapılan bir araştırmada görev değiştirme çift dillilik (Bialystok ve Viswanathan, 2009: 494), fiziksel egzersiz (Masley vd., 2009: 186), rekreasyonel kokain kullanımı (Colzato vd., 2009: 225) ile ilişkili bulunmuştur. Masley'e göre (2009) aerobik egzersizi yapmak dikkati yönlendirme test sonuçlarında gelişmeye yol açmıştır. Sonuç olarak, bilişsel esneklik geliştirilmiştir. Bu açıdan değerlendirildiğinde bilişsel esnekliğin yürütücü işlevlerin spesifik bir özelliği olduğu ve değiştirebilme yeteneği olarak adlandırıldığı söylenebilir.

Bilişsel esnekliğin kabul edilmiş tek bir operasyonel tanımı yoktur (Dajani ve Uddin, 2015: 571). Bu terim zihinsel esneklik, psikolojik esneklik ve yer/görev değiştirmeye eş anlamlarda kullanılabilir (Diamond, 2013: 135). Görev değiştirme aynı zamanda bilişsel esnekliğin alt bileşeni olarak değerlendirilir (Chiu, vd., 2017: 1099). Genel olarak esneklik, geniş bir perspektiften cevap üretebilme yeteneğidir (Takeuchi vd., 2010: 12).

Esneklik, insan bilişi ve akıllı davranışların temel özelliği olarak düşünülür (Boroditsky vd., 2010: 2918). Bilişsel setler ve görevler arasında değişiklik yapabilme de esneklik olarak adlandırılır (Colzato vd., 2009: 226). Yaygın olarak kullanılan bilişsel esneklik, görev değiştirme olarak da ifade edilir, farklı görevler arasında değişim yapabilme yeteneğidir ve farklılıkları olmakla beraber çalışmaların çoğunda görev değiştirme ve bilişsel esneklik eş anlamlı olarak kullanılmıştır (Cragg ve Chevalier, 2010: 2918). Birçok görevi aynı anda yapmak, yeniliğe açıklık ve esnek problem çözebilme gibi ve buna benzer davranışlar esnek olarak adlandırılabilir fakat

esneklik tek bir davranış kalıbına sıkıştırılamaz (Ionescu, 2012: 190). Esnek olarak değerlendirilebilecek birçok davranış vardır; bir veya çoklu görevden diğer görev veya görevlere geçebilme, yeni kurallar doğrultusunda davranış değişikliği yapabilme, bir probleme yeni çözüm yolları bulma ve yeni bir bilgi veya araç oluşturmaktır (Crone vd., 2006: 278; Goldstone ve Landy, 2010: 1357). İnsanlar yüksek veya düşük seviyelerde olmak üzere farklı çeşitlilikte bilişsel esneklik gösterirler. Düşük düzey bilişsel esneklik insanın değişmemesine dair eğilim (Schultz ve Searleman, 2002: 166) veya uygun herhangi bir uyarıcı olmaksızın devam eden eylem veya aktivite (Sandson ve Albert, 1984: 715) olarak adlandırılmıştır. Bu durumda patolojik bir davranış olan katılıkta en sık rastlanılan şeylerden biridir (Ionescu, 2012: 191).

Esnek bir biliş, değişen görev taleplerine cevaben bilişsel süreçlerin dinamik bir şekilde değişim ve dönüşümünü gerektirir (Deak, 2003: 275). Bilişsel esneklik, beklenmedik ve yeni durumlara uyum sağlamak için kişilerin kontrol edebilmeye dair yetenekleridir (Canas vd., 2003: 482). Bilişsel olarak esnek olan kişiler karşılaştıkları yeni durumlardaki problemleri çözerken eski yöntemleri kullanmak yerine yeni ve işe yarar yöntemler geliştirirler (Aslan ve Türk, 2022: 120) ve aynı zamanda bu insanlar diğerleriyle olan etkileşimlerinde düşünce ve davranışlarını esnetip, değiştirebilen kişiler olarak tanımlanabilir (Canas vd., 2006:). Bilişsel esneklik, kişinin beklenmeyen ve yeni çevre koşullarıyla yüzleştğinde bilişsel işleme sürecine ve mevcut duruma uyum sağlayabilme yeteneğidir (Canas vd., 2013: 296). Dennis ve Wall (2009: 241) tarafından geliştirilen bilişsel esneklik ölçeği ise, bilişsel esnekliğin şu üç yönünü ölçmek için tasarlanmıştır: Zor durumları kontrol edilebilir olarak algılama yeteneği, insan davranışı ve yaşam olaylarını birçok alternatifle açıklayabilme yeteneği ve zor durumlar içinde alternatifler üretebilme yeteneği.

Ionescu (2012: 192) bilişsel esnekliğin literatürdeki kullanımlarını dört başlık altında sınıflandırmıştır:

- 1- Görev değiştirme gibi özel bir yetenek,
- 2- Yürütücü işlevleri üst düzey kullanabilme yeteneği,
- 3- Bilişsel durumların özelliği,
- 4- Farklı düşünmenin bir sonucudur.

Martin ve Anderson ise (1998: 1), bilişsel esnekliğin üç bileşeni olduğunu ifade etmişlerdir:

- Kişinin çeşitli seçeneklerin farkında olması,
- Yeni durumlara adapte olmaya ve esnek olabilmeye açıklık,
- Esnek olabileceğine dair inanç.

Benzer şekilde Rende (2000: 122) tarafından da bilişsel esnekliğin üç boyutu olduğu düşünülmüştür. İlki, bilişsel esnekliğin formu; ikincisi, esnekliği bozulmuş bir kişinin gösterdiği davranış kalıpları ve son olarak, perseveratif hata kaynaklarıdır.

Bilişsel esneklik, perspektif değiştirebilme de esneklik, dikkati odaklayabilme veya çakışan durumlara cevap verebilme (Diamond, 2006: 70); çoklu, karışık ve temsili durumları eş zamanlı olarak düşünebilme (Jacques ve Zelazo, 2005: 54), değişen çevresel taleplere cevaben amaç yönelimli davranışları benimseyebilme (Garcia-Garcia vd., 2010: 754) ve yürütücü işlevlerin bir bileşeni olarak durumsal taleplere bağlı olarak düşünce ve davranışlarını farklılaştırabilme yeteneği (Geurts, vd., 2009: 74) olarak ifade edilebilir. Aynı zamanda bilişsel esneklik değişen çevre koşullarına göre ve çevresel taleplere cevaben kişilerin değişen şartlara bilişsel ve davranışsal uyum sağlayabilme yetisidir (Deak, 2003: 292; Diamond, 2013: 135). Bir kişi bir probleme karşı çeşitli çözümlerin farkında olabilir fakat ona uygun davranmayabilir. O zaman bu kişilerin bilişsel olarak esnek olduğundan bahsedemeyiz (Martin ve Anderson, 1998: 2). Steven'a (2009: 13) göre ise bilişsel esneklik, belirli durumlara uyum sağlayabilme, bir düşünceyi daha işlevsel başka bir düşünceyle değiştirebilme ve çeşitli yöntemlerle problem çözebilme yeteneğidir. Gülüm ve Dağ' a (2012: 216) göre bilişsel esnekliği yüksek olan kişiler, zorlu olaylar karşısında tüm seçenekleri daha rahat değerlendirerek o olayın üstesinden gelebilir ve değişen çevre koşullarına ayak uydurabilir. İnsanlar yeni koşullara uygun davranışlara uyum sağlayabilmek için yeni durumla ilgili bilgilerini etkili bir şekilde yeniden inşa etme ihtiyacı duyarlar. Bu yüzden bilişsel esneklik, dikkatle ve bilginin temsiliyle ilgili süreçlere de bağlı olarak değişmektedir (Canas vd., 2006: 296).

Bilişsel olarak esnek olmayan insan ise, yeni durumlarla karşılaştığında maladaptif davranışlar sergiler (Canas vd., 2006: 297). Bir çalışmada bilişsel esnekliği düşük kişilerin diğer insanlara olan tepkilerinin daha agresif ve kişisel dayanıklılıklarının

daha düşük olduğu bulunmuştur (Martin vd., 1998: 531). Rubin ve Martin (1994: 46) ise bilişsel esneklik ve gelişmiş kişilerarası özellikler arasında ilişki olduğunu bulmuştur. Ayrıca bilişsel esneklik, sosyal etkileşim ve iletişim bakımından problem çözmede de etkili bir unsurdur (Martin vd., 1998: 531). Dreisbach ve Goschke (2004: 343) tarafından yapılan bir çalışmaya göre bilişsel esneklik, yeni durumlara olan uyumu kolaylaştırır ve bunlar genellikle daha özgüvenli, uyumlu, dikkatli ve ince düşünen kişilerdir (Martin ve Anderson, 1996: 58). Gardner (1993: 1-51) ve Goleman' a göre (1996: 1-368) diğerlerinin duygularını anlamak da problem çözme yeteneğini ve uyum sağlamayı geliştirir. Bu yüzden esnek bir bakış açısı diğerlerinin bir şeyleri nasıl algıladığını anlamayı kolaylaştırır. Esnek bir perspektife sahip olma tutumları bilişsel yönle ilgilidir. Eğer kişilerin bilişsel tutumları çok net ve katıysa yeni bir durumla karşılaştığında alternatif oluşturmakta zorlanırlar. Bu durum bu kişilerin bilişsel esnekliklerinin zayıf olduğu anlamına gelebilir. Bu yüzden, bilişsel esnekliğin diğerlerini anlamada bir rol oynadığı söylenebilir (Bilgin, 2009: 345). Bazı araştırmacılar bilişsel esnekliğin uyum sağlamayı da kolaylaştırdığını ifade eder (Dreisbach ve Goschke, 1996: 343). Hatta gelişimsel çalışmalar, çocukların bebeklik döneminden itibaren sınıflandırma konusunda esnek olduklarını göstermiştir (Ellis ve Oakes, 2006: 1000; Mareschal ve Quinn, 2001: 443).

Bilişsel esneklikle hafızanın katılığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada katılımcılar biliş durumuna göre esnek, orta ve katı biliş olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmışlardır. Esnek bilişe sahip olan bireylerin diğerlerine göre daha fazla kelimeyi akılda tutabildiği ve üretebildiği görülmüştür (Cosden, 1979: 386). Bilişsel esnekliğin ve perseverasyonun yordayıcılarının araştırıldığı bir çalışmada ise şekilsel yaratıcılığın bilişsel esnekliği anlamlı bir şekilde açıkladığı ve arasında olumlu yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada yine şekilsel yaratıcılık ve sözel yaratıcılığın perseverasyonu anlamlı olarak açıkladığı ve aralarında olumsuz yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Çuhadaroğlu, 2013: 86). Başka bir çalışmada ise kalıcı ağrıları olan insanların nöropsikolojik testlerdeki eksiklikleri ve ölçeklere verilen belirli cevap döngüleri olduğu gözlemlenmiştir (Berryman vd., 2014: 563; Bunk vd., 2019: 169) aynı zamanda bu durum depresyon (Lee vd., 2012: 113), anksiyete (Lee ve Orsillo, 2014: 208), şizofreni (Thoma vd., 2007: 1) ve yeme bozuklukları (Abbate-Daga vd., 2011: 1) gibi psikopatolojilerle ilişkili bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise, bilişsel esneklik ve mutluluk arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki

olduğu görülmüştür. Ayrıca, bilişsel esnekliğin kontrol ve alternatif alt boyutlarının cinsiyetle ilişkisine bakılmış ve erkeklerin kontrol alt boyut puanları kadınlarınkinden yüksek olduğu, alternatif alt boyutunda ise kadın ve erkeklerin puanları arasında bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Ayrıca duygusal ilişki yaşayıp yaşamamaya göre bilişsel esnekliğin farklılaşp farklılaşmadığı araştırılmış ve duygusal ilişki yaşamayla bilişsel esnekliğin farklılaşmadığı görülmüştür (Asıcı ve İkiz, 2015: 191). Başka bir çalışmada ise daha zayıf bilişsel esnekliğe sahip olan kişilerin duygusal sıkıntıyı hafifletmek için daha iyi bilişsel esnekliğe sahip olan kişiler kadar işlevsel bir şekilde bilişlerini yapılandıramayabileceği bulunmuştur (Johnco vd., 2013: 55). Bilinçli farkındalık egzersizleri dikkat fonksiyonları ve bilişsel esnekliğin artmasıyla ilişkili bulunmuş (Adam ve Malinowski, 2008: 176) ve bilişsel esnekliği geliştirebileceği düşünülmüştür (Lee ve Orsillo, 2013: 208). Aynı zamanda bilişsel esneklikle arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkili olduğu ve bilinçli farkındalığın bilişsel esnekliğin %29.4'ünü açıkladığı bulunmuştur (Akman ve Demir, 2021: 11). Mükemmeliyetçi öğrencilerle yapılan bir çalışmada ise, bilişsel davranışçı terapinin bilişsel esneklik ve mükemmeliyetçiliğin azalması üzerine etkisi olduğu tespit edilmiştir. İzlem çalışmalarında ise bilişsel esnekliğin giderek arttığı ve mükemmeliyetçiliğin azaldığı görülmüştür (Nazarzadeh vd., 2015: 1780).

2.4. Psikolojik Semptomlar

Bu bölümde somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite (düşmanlık), fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm olmak üzere toplam dokuz psikolojik semptomu dair bilgi verilecektir.

2.4.1. Somatizasyon

Doktorlar neredeyse 200 yıldır fiziksel ve psikolojik açıklamaları olabilen ve fiziksel semptomlara sebep olan zorlukları birbirinden ayırmanın peşindedirler (Kellner, 1992: 71). Anksiyete bozuklukları ve depresyonun birçok somatik semptomu olduğu bilinir ve bu psikolojik bozukluklar belirsiz somatik semptomlara neden olurlar. Bu semptomlar genellikle kardiyak problemlerle ilgili olmayan göğüs ağrıları, ülsere bağlı olmayan hazımsızlık ve kronik yorgunluk olabilir.

Somatizasyon teriminin uzun ve karışık bir tarihi vardır. Stekel tarafından 1908 yılında tanımlanan somatizasyon, psikiyatrist ve psikologlar tarafından yaygın bir şekilde kullanılan bir kavramdır ve fiziksel bir terimden ziyade bedende kendini gösteren psikolojik stresi ifade etmek için kullanılır. Lipowski'ye (1988: 1358) göre somatizasyon, psikolojik zorluğu kalıcı veya geçici olarak deneyimleme eğilimidir.

Genel popülasyondaki her insan düzenli bir şekilde ve hafif düzeyde bedensel belirti yaşamaktadır (Korff vd., 1988: 173; Crook vd., 1984: 299). Doktorlar tarafından yapılan değerlendirmelerde bu semptomlar küçük, önemsiz ve normal olarak kabul edilmiştir. Somatizasyon belirtilerinin şiddetinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmalar insanların bedensel belirtilerden dolayı oldukça zorlandığını göstermiştir. Örneğin, Von Korff ve arkadaşlarının (1988) araştırmasında katılımcıların %41'i sırt ağrısı, %26'sı baş ağrısı, %17'si karın ağrısı, %12'si göğüs ağrısı ve %12'si yüz ağrısı olduğunu bildirmiştir. Bu ağrıların çoğunun ise uzun dönemli ve şiddetli ağrılar olduğu bildirilmiştir. Yine yapılan başka bir çalışmada fazla fiziksel şikayetin yaşam boyu görülen ve devam eden psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu görülmüştür (Simon ve Von Korff, 1991: 1494).

Temel bakım hastalarıyla yapılan bir çalışmada kayda değer sıklığı olan 14 yaygın, spesifik olmayan ve insanları ciddi anlamda olumsuz etkileyen semptom olduğu görülmüştür (Koreenke ve Mangelsdorff, 1989: 1685; Kroenke, 1992: 3). Bridges ve Goldberg (1985: 563) çalışmalarında psikiyatrik bozukluğu olan 500 kişiyi incelemişlerdir. Bunların sadece %17'sinin psikolojik semptomları olduğu, %27'sinin ise önceden fiziksel rahatsızlıklarla ilişkili psikiyatrik bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Bunların %56'sının ise devamlı somatik semptomları olduğu bildirilmiştir. Bu %56 oranındaki kişinin %24'ünün bu somatik semptomlarının psikolojik semptomlarla ilişkili olabileceği ve bu yüzden araştırılması gerektiği düşünülmüştür. Geriye kalan %32'sinin ise bu somatik belirtilerinin psikolojik semptomlardan bağımsız açığa çıktığı ve fiziksel kökene sahip olduğu düşünülmüştür. İngiltere'de yapılan bir araştırmaya göre spesifik olmayan fiziksel şikayetler, ayakta tedavi gören temel bakım hastalarının en yaygın başvuru sebebi olarak görülmüştür. Yine yapılan birçok araştırmada ayaktan tedavi gören hastaların çoğunda tıbbi bir tanı alamayan ve tanımlanmamış belirtileri olan kişilerin sayılarının oldukça fazla olduğu görülmüştür (Lipowski, 1988: 145; Mayou ve Hawton, 1986: 172).

Somatizasyonun etiyojisi ile ilgili çeşitli görüşler vardır. Barsky ve Klerman'a (1983: 273) göre hipokandriyazisin dört tip açıklaması vardır: Psikiyatrik sendrom, psikodinamik süreç, bilişsel açıklama ve sosyal öğrenme.

Etiyojiiye katkı sağlayan süreçlerin farkındalığı ve bunları birbirinden ayırmak önemlidir. Bunlar üçe ayrılır: Psikolojik ve patolojik faktörler, sadece psikolojik faktörler ve diğer insanlarla olan etkileşimler. Psikolojik ve patolojik faktörler şu başlıklar altında sıralanabilir: Küçük fiziksel patoloji, iyi huylu doku öbekleri, otonomik ve hormonal uyarılma, kas gerginliği, hiperventilasyon, hareketsizlik, uyku eksikliği, beslenmenin psikolojik sonuçları, ilaç yan etkileri. Sadece psikolojik faktörler ise şu şekilde sıralanabilir: Bilgi ve inanç, psikiyatrik bozukluklar, kişilik, kendi ve diğerlerine dair hastalık deneyimleri. Diğerleriyle olan etkileşimler ise şu şekilde sıralanabilir: Akrabalıklar ve arkadaşlar, tıbbi bakım, diğer terapistler (Mayou, 1993: 69).

Tedavi, iyatrojenik zorlukları önleme, problemi erken tanıma ve hastanın ciddi veya kronik şikayeti için uzmanın müdahalesi gibi bileşenleri içerir. Değerlendirme ve tedavi için genel ilkeler: Fiziksel ve psikolojik tarih, uygun fiziksel araştırma, semptomların açıklanması, hastanın inançlarının tartışılması, baştan itibaren psikolojik faktörlerin rolünün vurgulanması, hastanın mantıksız inançlarını destekleyecek kaçınmalarının gösterilmesi, tıbbi bakım için kontrol, tedavi konusunda anlaşma. Olası psikolojik ve sosyal faktörlerin farkına vararak semptomları gruplamak önemlidir. Genel poliklinik ve temel bakım tedavi süreci ise şu şekildedir: Fizyolojik ve psikolojik değerlendirme, gerçek semptomların belirtilerini göstermek, herhangi bir fiziksel tedavinin sunumu, açıklama yapmak, endişe ve inançlarını tartışma, antidepresan gibi basit ve spesifik psikiyatrik tedavi, pratik ve davranışsal tavsiye ve izlem.

Tedavinin spesifik amacı kişiyle çeşitlendirilir ve tedavi başlamadan önce açık bir şekilde özelleştirilmelidir (Sharpe vd., 1992: 515). Bunun dört amacı vardır: Stresi azaltma, engellenmişlik hissini azaltma, belirtileri iyileştirme ve tıbbi bakımın uygunsuz kullanımını kısıtlamadır. Bu spesifik tedavi protokolü şu şekildedir: Altta yatan küçük patolojinin tedavisi, psikiyatrik ilaç tedavisi, psikoeğitim, psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, tıbbi kontrol, yatan hasta için program.

Özel problemler:

Çoklu semptom: Özellikle, hipokandriyazisli ve somatizasyonu olan hastalar tedavi talep eder ve amaç, iyileşmeden ziyade zararın sınırlandırılmasıdır (Smith vd., 1986: 1207).

Kronik acı: Ciddi kronik acı hem fiziksel hem de psikolojik etiyojolojiye sahip olabilir. Antidepresan tedavisi, davranışsal ve bilişsel davranışsal programların hepsinin işe yaradığı gösterilmiştir (Keefe vd., 1992: 528; France vd., 1988: 77-102).

Hipokandriyazis: Hipokandriyazis için çeşitli prosedürler mevcuttur. Warwick (1992: 76) ve Salkovskis (Salkovskis, 1992: 114) bilişsel ve davranışsal tekniklerin umut vadettiğini göstermiştir.

Beden algısı bozukluğu: Tedavisi ve tanımlanması zor olan beden algısı bozukluğu olan kişilerin bir kısmı nöroleptik ilaç tedavisi alır.

2.4.2. Obsesif Kompulsif

Obsesyonlar, belirgin bir biçimde anksiyete ve strese neden olan ve sürekli devam eden, girici, istenmeyen düşünce, imge ve dürtülerdir. Kompulsiyonlar ise obsesyonların verdiği kaygıyı gidermek için yapılan sayı sayma, el yıkama, düzenleme gibi ritüelistik davranışlar olabileceği gibi zihinsel eylemler de olabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 129). Obsesif kompulsif semptomların türleri genel olarak şu şekildedir: Kirlenme, şiddet, cinsel, dini, zararın sorumluluğu, biriktirme ve simetridir (Foa vd., 2002: 485; McKay vd., 2014: 283). Obsesif kompulsif bozukluğun oluşumunda çevresel faktörlerin yanı sıra genetik faktörler de önemli bir etkiye sahiptir. Fonksiyonel ve yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında bu bozukluğa sahip olan kişilerin orbitofrontal-limbik-bazal gangliyon-talamik halkadaki işlevlerinde bozukluk görülmüştür ve nörofarmakolojik çalışmalar ise, bozukluğun patofizyolojisinde serotonerjik sistemdeki anormalliklerin önemli olduğu gösterilmiştir (Eşel, 2000). Yapılan bir çalışmanın verileri değerlendirildiğinde Obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu görülme oranının %3.5 (erkekler için %1.7, kadınlar için %5.4), obsesif kompulsif sendromun ise %8.7 (erkekler için %9.9, kadınlar için 7.5) olduğu görülmüştür. Obsesif kompulsif belirtilerin ortalama başlangıç yaşının 18 olduğu ve %70'inin 20 yaş öncesinde açığa çıktığı görülmüştür. Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerin 1/3'i, obsesif kompulsif sendromu olan kişilerin ise %6.1'i tedavi olmuştur. Semptomların %60'ı kronik seyretmiştir (Angst

vd., 2004: 156). Başka bir çalışmada ise adölesanlarda obsesif kompulsif belirtilerin görülme oranının %18.3 ve obsesif kompulsif bozukluğun görülme oranının ise %3.3 olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada kızlarda obsesif kompulsif semptomların görülme oranının %24.8, erkeklerde ise %14.4 olduğu tespit edilmiştir (Vivan vd., 2013: 111). Pediatrik Obsesif kompulsif bozuklukta obsesif semptomların yapısına bakıldığı bir çalışmada oğlan çocuklarının kız çocuklarına göre cinsel, kız çocuklarının da oğlan çocuklarına göre biriktirme kompulsiyonlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Biriktirme kompulsiyonundaki yüksek puanlar yaygın yavaşlık, sorumluluk, kararsızlık, patolojik şüphe, depresyon ve çeşitli duygusal zorluklarla ilişkili bulunmuştur (Cols vd., 2008: 773). Yapılan bir araştırmada kadınların yalnızlığa karşı daha kırılgan ve obsesif kompulsif semptomlar geliştirme risklerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Javed vd., 2021: 1537). Başka bir çalışmada ise obsesif kompulsif semptomları olan kişilerin ailelerinin yaşamlarında oldukça zorlandığı tespit edilmiştir (Steketee, 1997: 919).

2.4.3. Kişilerarası Duyarlılık

Kişilerarası duyarlılık diğerlerinin sözel olmayan hal, yetenek ve özelliklerinin ipuçlarını kavrayabilme kabiliyetidir (Carney ve Harrigan, 2003: 194). Kişilerarası duyarlılık, adaptif sosyal işlevselliğin merkezidir. Yapılan deneysel bir çalışmada kişilerarası duyarlılığı yüksek olan bireylerin evlilik doyumlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (Noller ve Feeney, 1994: 199). Teorik olarak, duygusal ve sosyal zekanın altında kişilerarası duyarlılık yatmaktadır (Mayer ve Salovey, 1997: 3-31). Kişilerarası duyarlılık empati ile ilişkili olmasına rağmen, kişilerarası duyarlılığı olan kişiler empatik olmak zorunda değildir. Yani, empatik olmak kişilerarası duyarlılığı içerir fakat kişilerarası duyarlılık empatiyi içermek zorunda değildir. Kişilerarası duyarlılık, duygusal ve sosyal duyarlılık olarak sınıflandırılabilir. Duygusal duyarlılık, yüz ve beden hareketleri gibi sözsüz ipuçlarını doğru bir şekilde değerlendirebilme yeteneğidir. Sosyal duyarlılık ise, kişilik ve sosyal roller gibi daha global, sosyal bilgilerle ilişkilidir (Carney ve Harrigan, 2003: 194). Bir başka deyişle kişilerarası duyarlılık diğerleri karşısında kendini yetersiz olarak algılama konusunda kişilerin aşırı duyarlılığı olarak da tanımlanabilir. Diğerleri tarafından reddedilme ve eleştirilmeye dair duyarlılık söz konusudur (Derogatis vd., 1976: 280). Aynı zamanda kişilerarası duyarlılık kişisel yetersizlik, aşağılık hissi ve düşük morali de

içermektedir. Bu kişiler çabuk darılır, alay konularına karşı yoğun duyarlılığı vardır (Lipman vd., 1979: 9).

Kişilerarası duyarlılık, sosyal kaygı ile yakından ilişkilidir (Beck vd., 1985: 155). Yapılan bir araştırmada kişilik özelliği olarak görülen yüksek empati gücünün daha yüksek kişilerarası duyarlılık ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada yüksek empatiye sahip olan kişilerin egoistik liderlik özelliklerinin yerine kişilerarası duyarlılık stilleri benimsedikleri saptanmıştır (Mast vd., 2009: 835). Yapılan başka bir çalışmada kişilerarası duyarlılık, nörotizm, anksiyete bozuklukları, majör depresyon ve erken dönem çevresel etkileşimlerle ilişkili bulunmuştur (Wilhelm, 2001: 33). Başka bir çalışmada ise sosyal destek memnuniyetinin kişilerarası duyarlılık ve yaşam doyumu arasında aracı rol oynadığı görülmüştür (Wedgeworth vd., 2016: 22). 174 depresyonlu hastayla yapılan bir çalışmada yüksek düzey kişilerarası duyarlılık daha erken dönemli ve kronik depresyonla ilişkili bulunmuştur (Davidson, 1989: 357). Yapılan bir meta analiz çalışmasında yüksek kişilerarası duyarlılığın psikososyal fonksiyonallite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Hall vd., 2009: 149). Yine başka bir çalışmada da zeka ve kişilerarası duyarlılık arasında ilişki olduğuna dair benzer sonuçlar elde edilmiştir (Murphy ve Hall, 2010: 54).

2.4.4. Depresyon

Depresyon 60 yaş üzeri kişilerin yaklaşık %5.7'sinde, yetişkinlerin yaklaşık %5'inde dünya çapındaki popülasyonunda yaklaşık %3.8'inde görülmektedir (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2021). Dünyada yaklaşık 280 milyon depresyonlu birey vardır (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2021). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (2022), 60 yaş üzeri depresyonlu kişi sayısı bir milyondur ve bu sayının 2030'a kadar bir milyon dört yüz bine ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Depresyon günlük yaşam etkinliklerindeki zorluklara karşı verilen duygusal cevaplar ve ruhsal durum dalgalanmaları olarak bilinir. Özellikle, orta ve şiddetli tekrar eden depresyon ciddi bir sağlık durumudur. İnsanların şiddetli acı çekmesine, iş, okul ve aile yaşamlarının bozulmasına sebep olur. En kötüsü depresyon intihara yol açabilir. Her yıl yaklaşık 700.000 insan intihar ediyor. İntihar, 15-29 yaşındaki kişilerin ölümüne en çok yol açan dördüncü sebeptir. Bu bilinenlere rağmen düşük ve orta gelirli ülkelerdeki depresyonlu kişilerin %75'inden daha fazlası tedavi almazlar (Evan-

Lacko vd., 2018: 1560-1571). Tedavi için yeterli kaynakların olmaması, eğitimli sağlık çalışanı eksikliği ve toplumun ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı olan sosyal damgası düşük ve orta gelirli ülkelerdeki depresyonlu bireylerin tedavi alamamasının nedenleri arasındadır. Ayrıca gelir seviyesi fark etmeksizin tüm ülkelerde depresyonlu kişilerin tanısı iyi konulamayabilmektedir ve bu bozukluğa sahip olmayan kişiler de çokça yanlış tanı alabilmekte ve antidepresan kullanabilmektedir.

DSM 5'e göre depresif epizodun en az iki hafta boyunca ve beş veya daha fazla belirtiyi karşılaması gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 92) ve bu semptomlardan en az biri depresif duygudurumu veya ilgi kaybı olmalı. Bu epizot boyunca insanlar en az iki hafta boyunca süren üzüntü, huzursuzluk, boşluk gibi duygular deneyimler ve günlerinin çoğunda ilgi ve zevk kaybı meydana gelir. Ayrıca, konsantrasyon zayıflığı, aşırı suçluluk hisleri ve düşük özgüven gibi şeyler deneyimlerler. Gelecek hakkında umutsuzdurlar ve intihar ve ölüm hakkında düşünceleri vardır. Uyku düzenleri bozuktur. İştahlarındaki artma veya azalmadan dolayı kilo alımı veya kaybı vardır. Özellikle yorgunluk veya enerji eksiklikleri de vardır. Bazı kültürlerde bazı insanlar duygu durum değişikliklerini acı, tükenmişlik, zayıflık gibi daha bedensel semptomlarla ifade ederler. Fakat bu fiziksel semptomlar bir diğer medikal durum değildir. Depresif epizot boyunca kişi ailesel, sosyal, eğitimsel, mesleki veya yaşamın diğer alanlarında zorluklar çeker. Bir depresif epizot hafif, orta ve şiddetli olarak kategorize edilebilir.

Depresif epizodun şiddetine de bağlı olmakla birlikte sağlık çalışanları depresyondaki kişilere davranışsal aktivasyon, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi ve serotonin geri alım inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar gibi ilaç tedavisi de önerebilir (World Health Organization, 2021).

Depresyon sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin etkileşimi sonucunda açığa çıkar. İşsizlik, kayıp, travmatik kötü yaşam olayları deneyimleyen kişilerin depresyon geliştirme riskleri daha fazladır. Depresyon daha fazla strese, işlev kaybına ve insanların yaşamlarını daha kötü etkileyen durumlara sebep olur. Depresyon ve fiziksel sağlık arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Örneğin, kardiyovasküler bozukluklar depresyona neden olabilir ve tam tersi. Depresyon insanı kuvvetsizleştirip, zayıflatan en yaygın ruhsal bozukluklardan biridir (Baxter vd., 2013: 1) ve dünya çapında güçsüzlüğe neden olduğu söylenmiştir (Ferrari vd., 2013: 1). Aynı

zamanda üretkenlik, kişilerarası ilişkiler ve insan refahının bozulmasına sebep olan önemli bir durumdur ve ayrıca intihar ve madde kullanımı ile ilişkilidir (Clark et al., 2016: 455; Hawton et al., 2013: 17; Swendsen and Merikangas, 2000: 173; Zlotnick et al., 2000: 205). Sağlık ve sosyal desteği yetersiz fakir ülkelerde yaşlıların bakımsız bırakılması ve düşük özgüvenin depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (Alexopoulos, 2005: 1961; Laks ve Engelhardt, 2010: 374). Yapılan çalışmalar depresyonlu kişilerin beş ile on yıldan önce öldüklerini göstermiştir (Chin-Kuo vd., 2010: 1). Başka bir araştırmada kronik tıbbi hastalıkları olan insanlarda majör depresyon oranlarının diğer insanlara göre iki kat daha fazla olduğu görülmüştür (Ali vd., 2006: 1165; Titia Spijkerman vd., 2005: 411). Katon ve Schulberg'e (1992: 237) göre, temel bakım hastalarındaki depresyon oranı %5 ile %10 arasındadır. Bir çalışmaya göre bilişsel bozukluk, yaş, psikoz, işsizlik ve intihar düşüncesi depresyonun şiddeti ile ilişkilidir (McDermott vır Ebmeier, 2009: 1; Johanson ve Bejerholm, 2017: 1807). Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) ise depresif belirtilerin şiddetini ölçmek için sık kullanılan bir ölçektir (Zimmerman vd., 2013: 384). Yapılan bir çalışmada orta şiddetteki depresyonlu kişilerin kardiyovasküler hastalıklara yakalanma risklerinin yüksek şiddetteki kişilere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (Almas vd., 2015: 1). Yine yapılan bir diğer çalışmada ise depresyonun şiddetiyle kardiyak problemler arasında ilişki olduğu ve bir önceki çalışmayı destekler nitelikte sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Şiddetli depresyonlu ve depresyonlu olmayan kişilerin kardiyak problemlere yakalanma risklerinin orta şiddet depresyonlu kişilere göre daha az olduğu bulunmuştur (Tolentino ve Schmidt, 2016: 9).

2.4.5. Anksiyete

Anksiyete en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan bir tanesidir (Remes vd., 2014: 66; Kessler vd., 2010: 21-37). Genel popülasyonda anksiyetenin mevcut prevalansının %0.9 ile %28.3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Baxter vd., 2013: 897). Burden of Diseases'e göre anksiyete dünya için temel yüklerden bir tanesidir (Yang vd., 2018: 1) ve felç (Rafsten vd., 2018: 1) ve diyabet (Amiri vd., 2019: 1) gibi birkaç risk faktörüyle ilişkilidir.

Anksiyete, kişinin belirsiz durumlar tarafından tetiklenen, endişe ve huzursuzluğa yol açan psikolojik bir haldir (Zeidner ve Matthews, 2010: 5). Anksiyete ve korku

kavramları genellikle karıştırılabilmektedir. Anksiyeteden farklı olarak korku, tehlikeli bir hayvan gibi tanımlanabilir ve spesifik bir uyarana karşı biyolojik olarak yoğun fiziksel ve davranışsal uyumu kasteder. Tehdit gerçek olduğu için kişi korkulu uyarana karşı savaşıyor, kaçıyor veya donuyor kalır (Zeidner ve Matthews, 2010: 5). Anksiyete ve korkunun farklılıkları olsa da benzerlikleri de vardır. Çevreden gelen tehdit ve tehlikeye karşı yapılan bilişsel değerlendirme, endişe ve gerginlik uyandırıyor olmaları, öznel bir gerilim ve huzursuzluk hissi oluşturmaları, sinir sistemi uyarılmasına ve güçlü bedensel belirtilere sebep olmaları, meydana gelmek üzere olan bir olay için kötü hissetme ve benzer davranışsal tepkilere sebep oluyor olmaları benzerlikleri arasında sayılabilir (Zeidner ve Matthews, 2010: 5). Anksiyete bilişsel, duygusal, bedensel ve davranışsal tepkileri barındıran çok boyutlu karmaşık bir yapı olarak görülür (Zeidner ve Matthews, 2010: 7). O boyutlar şu şekilde sıralanabilir:

-Düşüncedeki karışıklık: İnsan kaygılandığında problemleri hakkında daha endişeli olur ve dikkatini daha da içe yönlendirir.

-Olumsuz duygu: Anksiyete gerginlik, asabılık ve sinirlilik gibi duygu olarak hissedilebilir.

-Bedensel semptomlar: Anksiyete, savaş ya da kaç sistemine cevaben kişide kalp atım hızında artma, avuç içlerinde terleme gibi fiziksel semptomların eşlik ettiği bir takım bedensel tepkiler oluşturabilir.

-Davranışsal tepkiler: Anksiyete, tehlikeden kaçma yolları arama gibi davranış örüntülerine sebep olabilir. Ek olarak, huzursuzluk gibi sözel olmayan davranış örüntüleri de açığa çıkarabilir.

Anksiyete, tüm duygularımız gibi bir duygudur ve normal hayatın bir parçasıdır. Fakat patolojik anksiyete normal hayatı sekteye uğratan güçlü ve zorlayıcı bir etkiye sahiptir. Klinik düzeyde kaygısı olan kişiler kendi ve diğerleriyle ilgili gerçekçi olmayan algıya sahiptirler.

Korku, güçlü bir uyarılma oluşturarak eyleme geçmeye kişiyi hazırlayan, mevcut tehlikeye verilen ilkel bir tepkidir. Anksiyete ise rahatsız edici potansiyel bir olayın kontrol ve tahmin edilemez olarak algılanmasını sağlayan, gelecek odaklı bir duygudur (Barlow, 2002: 104).

Beck, Emery ve Greenberg anksiyete ve korkuyu biraz daha farklı perspektiften değerlendirmişlerdir. Korkuyu, belirli bir durumdaki potansiyel veya gerçek tehlikenin değerlendirilmesini içeren bilişsel bir süreç olarak anksiyeteyi ise korkuya verilen duygusal bir tepki olarak tanımlamışlardır. Bu yüzden korku, tehdidin değerlendirilmesi, anksiyete ise korku aktive olduğunda hoş olmayan duygusal durumun açığa çıkması olarak açıklanmıştır (Beck vd., 1985: 9).

Anksiyete insan yaşamının işlevsel ve önemli duygularından biridir. Bu duygunun varlığı her zaman anormal bir durum değildir. Hepsi aynı anda olmak zorunda olmamakla birlikte şu beş kriter anksiyetenin varlığının anormal olduğunu gösterebilir:

-Fonksiyonel olmayan biliş: Direkt gözlemlendiğinde diğer insanlar tarafından da aynı değerlendirme ve yorumun yapılamayacağı, hatalı ve yanlış varsayımdan dolayı açığa çıkan anksiyete, bilişsel teorinin de temel açıklamalarındandır (Beck vd., 1985: 54-67). Gerçekliği değerlendirmeye ilgili bir aşırılık, hatalı bilgi işleme sürecini devreye sokarak fonksiyonel olmayan inançları yani şemaları aktive eder (Clark ve Beck, 2010: 6).

-İşlevin bozulması: Klinik düzeyde bir anksiyete, kişi bir tehditle karşılaştığında etkili ve uyumlu bir düzeyde o durumla başa çıkmasını engeller ve genellikle kişisel, sosyal ve mesleki yaşamda bozulmalar meydana getirir (Beck vd., 1985: 19-37).

-Süreklilik: Klinik düzeyde bir anksiyete normal koşullarda sürmesi beklenen süreden daha uzundur. Anksiyete, tehdit ve tehlike beklentisini içeren gelecek odaklı bir duygudur (Barlow, 2002: 62). Sonuç olarak, klinik düzeyde bir anksiyete, yaklaşan potansiyel bir tehdide gerçeklikle uyumlu olmayan bir düzeyde verilen öznel ve duygusal bir tepkidir (Clark ve Beck, 2010: 7).

-Yanlış alarm: Anksiyete bozukluklarında sıklıkla meydana gelir ve Barlow' a (2002: 220) göre öğrenilmiş veya öğrenilmemiş ve sürekli var olan bir uyarının yokluğunda meydana gelen ve yaşamı tehdit eden bir uyarana verilen belirgin panik veya korkudur. Spontane panik ataklar bunun en iyi örneğidir (Clark ve Beck, 2010: 7).

-Uyaranlara karşı aşırı duyarlılık: Tehdit olarak algılanan içsel veya dışsal ipucuna verilen abartılı tepkidir (Öhman ve Wiens, 2004: 72).

Anksiyete, tehdit ve tehlikeye karşı verilen fizyolojik, psikolojik, davranışsal ve duygusal cevapları içerir; çok yönlüdür (Beck vd., 2005: 3-19).

Anksiyetenin ortak semptomları şu şekildedir:

-Fizyolojik semptomlar: Artan kalp hızı, çarpıntı; nefes darlığı, hızlı nefes alıp verme; göğüste ağrı ve baskı; boğulma hissi; sersemlik, baş dönmesi; terleme, ürperme, sıcak basması; bulantı, mide kalkması, ishal, titreme, sallanma; omuz ve ayaklarda titreme veya karıncalanma; zayıflık, huzursuzluk; ağız kuruluğu, kas gerginliği ve katılık.

-Bilişsel semptomlar: Kontrolü kaybetme korkusu, başa çıkamayacak olma; ölme veya yaralanma korkusu; çıldırma korkusu; diğerleri tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu; korkulu düşünce, imge ve anılar; gerçek dışılık algısı; zayıf konsantrasyon ve odaklanma, dikkatin dağılması; yanlı dikkat, tehdide karşı hipervijilans; zayıf hafıza, akıl yürütmede zorluk, nesnelliğin kaybı.

-Davranışsal semptomlar: Belirli tehdit veya ipuçlarından kaçınma; savaş, kaç; güvence arayışı; huzursuzluk; ajitasyon; hiperventilasyon; donma, hareketsizlik; konuşma güçlüğü.

-Duygusal semptomlar: Gerginlik, sinir; korkulu, dehşete düşmüş, dehşet verici; stresli, diken üstünde, asabi; sabırsız, engellenmiş.

2.4.6. Hostilite (Düşmanlık)

“Düşmanlık (hostility) Engel oluşturan kişi ya da kişilere zarar verme; ondan ya da onlardan öç alma, ona ya da onlara acı çektirme isteği eşliğinde gelişen inatçı bir öfke ve içerleme duygusu.” (Bkz. kin; nefret: Bakırcıoğlu, 2012: 731). Amerikan Psikiyatri Birliği’ne (2013: 223) göre ise hostilite; davranış, tutum ve duygudaki yoğun düşmanlık ve antagonizmin açıkça ifade biçimidir. Tarihsel olarak bakıldığında düşmanlık davranışsal bir tutum olarak düşünülmüştür. Düşmanlığın bu standart tanımındaki davranışsal yapı diğerlerini değerlendirmedeki olumsuzluk ve antipatiyi de içerir (Buss, 1961; akt. Eckhardt, 2004:19). Benzer şekilde Berkowitz (1993: 21) de maksadın kararlı bir şekilde olumsuz değerlendirilmesi neticesinde bir veya birçok insana karşı olumsuz davranışsal tutum olarak tanımlar. Spielberg (1988: 6) ise, sık sık kinci ve agresif davranışlara sebep olan bir dizi duygu ve davranışların karışımı olarak ifade etmiştir. Smith (1994: 26), düşmanlığın tanımına bilişsel boyutu da eklemiştir. Hostilite aynı zamanda öfke, agresyon ve kinizm gibi çeşitli kavramlarla ilişkilidir (Lee ve Bourdage, 2002: 237). Beş Faktör Kuramı da hostiliteyle ilgili açıklama sunmaktadır. Bu kurama göre hostilite ve öfke nörotisizm ile pozitif, arkadaş

canlısı olma ile negatif bir ilişkiye sahiptir (Lee ve Bourdage, 2002: 238). Hostilite, bazı rahatsızlıklarla da ilişkili bulunmuştur. Yapılan araştırmalara göre hostilite hem kadın hem de erkekler için koroner kalp hastalığı ve erken ölümle ilişkili bulunmuştur.

2.4.7. Fobik Anksiyete

Fobi, spesifik obje veya yerlere karşı mantıksız ve yoğun korku olarak tanımlanır ve fobik durumlardan kaçmaya sebep olur ve kontrol edilemez (APA). Bu yüzden fobiler normal psikolojik fonksiyonlardan farklı olarak özellikle kasıtlı ve bilişsel olmayan bir şekilde açığa çıkar (Öhman ve Soares, 1994: 231). Fobi kasıtlı bir kontrolden uzak otomatik bilgi işleme süreci neticesinde açığa çıkar. Örneğin, Öhm ve Soares'e (1993: 121) göre, duygusal olarak ilgili uyaranların bazı türlerinin dikkat öncesi, otomatik ve otonomik tepkiler gibi bir fobi reaksiyonunun bileşenlerini aktive etmek için yeterli olduğunu öne sürmüştür. Bu dikkat öncesindeki uyaran mekanizmaları hem dikkat odağının dışında çalıştıkları hem de iç gözlem ve sözlü raporlara erişilemeyecekleri için bilinçsizdir (Greenwald, 1992: 766). Ayrıca bu kişiler belirli durumlarda anksiyete hissederler fakat kaçındıklarında bu kaygı ortadan kaybolur (Haines, 1987: 297).

Kadınlarla yapılan bir çalışmada yüksek fobik anksiyete düzeyinin kişilerin ölümcül koroner kalp hastalıklarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (Albert vd., 2005: 480). Başka bir çalışmada fobik anksiyetenin istemik kalp hastalıklarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (Haines, 1987: 297). Yapılan başka bir çalışmada ise fobik anksiyetenin parkinson için bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (Weisskopf vd., 2003: 646).

2.4.8. Paranoid Düşünce

Paranoid düşünce, diğerleri tarafından zarar, zulüm görecek olma ve adaletsiz bir şekilde davranılacak olma ve sürekli devam eden şüphencilik ile giden bir düşünce sürecidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 328). Paranoid düşünce, birinin eşinin vefasından şüphe etmesi, birinin kendine kumpas kurması, kişiyi gizlice test etmesi veya casusluk yapması gibi kuşkulu, kötücül veya grandiyöz içerikler tarafından domine edilen bir düşünme şeklidir. Fakat bu düşünme şekli delüzyon olacak derecede değildir (Sadock vd.,2015: 714-818). Paranoid düşünce toplumda yaygın olarak görülür. Yapılan çalışmalara göre paranoid inanışlar genel toplumda yaklaşık %15 ila %33 arasında bir prevalans gösterir (Ascone vd., 2017: 97; Eaton vd., 1991: 1051;

Freeman vd., 2005: 427). Paranoid düşünce yaşamın neredeyse her alanında görülür ve günlük yaşamda birine güvenilip güvenilmeyeceği gibi bir karardan açığa çıkar. Paranoid düşünce, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve delüzyonel bozukluk gibi psikotik bozukluklarda da görülür (WHO, 1992: 26). 70 yaşındaki kişilerle yapılan bir çalışmada paranoid düşünmeye dair prevalansın %1 olduğu gözlemlenmiştir (Singström, 2009: 1413). 1420 yaşlı insanla yapılan bir çalışmada örneklemin %6.3'ünde paranoid düşünme bulunmuştur. Bilişsel çarpıtması olan kişilerin olmayanlara göre paranoid düşünmeye dair prevalanslarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda boşanmış olma, kadın olma, depresif semptomlar, psikotropik ilaç kullanımı, arkadaşına sahip olmama ve göçmen olma gibi durumların bilişsel çarpıtmalar üzerinde etkiye sahip olduğu görülmüştür (Forsell ve Henderson, 1998: 429). Yapılan başka bir çalışmada sonuca atlama ile paranoid düşünce arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür (Freeman vd., 2008: 255).

Bir komplo kötücül, yasadışı ve gizli olan birçok gizli parametreyi içerir (Zonis ve Joseph, 1994: 443). Komplolara inanmak, kazara veya kasıtsız olması daha muhtemel olan şeylere kasıtlı bir şekilde katkıda bulunmak olarak tanımlanır ve bu yüzden diğer açıklamalar daha muhtemel olduğunda komplo varsayımları önemsiz olur (Aaronovitch, 2009: 29). Komplo teorileri ünlü kişilerin ölüm, katliam ve terör saldırısı gibi olayları açıklamak için öne sürülmüştür (Parker, 200: 191-207). Goertzel (1994: 731), komplolara olan inançların düşük seviyedeki güven ve yüksek seviyedeki anonimlik ile ilgili olduğunu söylemiştir. Aynı zamanda böyle inançlar negatif ve öfkeli duyguları dışsallaştırır. Abalakina ve diğerleri (1999: 637), belirli komplolara olan inançların yüksek seviyedeki anonimlik, güçsüzlük, otoriterlik ve düşük seviyedeki özgüvenle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ek olarak komplo teorilerine olan inanç, duyu ötesi algı, önsezi ve psikokinez gibi bilimsel olarak imkansız olan mevcut düşüncelerin kabulü anlamına gelen paranormal inançla da ilgilidir (Darwin vd., 2001: 1289). Paranormal inançlar sihir, büyü ve dini yollarla düşünmeyi içeren çok boyutlu yapılardır (Lindeman ve Aarnio, 2006: 585). Holm'a (2009: 36) göre, komplo ile ilgili düşünme şekli paranoyaya çok benzerdir. Bu kişiler dış faktörlerden açığa çıkabilecek tehlikelerden korkarlar. Bentall (2000: 79), paranormal düşünce ve delüzyonun birbiriyle ilişkili kavramlar olduğunu ve bilgi işleme ve akıl yürütme süreçlerini baltaladığını söylemiştir. Grzesiak-Feldman ve Ejsmont (2008: 884), paranormal inançların, şizotipi ve paranoid düşünmenin komplolara olan inançla ilişkili olduğunu

söylemiştir. Paranormal inançların incelendiği ve 18-50 yaş aralığında olan 60 kadın ve 60 erkekle yapılan bir çalışmada kadınların puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür (Darwin vd., 2011: 1289).

Yapılan bir araştırmada psikotik semptomları veya paranoid düşünceleri olan kişilerin bu semptomu olmayan kişilerle kıyaslandığında bilişsel fonksiyonları açısından bir farklılık olmadığı görülmüştür (Östling vd., 2007: 999). Psikozsuz paranoid inanışları olan kişilerin yaşam boyu intihar girişim oranları psikozlu paranoid inanışları olan kişilere göre beş kat daha fazla olduğu görülmüştür. Psikozlu paranoid inanışları olan kişilerin majör depresyon bozuklukları da varsa, yaşam boyu intihar girişiminin majör depresyon bozukluğu olmayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Aynı zamanda psikozsuz paranoid düşüncesi olan kişilerin eşten şüphelenmeleri yaşam boyu intihar girişim oranlarıyla önemli derecede ilişkili bulunmuştur (Na, 2019: 826). 193 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada paranoid düşüncenin depresif mod, sosyal anksiyete ve kaçınma, değerlendirilme endişesi, kendini izleme ve düşük özsaygı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada paranoid düşünce ve yargılar arasında önemli bir ilişki olmadığı görülmüştür (Martin ve Penn, 2001: 261).

2.4.9. Psikotizm

Psikotizm özellikleri, artmış agresyon semptomları, tartışma ve okula devamsızlık gibi dışa vurulmuş bazı davranışlarla ilgilidir (Center vd., 2005: 395). Psikotizm özellikleri ve artan dışavurulan davranışlarla ilişkili artan agresyon, gelişim döneminde maruz kalınan zorbalık gibi sosyal uyumdaki bazı zorluklarla ilişkilendirilebilir (Farmer vd., 2010: 364).

Yapılan bir çalışmada psikotizm ve sosyal izolasyon gibi faktörlerle ortaokul öğrencilerinin madde kullanımıyla olumlu bir şekilde ilişkili bulunmuştur (Iorfa vd., 2018: 133). Yapılan bir araştırmada yaratıcılık ve psikotizm arasında bir ilişki olduğu görülmüştür (Acar ve Runco, 2012: 341). SCL-90 ölçeği ile yapılan bir çalışmada psikotizm alt boyutuyla panikle ilişkili inançlar yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur (Masd vd., 2017: 1). Başka bir çalışmada ise psikotizmi yüksek olan kişilerin düşük olan kişilere göre stres, anksiyete ve depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (Singh ve Gupta, 2021: 143).

2.5. İlgili Araştırmalar

Yetişkinlerde kişilik özellikleri, otomatik düşünceler ve yaşam doyumunun birlikte incelendiği bir çalışmada otomatik düşünceler ölçeğinin olumsuz benlik ve uyumsuzluk/pişmanlık alt boyutları puanlarının cinsiyete göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada otomatik düşünceler ölçeği yalnızlık/umutsuzluk alt boyutu puanlarının medeni duruma göre de farklılaştığı bulunmuştur (Karaman, 2019: 68-69).

Engellenme ve bilişsel esneklik arasındaki farkın araştırıldığı bir araştırmaya 17-61 yaşlarında 95 yetişkin alınmıştır. Bu kişiler yaygın kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayrılmış ve birtakım nöropsikolojik testler uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre obsesif kompulsif grubunun bilişsel esnekliklerinin yaygın anksiyete grubunun bilişsel esnekliklerinden daha zayıf olduğu görülmüştür (Alcazar vd., 2019: 20).

Üniversite öğrencileriyle yapılan ve belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel esnekliğin nörotisizm ve depresyon, yaygın kaygı, panik bozukluk, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu ve yeme bozukluğu semptomları üzerindeki aracı rolünün incelendiği bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel esnekliğin nörotisizm ve depresyon, yaygın kaygı, panik bozukluk, sosyal fobi ve travma sonrası stres bozukluğu üzerinde önemli düzeyde aracılık ettiği görülmüştür. Yine aynı çalışmada sadece belirsizliğe tahammülsüzlüğün nörotisizm ve yeme bozukluğu semptomları arasında önemli düzeyde aracılık ettiği de tespit edilmiştir (Clarke ve Kiropoulos, 2021: 1).

Umutsuzluk, bilişsel esneklik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve algılanan stres arasındaki ilişki 302 üniversite öğrencisinden toplanan verilerle değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre umutsuzluk bilişsel esneklikle negatif yönde, belirsizliğe tahammülsüzlük ve algılanan stresle pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, algılanan stresle belirsizliğe tahammülsüzlük arasında pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel esnekliğin umutsuzluk ve algılanan stres arasında aracı değişkenler olduğu ve tüm değişkenlerin algılanan stresi %37 oranında yordadığı da görülmüştür (Demirtaş ve Yıldız, 2019: 259).

101 depresyon hastası ve 82 klinik olmayan kişilerin bulunduğu iki grupta fonksiyonel olmayan şemalar, otomatik düşünceler ve hastalık şiddeti arasındaki ilişki

incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre klinik örneklemdaki yüksek depresyon puanlarının daha fazla otomatik düşünce ve ara inançla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca klinik olan ve olmayan grupta da otomatik düşüncelerin depresif semptomların şiddetini açıkladığı tespit edilmiştir. Ara inançların depresyonun şiddetini otomatik düşünceler aracılığıyla dolaylı bir şekilde yordadığı gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, şema aktivasyonu olmadan klinik olan bir durumun meydana gelmeyeceği görülmüştür (Fatih vd., 2020: 55).

Madde kullanım geçmişi olan bireylerle yapılan bir çalışmada yalnızlık ve otomatik düşüncelerin psikolojik belirtileri yordama düzeyleri ele alınmıştır. Analiz sonuçlarına göre, kaygı, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyonun yalnızlık ve otomatik düşünceler tarafından yordandığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada otomatik düşüncelerin hostilitiyi yordadığı da görülmüştür (Gamsız, 2017: 75-87).

Hizmet öncesi 414 öğretmenin katıldığı bir çalışmada duygusal zeka, bilişsel esneklik ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre duygusal zeka ve bilişsel esneklik kaygı ve depresyonla negatif ilişkili bulunmuştur (Gündüz, 2013).

Bağlanma stilleri, irrasyonel inançlar ve psikolojik semptomların bilişsel esnekliği yordama düzeylerinin tespit edildiği ve 436 öğrenci ile gerçekleştirilmiş bir çalışmanın analiz sonuçlarına göre, tüm değişkenlerin bilişsel esnekliği %41 oranında açıkladığı bulunmuştur. Bilişsel esnekliği en çok yordayan alt boyutların ise irrasyonel inançlar, obsesif bağlanma ve kaygı olduğu görülmüştür (Gündüz, 2013: 2079).

Otomatik düşünceler ve metakognisyonların depresyon ve anksiyeteyi yordayıp yordamadığının tespit edilmesi için 201 katılımcıyla yapılan bir çalışmada otomatik düşüncelerin depresif semptomların seviyesini yordadığı, metakognisyonların ise hem anksiyete hem de depresif semptomların seviyesini yordadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada yazılan izlem çalışmaları neticesinde ise metakognisyonların gelecekteki başlıca kaygı seviyesini yordadığı, otomatik düşüncelerin ise gelecekteki depresif semptomların seviyesini yordadığı tespit edilmiştir (Hjemdal vd., 2013: 59).

Bilişsel yeniden yapılandırma becerilerinin kazanılması ile ilgili bilişsel esnekliklerinin tespit edilmesi amacıyla 47 kişiden oluşan, anksiyete ve depresyonu olan yaşlı bir grup ve 53 kişiden oluşan yaşlı kontrol grubunun kullanıldığı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Klinik örneklem grubunda hem daha düşük bilişsel yeniden

yapılandırma hem de daha düşük bilişsel esneklik puanları saptanmıştır. Aynı zamanda bilişsel esnekliğin klinik durumla bilişsel yeniden yapılandırmanın niteliği arasında aracılık ettiği de tespit edilmiştir. Sonuç olarak, anksiyeteli ve depresyonlu yaşlıların bilişsel yeniden yapılandırmadan faydalanma düzeyleri oldukça düşük çıkmıştır ve bu kısmen bilişsel esneklik yeteneklerinin zayıflığından kaynaklanmaktadır (Johnco vd., 2015: 754).

Atlet ve koçlar örneklemi ile yapılan bir çalışmada, irrasyonel performans inançları ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün zihinsel iyilik haliyle ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre atletler performanslarıyla ilgili daha küçük düşürücü düşüncelere sahip bulunmuş ve belirsizliği daha kötü algılamışlardır. Aksine koçlar daha iyi bir zihinsel durumu bildirmişlerdir. Aynı zamanda irrasyonel performans inançlarıyla belirsizliğe tahammülsüzlük arasında pozitif yönde, zihinsel iyilik haliyle ise negatif yönde ilişki olduğu görülmüştür (Jooste vd., 2022: 1).

Yaşları 8 ve 14 arasında değişen 97 çocukla yapılan başka bir çalışmada, farklı tipteki otomatik düşüncelerin anksiyeteyi yordayıp yordamadığını tespit etmenin yanı sıra anksiyetenin meydana gelmesi ve otizm spektrum bozukluğu olan çocukların deneyimlemiş olduğu otomatik düşünce tipleri de incelenmiştir. Buna göre otomatik düşünceyle belirsizliğe tahammülsüzlüğün ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda anksiyete ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün kişisel başarısızlıkla ilgili düşüncelerle ilişkili olduğu görülmüştür (Keefer vd., 2018: 730).

Bilişsel esnekliğin panik bozukluğu olan yetişkinlerde güvenlik davranışlarıyla belirsizliğe tahammülsüzlük arasında aracılık edip etmediğinin araştırıldığı bir çalışmaya 71 panik bozukluğu olan yetişkin hasta katılmıştır. Analizlere göre, bilişsel esnekliğin belirsizliğe tahammülsüzlük ve güvenlik davranışları sırasında açığa çıkan artmış irkilme arasında aracılık yaptığı görülmüştür (Lieberman vd., 2015: 1495).

Otomatik düşünceler, belirsizliğe tahammülsüzlük ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki 393 katılımcının bulunduğu bir çalışmada incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün otomatik düşünceler ve stresle başa çıkma tarafından yordandığı tespit edilmiştir (Parmaksız, 2021: 1).

Bağlanma, kendilik algısı, psikopatolojik semptomlar ve olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada olumsuz otomatik düşüncelerin kendilik

algısını yordadığı, psikopatolojik belritilerin ise olumsuz duygu ve düşünceler ve kaçma ve yalnızlık temalı otomatik düşünceler tarafından yordandığı görülmüştür (Şahin ve Yaka, 2010: 64).

COVID-19 pandemi sürecinde depresyon ve anksiyete semptomlarına belirsizliğe tahammülsüzlüğün etkisi 3805 Arjantinli katılımcıyla araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyete ve depresif semptomlar tarafından yordandığı görülmüştür. Aynı zamanda belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi daha yüksek olan genç kadınların daha yüksek anksiyete ve depresif semptomlar gösterdiği bulunmuştur (Valle, 2020: 1).

Üniversite öğrencilerinin karar verme süreç ve stillerindeki özgüven, belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel esneklik ve mutluluk arasındaki ilişki 349 kişiden toplanan verilerle incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, karar verme süreci ve stilindeki özgüvenin belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel esneklik ve mutluluk seviyesi tarafından yordandığı bulunmuştur (Yıldız ve Eldeklioğlu, 2020: 39).

Majör depresyon bozukluğu ve yaygın kaygı bozukluğu olan bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe ve ruminasyonun ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada yer alan katılımcılar majör depresyon bozukluğu olan 27 kişi, yaygın kaygılı bozukluğu olan 28 kişi ve her iki tanının birlikte görüldüğü 6 kişiden oluşmaktadır. Analiz sonuçlarına göre, endişe, ruminasyon, belirsizliğe tahammülsüzlük, kaygı ve depresif semptomlar birbiriyle ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, endişenin belirsizliğe tahammülsüzlük ve kaygıya aracılık ettiği, ruminasyonun da belirsizliğe tahammülsüzlük ve depresif semptomlara aracılık ettiği görülmüştür (Yook vd., 2010: 623).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde katılımcılara dair sosyodemografik bilgiler, tez çalışmasında kullanılan veri toplama araçları hakkında bilgilendirme ve verilere ait istatistiksel analizlerin nasıl yapıldığı yer almaktadır.

3.1 Örneklem

Mevcut çalışmadaki veriler, internet üzerinde hazırlanan bir anketi olasılığa dayanmayan örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel/kolay örnekleme yöntemiyle katılımcılara iletilerek elde edilmiştir. Mevcut çalışmaya 18-45 yaş aralığında 273'ü (%67,9) kadın 129'u (%32,1) erkek olmak üzere 402 katılımcıdan oluşmaktadır. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 29 ($S = 8,73$) olup kadın katılımcıların yaş ortalaması 28,96 ($S = 8,75$), erkek katılımcıların yaş ortalaması ise 29,09'dur ($S = 8,71$). Yaş grupları incelendiğinde katılımcıların %50'si ($n = 201$) 18-25 yaş aralığında %50'si ($n = 201$) 25-45 yaş aralığındadır. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde ise %1,5'u ($n = 6$) ilkokul, %2,5'i ($n = 10$) ortaokul, %16,2 ($n = 65$) lise mezunu ve %79,9'u ($n = 321$) ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %39,3'ü ($n = 158$) evli, %59,5'i ($n = 239$) bekar ve %1,2'si ($n = 5$) boşanmıştır. Katılımcıların %20,6'sı ($n = 83$) düşük, %75,1 ($n = 302$) orta ve %4,2'si ($n = 17$) yüksek gelir düzeyine sahip kişilerdir. Mevcut araştırmaya katılan katılımcılara çalışma hakkında bilgilendirilmiş onam sunulmuş ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilerek sadece gönüllü katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.2 Veri Toplama Araçları

Katılımcılara bilgilendirilmiş onam, Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri, Otomatik Düşünceler Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği uygulanmıştır. Veri toplama araçlarına dair bilgiler aşağıda yer almaktadır.

3.2.1 Bilgilendirilmiş Onam ve Demografik Bilgi Formu

Bilgilendirilmiş Onam sayesinde katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş çalışmaya katılımın tamamen gönüllü olduğu bildirilmiştir. Hemen sonrasında ise katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumuna dair bilgilerin elde edildiği Demografik Bilgi Formu verilmiştir. Tüm ölçeklerin doldurulması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

3.2.2 Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Psikolojik Belirti Tarama Lisitesi'nin (SCL-90) kısa formu olarak bilinen Kısa Semptom Envanteri (KSE) Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş ve Şahin ve Durak (1994) tarafından da Türkçeye uyarlanmıştır. Çok boyutlu bir kendini tarama ve değerlendirme ölçeği olarak da tanımlanmaktadır. SCL-90 somatizasyon, obsesif kompulsif, kişiler arası alınganlık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizm olarak 9 alt ölçekten ve global rahatsızlık belirleyici 3 ölçekten oluşmaktadır. Bu 9 alt ölçek ve 90 madde arasından her bir alt ölçekten en yüksek puanlı 53 madde seçilerek KSE geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert tipindedir ve maddeleri 0 (Hiç), 1 (Biraz), 2 (Orta derecede), 3 (Epey) ve 4 (Çok fazla) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan psikolojik belirtilerin şiddetini ifade eder. Şahin ve Durak (1994) tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla üç farklı çalışma yapılmıştır. İlk çalışmada ölçek alt ölçeklerinin Cronbach Alfa değerleri şu şekilde bulunmuştur: Depresyon 0,88; anksiyete 0,87; olumsuz benlik 0,87; somatizasyon 0,75; hostilite 0,76. İkinci çalışmada ise KSE alt ölçeklerinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı obsesyon için 0,74; paranoid düşünceler için 0,71; hostilite için 0,77; fobik anksiyete için 0,71; psikotizm için 0,65; somatizasyon için 0,86; kişilerarası duyarlılık için 0,76; depresyon için 0,84; anksiyete için 0,84; ek maddeler için 0,61 olarak bulunmuştur. Üçüncü ve son çalışmada ise alt ölçeklerin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı obsesyon için 0,69; paranoid düşünceler için 0,72; hostilite için 0,74; fobik anksiyete için 0,63; psikotizm için 0,55; somatizasyon için 0,82; kişilerarası duyarlılık için 0,69; depresyon için 0,82; anksiyete için 0,82; ek maddeler için 0,63 olarak bulunmuştur.

3.2.3 Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)

Orijinali Hollon ve Kendal (1980) tarafından geliştirilen ve Şahin ve Şahin (1992) tarafından Türkçeye uyarlanan otomatik düşünceler ölçeği 30 sorudan oluşmaktadır. 5’li likert tipinde olan ölçeğin maddeleri 1 (Hiç), 2 (Ender), 3 (Ara sıra), 4 (Sık sık) ve 5 (Her zaman) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 150 iken en düşük puan 30’dur. Ölçekten alınan yüksek puan otomatik düşüncelerin sıklığına işaret eder. Ölçek beş faktörden oluşmaktadır ve faktörleri kendine yönelik olumsuz düşünceler, şaşkınlık ve kaçmaya yönelik olumsuz düşünceler, kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler, yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceler ve ümitsizliğe yönelik olumsuz düşüncelerdir (Şahin ve Şahin 1992). Ölçeğin uyarlamasında yarıya bölme güvenilirlik katsayısının 0,91, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının 0,93 olduğu ve test tekrar test güvenilirlik katsayısının 0,77 olduğu bulunmuştur. Madde toplam korelasyon katsayısının ise 0,35 ile 0,69 arasında değer aldığı görülmüştür.

3.2.4 Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)

Dennis ve Wal (2010) tarafından geliştirilen ölçek Gülüm ve Dağ (2012) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. BEE’nin alternatifler ve kontrol olmak üzere iki alt boyutu vardır. Alternatifler alt boyutu hayatta ortaya çıkan yeniliklerle ne kadar iyi mücadele ettiğini ölçerken kontrol alt boyutu ise zorlayıcı durumlara dayanabilme gücünü ve çözüm üretebilme kapasitesini ölçmektedir. Toplam 20 maddeden oluşan ölçek ve 5’li likert tipindedir. 1 (Hiç uygun değil), 2 (Pek uygun değil), 3 (Kararsızım), 4 (Uygun) ve 5 (Tamamen uygun) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100 iken en düşük puan 20’dir. Ölçekten alınan yüksek puan daha yüksek bilişsel esnekliğe işaret etmektedir. Ölçeğin ters maddeleri ise 2, 4, 7, 9, 11 ve 17’dir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alternatifler alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,89, kontrol alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı ise 0,85’tir. Geçerlilik sınaması için kullanılan ölçeklerin korelasyonu 0,12 ile 0,35 arasında değişmektedir.

3.2.5 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12)

Freeston ve arkadaşları (1994), tarafından geliştirilen 27 maddelik ölçeği esas alarak Carleton ve arkadaşları (2007), tarafından ölçeğin kısa formu geliştirilmiştir. Sarıçam ve arkadaşları (2014), tarafından da Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Toplam 12 sorudan oluşmakta ve 5’li likert tipindedir. 1 (Bana hiç uygun değil), 2 (Bana çok az uygun), 3 (Bana biraz uygun), 4 (Bana çok uygun) ve 5 (Bana tamamen uygun) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60 iken en düşük puan 12’dir. Artan puanlar belirsizliğe tahammülsüzlüğü göstermektedir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarında maddelerin faktör yüklerinin 0,55 ila 0,87 arasında değiştiği ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0,88, test tekrar korelasyonunun ise 0,74 olduğu saptanmıştır. Madde korelasyon katsayıları ise 0,42 ile 0,68 arasında değişmektedir.

3.3 Uygulama

Tez çalışması için Google Forms üzerinden Bilgilendirilmiş Onam, Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri (Şahin vd., 1994: 44-56), Otomatik Düşünceler Ölçeği (Şahin vd., 1992: 334-340), Bilişsel Esneklik Envanteri (Gülüm vd., 2012: 216-223) ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği’ni (Sarıçam vd., 2014: 148-157) içeren bir form oluşturulmuştur. Oluşturulan formun katılımcılara ulaştırılması kartopu örnekleme yöntemi ile sağlanmıştır. Çalışmaya toplam 423 kişi katılmıştır. Daha sonra veriler SPSS 26.0 programına aktarılmış ve çalışmada belirtilen yaş grubundan farklı olan yaş grupları çalışmadan çıkartılmıştır. Bu düzenleme sonrasında katılımcı sayısı 418’e düşmüştür. Daha sonrasında uç değerlerinde çıkartılmasıyla katılımcı sayısı 402’ye düşmüştür. Sonrasında ise verilerin ters maddeleri düzenlenmiş, toplam puanları hesaplanmış ve verilerin normallik analizi yapılarak tüm verilerin normal dağıldığı görülmüştür. Verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle istatistiksel analizler parametrik testlerle gerçekleştirilerek Pearson Korelasyon Analizi, Bağımsız Gruplar T Testi, Tek Yönlü Varyans (ANOVA) ve “stepwise” yöntemiyle Çoklu Regresyon analizleri yapılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu kısımda araştırmadan elde edilen bulgular yer alacaktır. Öncelikli olarak katılımcılardan elde edilen sosyodemografik bulgulara daha sonrasında ise betimsel bulgulara yer verilmiştir. Son olarak ise mevcut araştırmanın sorularına dair bulgular yer almaktadır.

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bulgular

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	273	67.9
	Erkek	129	32.1
Yaş	18-25	201	50.00
	26-45	201	50.00
Medeni Durum	Bekar	239	59.5
	Evli	158	39.3
	Boşanmış	5	1.2
Eğitim Durumu	İlkokul	6	1.5
	Ortaokul	10	2.5
	Lise mezunu	65	16.2
	Üniversite ve üzeri	321	79.9
Gelir Düzeyi	Düşük	83	20.6
	Orta	302	75.1
	Yüksek	17	4.2

Araştırmanın örneklemini 18-45 yaş aralığında 273'ü (%67,9) kadın 129'u (%32,1) erkek olmak üzere 402 katılımcıdan oluşmaktadır. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 29 ($S = 8,73$) olup kadın katılımcıların yaş ortalaması 28,96 ($S = 8,75$), erkek katılımcıların yaş ortalaması ise 29,09'dur ($S = 8,71$). Yaş grupları incelendiğinde katılımcıların %50'si ($n = 201$) 18-25 yaş aralığında %50'si ($n = 201$) 25-45 yaş aralığındadır. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde ise %1,5'u ($n = 6$) ilkokul, %2,5'i ($n = 10$) ortaokul, %16,2 ($n = 65$) lise mezunu ve %79,9'u ($n = 321$) ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %39,3'ü ($n = 158$) evli, %59,5'i ($n = 239$) bekar ve %1,2'si ($n = 5$) boşanmıştır. Katılımcıların %20,6'sı ($n = 83$) düşük, %75,1 ($n = 302$) orta ve %4,2'si ($n = 17$) yüksek gelir düzeyine sahip kişilerdir. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler Tablo 4.1'de verilmiştir.

4.2. Betimsel Bulgular

Yapılan analiz sonucunda KSE'nin alt ölçeklerinin Cronbach Alfa değerleri en düşük ,65 (Fobik Anksiyete) ve en yüksek ,86 (Depresyon) olarak bulunmuştur. BEE'nin kontrol boyutu alt ölçeğinin Cronbach Alfa değeri ,82, alternatifler boyutu alt ölçeğinin ise ,86 olarak bulunmuştur. BTÖ-12'nin ileriye yönelik kaygı alt boyutunun Cronbach Alfa değeri ,83, engelleyici kaygının ise ,90 olarak bulunmuştur. ODÖ'nün Cronbach Alfa değerleri en düşük ,78 (Kişisel Uyumsuzluk) ve en yüksek ,93 (Olumsuz Benlik) olarak bulunmuştur. Verilerin normal dağılıp dağılmadığına bakmak için KSE, BEE, BTÖ-12 ve ODÖ ölçeklerinin alt ölçeklerinin çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri hesaplanmıştır. Verilen normal dağılım yorumlanmasında -3 ile +3 arasında dağılım gösteren değerler normal dağılmış olarak kabul edilmiştir (Jondeau ve Rockinger, 2003: 1702-06). Mevcut çalışmada verilerin basıklık çarpıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre mevcut çalışmanın verilerinin normal dağılım gösterdiği söylenebilir.

Tablo 4.2. KSE, BEE, BTÖ-12 ve ODÖ Alt Ölçeklerinin Araştırmadaki Güvenirlik Katsayıları, Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları

Ölçek	Değişkenler	α	Ort.	Ss.	Skewness	Kurtosis
KSE	Somatizasyon	.83	5.01	4.68	1.12	1.02
	Obsesif	.72	7.90	4.37	.42	-.28
	Kompulsif					
	Kişilerarası	.72	4.67	3.27	.78	.39
	Duyarlılık					
	Depresyon	.86	7.11	5.33	.82	-.00
	Anksiyete	.79	5.87	4.17	1.03	.85
	Hostilite	.76	4.94	3.63	1.07	.66
	Fobik	.65	2.84	2.75	1.20	.83
	Anksiyete					
	Paranoid	.69	6.49	3.72	.42	-.38
	Düşünce					
Psikotizm	.67	3.94	3.34	.99	.54	
BEE	Kontrol	.82	19.57	4.40	-.42	.07
	Alternatifler	.86	24.35	5.06	-.29	.43
	Toplam	.87	77.31	9.17	-.20	.18
BTÖ-12	İleriye	.83	20.58	5.74	-.05	-.42
	Yönelik Kaygı					
	Engelleyici	.90	13.78	5.23	.07	-.86
	Kaygı					
Toplam	.91	34.36	10.15	-.03	-.56	
ODÖ	Ümitsizlik	.87	7.76	3.81	1.22	1.16
	Kişisel	.78	7.42	3.03	.50	-.42
	Uyumsuzluk					
	Olumsuz	.93	18.07	8.48	1.45	1.80
	Benlik					
	Yalnızlık	.81	8.37	3.69	.80	-.13
	Şaşkınlık ve	.89	12.92	5.90	1.03	.42
Kaçma						
Toplam	.97	60.60	25.44	1.10	.71	

4.3. Değişkenlerin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

4.3.1. Cinsiyet Değişkeni İçin Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Tablo 4.3. Cinsiyete Göre BE, BT, OD ve KSE alt ölçekleri puanlarının karşılaştırılması

	Değişkenler	Kadın N=273		Erkek N=129		t
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
BEE	Kontrol	23.74	5.07	25.64	4.82	-3.55***
	Alternatif	52.79	6.23	53.31	4.94	-.92
	Toplam	76.53	9.52	78.95	8.17	-2.62**
BTÖ	İleriye Yönelik Kaygı	20.41	5.63	20.94	5.98	-.87
	Engelleyici Kaygı	14.03	5.26	13.24	5.13	1.43
	Toplam	34.44	10.11	34.19	10.26	.24
ODÖ	Ümitsizlik	7.90	3.79	7.46	3.85	1.08
	Yalnızlık	8.65	3.64	7.77	3.72	2.28*
	Kişisel Uyumsuzluk	7.54	2.99	7.16	3.17	1.17
	Şaşkınlık ve Kaçma	13.33	5.87	12.07	5.91	2.00*
	Olumsuz Benlik	18.67	8.60	16.80	8.12	2.08*
	Toplam	62.23	25.14	57.15	25.23	1.88
KSE	Somatizasyon	5.55	4.87	3.88	4.03	3.39**
	Obsesif Kompulsif	8.16	4.39	7.36	4.28	1.70
	Kişiler Arası Duyarlılık	4.90	3.24	4.22	3.28	1.96
	Depresyon	7.32	5.20	6.67	5.61	1.15
	Anksiyete	6.37	4.24	4.80	3.80	3.56***
	Hostilite	4.80	3.51	5.21	3.87	-1.04
	Fobik Anksiyete	2.95	2.85	2.60	2.54	1.20
	Paranoid Düşünce	6.62	3.77	6.21	3.62	1.04
Psikotizm	3.93	3.24	3.96	3.55	-.09	

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Kadın katılımcılar ile erkek katılımcıların BEE, ODÖ, BTÖ-12 ölçekleri ve alt ölçekleri ve KSE alt ölçekleri toplam puanları Bağımsız Gruplar t-testi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 4.3.1). Analiz sonuçlarına göre; kadın katılımcıların BEE-Kontrol alt boyutu puanlarının (Ort. = 23,74, S = 5,07) erkek katılımcıların puanlarından (Ort. = 25,64, S = 4,82) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülürken ($t = -3,548$, $p < ,001$), BEE-Alternatifler alt boyutu için kadın ve erkeklerin puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı saptanmıştır ($t = -,915$, $p = ,361$). Kadın katılımcıların BEE toplam puanlarının ise (Ort. = 76,53, S = 8,17) erkek katılımcılardan (Ort. = 78,95, S = 8,17) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 2,623$, $p = ,009$). BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı alt boyutu için kadın ve erkeklerin puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı görülmektedir ($t = -,973$, $p = ,383$). BTÖ-Engelleyici Kaygı alt boyutu için kadın ve erkeklerin puanlarının farklılaşmadığı görülmektedir ($t = 1,427$, $p > ,154$). BTÖ- Alternatifler toplam puanlarının kadın ve erkek katılımcılar için istatistiksel açıdan farklılaşmadığı görülmektedir ($t = ,240$, $p = ,810$). ODÖ-Ümitsizlik alt boyutu puanlarının kadın ve erkek katılımcılar için istatistiksel açıdan farklılaşmadığı görülürken ($t = 1,082$, $p = ,280$), kadın katılımcıların ODÖ-Yalnızlık alt boyutu puanlarının (Ort. = 8,65, S = 3,64) erkek katılımcıların puanlarından (Ort. = 7,77, S = 3,72) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır ($t = 2,257$, $p = ,025$). ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk alt boyutu puanları açısından kadın ve erkek katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı görülürken ($t = 1,171$, $p = ,242$), kadınların ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma alt boyutu puanlarının (Ort. = 13,33, S = 5,87) erkeklerin puanlarından (Ort. = 12,07, S = 5,91) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 2,004$, $p = ,046$). Benzer şekilde kadın katılımcıların ODÖ-Olumsuz Benlik alt boyutu puanlarının (Ort. = 18,67, S = 8,60) erkek katılımcıların puanlarından (Ort. = 16,80, S = 8,12) istatistiksel açıdan yüksek olduğu bulunmuştur ($t = 2,078$, $p = ,038$). ODÖ toplam puanları açısından ise kadın ve erkek katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($t = 1,878$, $p = ,061$). Kadın katılımcıların KSE-Somatizasyon alt boyutu puanlarının (Ort. = 5,55, S = 4,87) erkek katılımcıların puanlarından (Ort. = 3,88, S = 4,03) istatistiksel açıdan yüksek olduğu bulunmuştur ($t = 3,392$, $p = ,001$). Kadın katılımcıların KSE-Anksiyete alt boyutu puanlarının (Ort. = 6,37, S = 4,24) erkek katılımcıların puanlarından (Ort. = 4,80, S = 3,80) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır ($t = 3,562$, $p < ,001$). KSE-Obsesif Kompulsif alt boyutu puanları açısından kadın katılımcıların puanlarıyla erkek katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = 1,704$, $p = ,089$), KSE- Kişiler Arası Duyarlılık alt boyutu puanları açısından kadın ve erkek katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = 1,955$, $p = ,051$), KSE-Depresyon alt boyutu puanları açısından kadın ve erkek katılımcıların puanlarının istatistiksel

açından farklılaşmadığı ($t = 1,151, p = ,250$), KSE- Hostilite alt boyutu puanları açısından kadın ve erkek katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = -1,040, p = ,299$), KSE- Fobik Anksiyete alt boyutu puanları açısından kadın ve erkek katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = 1,197, p = ,232$), KSE- Paranoid Düşünce alt boyutu puanları açısından kadın ve erkek katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = 1,040, p = ,299$), KSE- Psikotizm alt boyutu puanları açısından kadın ve erkek katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı görülmektedir ($t = -,086, p = ,931$).

4.3.2. Medeni Duruma Göre BE, BT, OD ve KSE Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Boşanmış katılımcı sayısı yalnızca 5 kişi olduğu ve evreni temsil etme düzeyi düşük olduğu için yalnızca bekar ve evli katılımcılar karşılaştırılmıştır. Bekar katılımcılar ile evli katılımcıların BEE, ODÖ, BTÖ-12 ve KSE alt ölçekleri puanları Bağımsız Gruplar t-testi ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 4.3.2). Analiz sonuçlarına göre; BEE-Kontrol alt boyutu için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = -1,809, p > ,275$), BEE-Alternatif alt boyutu için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = ,099, p > ,921$), BEE toplam puanları için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = -,930, p > ,718$), BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı alt boyutu için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = -,531, p > ,595$), BTÖ-Engelleyici Kaygı alt boyutu için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı ($t = ,508, p > ,611$) ve BTÖ toplam puanlarının bekar ve evli katılımcıların puanlarından istatistiksel açıdan farklılaşmadığı görülmüştür ($t = -,039, p > ,969$). ODÖ-Ümitsizlik alt boyutu açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 8,22, S = 4.04), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 7,07, S = 3,31) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır ($t = 3,093, p = ,002$). ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma alt boyutu açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 14,12, S = 6,02), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 11,23, S = 5,34) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 4,999, p < ,001$). ODÖ-Olumsuz Benlik alt boyutu açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 19,35, S = 8,95), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 16,20, S = 7,42) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 3,815, p < ,001$). ODÖ-Toplam puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 65,05, S = 26,43), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 54,17, S = 22,63) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 4,384, p < ,001$). KSE-Somatizasyon puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 5,57, S = 5,02), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 4,25, S = 4,04) istatistiksel açıdan yüksek olduğu görülmüştür ($t = 2,903, p = ,004$). KSE-Obsesif

Kompulsif puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 8,94, S = 4,50), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 6,47, S =3,69) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir (t = 5,967, p< ,001). KSE-Kişiler Arası Duyarlılık puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 5,30, S = 3,38), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 3,78, S =2,91) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir (t = 4,643, p< ,001). KSE-Depresyon puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 8,28, S = 5,45), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 5,35, S =4,63) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır (t = 5,759, p< ,001). KSE-Anksiyete puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 6,50, S = 4,37), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 5,00, S =3,70) istatistiksel açıdan yüksek olduğu bulunmuştur (t = 3,681, p< ,001). KSE-Hostilite puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 5,40, S = 3,77), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 4,29, S =3,35) istatistiksel açıdan yüksek olduğu bulunmuştur (t = 3,074, p = ,002). KSE-Fobik Anksiyete puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 3,35, S = 2,91), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 2,09, S =2,27) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır (t = 4,811, p< ,001). KSE-Paranoid Düşünce puanları açısından ise bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel olarak farklılaşmadığı tespit edilmiştir (t = 1,887, p = ,060). KSE-Psikotizm puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 4,69, S = 3,55), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 2,84, S =2,63) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır (t = 5,949, p< ,001).

Boşanmış katılımcı sayısı yalnızca 5 kişi olduğu ve evreni temsil etme düzeyi düşük olduğu için yalnızca bekar ve evli katılımcılar karşılaştırılmıştır. Bekar katılımcılar ile evli katılımcıların BEE, ODÖ, BTÖ-12 ve KSE alt ölçekleri puanları Bağımsız Gruplar t-testi ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 4.3.2). Analiz sonuçlarına göre; BEE-Kontrol alt boyutu için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı (t = 1,152, p> ,250), BEE-Alternatif alt boyutu için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı (t = ,099, p> ,921), BEE toplam puanları için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı (t = ,922, p> ,357), BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı alt boyutu için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı (t = -,531, p> ,595), BTÖ-Engelleyici Kaygı alt boyutu için bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel açıdan farklılaşmadığı (t = ,508, p> ,611) ve BTÖ toplam puanlarının bekar ve evli katılımcıların puanlarından istatistiksel açıdan farklılaşmadığı görülmüştür (t = -,039, p> ,969). ODÖ-Ümitsizlik alt boyutu açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 8,22, S = 4.04), evli katılımcılarınkinden (Ort. = 7,07, S = 3,31) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır (t = 3,093, p = ,002). ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma alt boyutu açısından bekar katılımcıların

puanlarının (Ort. = 14,12, S = 6,02), evli katılımcılarından (Ort. = 11,23, S = 5,34) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 4,999, p < ,001$). ODÖ-Olumsuz Benlik alt boyutu açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 19,35, S = 8,95), evli katılımcılarından (Ort. = 16,20, S = 7,42) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 3,815, p < ,001$). ODÖ-Toplam puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 65,05, S = 26,43), evli katılımcılarından (Ort. = 54,17, S = 22,63) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 4,384, p < ,001$). KSE-Somatizasyon puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 5,57, S = 5,02), evli katılımcılarından (Ort. = 4,25, S = 4,04) istatistiksel açıdan yüksek olduğu görülmüştür ($t = 2,903, p = ,004$). KSE-Obsesif Kompulsif puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 8,94, S = 4,50), evli katılımcılarından (Ort. = 6,47, S = 3,69) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 5,967, p < ,001$). KSE-Kişiler Arası Duyarlılık puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 5,30, S = 3,38), evli katılımcılarından (Ort. = 3,78, S = 2,91) istatistiksel açıdan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 4,643, p < ,001$). KSE-Depresyon puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 8,28, S = 5,45), evli katılımcılarından (Ort. = 5,35, S = 4,63) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır ($t = 5,759, p < ,001$). KSE-Anksiyete puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 6,50, S = 4,37), evli katılımcılarından (Ort. = 5,00, S = 3,70) istatistiksel açıdan yüksek olduğu bulunmuştur ($t = 3,681, p < ,001$). KSE-Hostilite puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 5,40, S = 3,77), evli katılımcılarından (Ort. = 4,29, S = 3,35) istatistiksel açıdan yüksek olduğu bulunmuştur ($t = 3,074, p = ,002$). KSE-Fobik Anksiyete puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 3,35, S = 2,91), evli katılımcılarından (Ort. = 2,09, S = 2,27) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır ($t = 4,811, p < ,001$). KSE-Paranoid Düşünce puanları açısından ise bekar ve evli katılımcıların puanlarının istatistiksel olarak farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($t = 1,887, p = ,060$). KSE-Psikotizm puanları açısından bekar katılımcıların puanlarının (Ort. = 4,69, S = 3,55), evli katılımcılarından (Ort. = 2,84, S = 2,63) istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır ($t = 5,949, p < ,001$).

Tablo 4.4: Medeni Duruma Göre BE, BT, OD ve KSE alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Bekar N=239		Evli N=158		t
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
BEE	Kontrol	23.91	4.97	24.84	5.13	-1.81
	Alternatif	52.94	5.99	52.87	5.67	.10
	Toplam	76.85	9.26	77.73	9.02	-.93
BTÖ	İleriye Yönelik Kaygı	20.54	5.49	20.85	6.09	-.53
	Engelleyici Kaygı	13.96	5.11	13.68	5.40	.51
	Toplam	34.50	9.82	34.54	10.59	-.04
ODÖ	Ümitsizlik	8.22	4.04	7.07	3.31	3.09**
	Yalnızlık	9.00	3.84	7.42	3.23	4.42***
	Kişisel Uyumsuzluk	7.91	3.11	6.75	2.80	3.79***
	Şaşkınlık ve Kaçma	14.12	6.02	11.23	5.34	5.00***
	Olumsuz Benlik	19.35	8.95	16.20	7.42	3.82***
	Toplam	65.05	26.43	54.17	22.63	4.38***
KSE	Somatizasyon	5.57	5.02	4.25	4.04	2.90**
	Obsesif Kompulsif	8.94	4.50	6.47	3.69	5.97***
	Kişiler Arası Duyarlılık	5.30	3.38	3.78	2.91	4.64***
	Depresyon	8.28	5.45	5.35	4.63	5.76***
	Anksiyete	6.50	4.37	5.00	3.70	3.68***
	Hostilite	5.40	3.77	4.29	3.35	3.07**
	Fobik Anksiyete	3.35	2.91	2.09	2.27	4.81***
	Paranoid Düşünce	6.81	3.77	6.09	3.63	1.89
Psikotizm	4.69	3.55	2.84	2.63	5.95***	

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

4.3.3. Eğitim Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi

BE, BT, OD ve KSE alt ölçek puanlarının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla varyansların homojen olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Varyansların homojen olmadığı durumlarda ise WELCH analiz yapılmıştır (Tablo 4.3.3). Katılımcılar ilköğretim (n = 16), lise (n = 65) ve üniversite ve üzeri (n = 321) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; İlköğretim (Ort. = 6,94, S = 4,74), lise mezunu (Ort. = 7,42, S = 5,21) ve üniversite ve üzeri (Ort. = 5,50, S = 3,82) olan grupların KSE-Anksiyete alt boyutu puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F_{(2; 35,199)} = 4,412$; $p = ,020$; $w2 = ,102$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Games-Howell analizi yapılmıştır. Buna göre lise mezunu grubunda bulunan kişilerin KSE-Anksiyete alt boyutu puanlarının üniversite ve üzeri grubundan yüksek olduğu saptanmıştır ($p = ,020$). İlköğretim (Ort. = 7,06, S = 4,67), lise mezunu (Ort. = 5,494 S = 5,42) ve üniversite ve üzeri (Ort. = 4,72, S = 4,48) olan grupların KSE-Somatizasyon alt boyutu puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F_{(2, 399)} = 3,467$; $p = ,032$; $np2 = ,017$). Anova sonucuna anlamlı fark bulundu fakat ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark tespit edilemediği için farkın nereden kaynaklandığı bulunamadı. İlköğretim (Ort. = 9,06, S = 3,92), lise mezunu (Ort. = 7,23, S = 3,38 ve üniversite ve üzeri (Ort. = 6,21, S = 3,72) olan grupların KSE-Paranoid Düşünce alt boyutu puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($F_{(2, 399)} = 6,165$; $p = ,002$; $np2 = ,029$). Gruplar arası farkın kaynağını bulmak amacıyla Tukey Post Hoc analizi yapılmıştır. Buna göre ilköğretim grubunda bulunan kişilerin KSE-Paranoid Düşünce alt boyutu puanlarının üniversite ve üzeri grubundan yüksek olduğu saptanmıştır ($p = ,002$). İlköğretim, lise mezunu ve üniversite ve üzeri grupların BEE-Alternatif, BEE-Toplam, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı, BTÖ-Engelleyci Kaygı, BTÖ-Toplam, ODÖ-Ümitsizlik, ODÖ-Yalnızlık, ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, ODÖ-Olumsuz Benlik, ODÖ-Toplam, KSE-Obsesif Kompulsif, KSE-Kişiler Arası Duyarlılık, KSE-Depresyon, KSE-Hostilite, KSE-Fobik Anksiyete, KSE-Psikotizm alt boyutu puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılık göstermediği bulunmuştur ($p > ,05$).

Tablo 4.5: Eğitim Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi

Değişkenler	İlköğretim (1) N=16		Lise Mezunu (2) N=65		Üniversite ve üzeri (3) N=321		F	P	Fark	
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.				
BEE	Kontrol	23.31	4.56	23.38	5.45	24.60	4.99	1.91	.149	-
	Alternatif	51.75	8.47	53.12	5.73	52.99	5.73	.37	.691	-
	Toplam	75.06	10.60	76.51	9.64	77.58	9.01	.87	.418	-
BTÖ	İleriye Yönelik Kaygı	22.50	6.93	21.46	6.20	20.31	5.56	2.03	.133	-
	Engelleyici Kaygı	14.94	5.68	14.68	6.36	13.54	4.94	1.29	.289	-
	Toplam	37.44	11.37	36.14	11.75	33.85	9.70	1.71	.196	-
ODÖ	Ümitsizlik	8.25	3.78	7.83	4.14	7.72	3.75	.16	.849	-
	Yalnızlık	8.75	2.98	8.85	3.81	8.25	3.69	.79	.455	-
	Kişisel Uyumsuzluk	8.19	3.04	7.55	3.02	7.36	3.04	.65	.524	-
	Şaşkınlık ve Kaçma	13.69	5.71	12.89	6.49	12.89	5.81	.14	.871	-
	Olumsuz Benlik	18.81	8.26	18.28	8.45	17.99	8.52	.09	.911	-
	Toplam	63.56	23.30	61.45	26.33	60.28	25.41	.17	.845	-
KSE	Somatizasyon	7.06	4.67	5.94	5.42	4.72	4.48	3.47	.032	-
	Obsesif Kompulsif	8.12	4.59	8.37	4.22	7.80	4.39	.48	.617	-
	Kişiler Arası Duyarlılık	4.88	2.90	5.18	3.50	4.58	3.23	.97	.382	-
	Depresyon	7.00	6.20	7.80	5.56	6.98	5.25	.64	.526	-
	Anksiyete	6.94	4.74	7.42	5.21	5.50	3.82	4.41	.020	2>3
	Hostilite	5.38	3.74	5.38	3.90	4.82	3.57	.77	.646	-
	Fobik Anksiyete	3.20	3.00	3.20	3.00	2.80	2.73	1.23	.294	-
	Paranoid Düşünce	9.06	3.92	7.23	3.38	6.21	3.72	6.17	.002	1>3
	Psikotizm	2.94	2.59	4.28	3.40	3.92	3.36	1.06	.348	-

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

4.3.4. Gelir Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi

BE, BT, OD ve KSE alt ölçek puanlarının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla varyansların homojen olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Varyansların homojen olmadığı durumlarda ise WELCH analiz yapılmıştır (Tablo 4.3.4). Katılımcılar düşük ($n = 83$), orta ($n = 302$) ve yüksek ($n = 17$) düzey gelir seviyesi olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; düşük (Ort. = 9,29, S = 4,43), orta (Ort. = 7,37, S = 3,55) ve yüksek (Ort. = 7,18, S = 3,22) gelir düzeyinde olan grupların ODÖ-Ümitsizlik alt boyutu puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 41,056)} = 6,707$; $p = ,003$; $w2 = ,027$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Games-Howell analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta grubundaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p < ,001$). Düşük (Ort. = 10,02, S = 4,15), orta (Ort. = 7,95, S = 3,43) ve yüksek (Ort. = 7,70, S = 3,60) gelir düzeyinde olan grupların ODÖ-Yalnızlık alt boyutu puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 40,185)} = 8,776$; $p = ,001$; $w2 = ,027$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Games-Howell analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta grubundaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p = ,001$). Düşük (Ort. = 8,71, S = 3,18), orta (Ort. = 7,13, S = 2,91) ve yüksek (Ort. = 6,18, S = 2,81) gelir düzeyinde olan grupların ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk alt boyutu puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 399)} = 10,769$; $p < ,001$; $np2 = ,051$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Tukey Post Hoc analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta ve yüksek gruptaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p < ,001$). Düşük (Ort. = 15,86, S = 6,61), orta (Ort. = 12,18, S = 5,45) ve yüksek (Ort. = 11,82, S = 5,90) gelir düzeyinde olan grupların ODÖ-ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma alt boyutu puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 40,024)} = 10,819$; $p < ,001$; $w2 = ,046$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Games-Howell analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta ve yüksek gruptaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p < ,001$). Düşük (Ort. = 22,22, S = 10,33), orta (Ort. = 17,00, S = 7,57) ve yüksek (Ort. = 16,76, S = 8,10) gelir düzeyinde olan grupların ODÖ-Olumsuz Benlik alt boyutu puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 39,840)} = 9,7151$; $p = ,001$; $w2 = ,038$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Games-Howell analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta grubundaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p = ,001$). Düşük (Ort. = 73,04, S = 29,15), orta (Ort. = 57,51, S = 23,32) ve yüksek (Ort. = 54,82, S = 24,76) gelir düzeyinde olan grupların ODÖ-Toplam puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 40,057)} = 10,176$; $p <$

,001; $w_2 = ,454$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Games-Howell analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta ve yüksek gruptaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p < ,001$). Düşük (Ort. = 6,42, S = 5,30), orta (Ort. = 4,70, S = 4,37) ve yüksek (Ort. = 3,76, S = 5,64) gelir düzeyinde olan grupların KSE-Somatizasyon alt boyutu puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 399)} = 5,169$; $p < ,001$; $np_2 = ,025$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Tukey Post Hoc analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının yüksek gruptaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p = ,006$). Düşük (Ort. = 5,67, S = 3,48), orta (Ort. = 4,44, S = 3,14) ve yüksek (Ort. = 4,24, S = 3,73) gelir düzeyinde olan grupların KSE-Kişiler Arası Duyarlılık alt boyutu puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 399)} = 4,912$; $p = ,008$; $np_2 = ,024$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Tukey Post Hoc analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının yüksek gruptaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p = ,008$). Düşük (Ort. = 9,78, S = 5,40), orta (Ort. = 6,43, S = 5,07) ve yüksek (Ort. = 6,12, S = 5,85) gelir düzeyinde olan grupların KSE-Depresyon alt boyutu puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 399)} = 13,995$; $p < ,001$; $np_2 = ,024$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Tukey Post Hoc analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta ve yüksek gruptaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p < ,001$). Düşük (Ort. = 7,72, S = 4,85), orta (Ort. = 5,48, S = 3,79) ve yüksek (Ort. = 3,65, S = 4,31) gelir düzeyinde olan gruplarının KSE-Anksiyete puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 39,659)} = 9,475$; $p < ,001$; $w_2 = ,040$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Games-Howell analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta ve yüksek gruptaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p < ,001$). Düşük (Ort. = 7,83, S = 3,64), orta (Ort. = 6,14, S = 3,66) ve yüksek (Ort. = 6,12, S = 3,84) gelir düzeyinde olan gruplarının KSE-Paranoid Düşünce puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 40,644)} = 6,945$; $p = ,001$; $w_2 = ,028$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Games-Howell analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta gruptaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p = ,001$). Düşük (Ort. = 5,14, S = 3,67), orta (Ort. = 3,62, S = 3,12) ve yüksek (Ort. = 3,65, S = 4,17) gelir düzeyinde olan gruplarının KSE-Psikotizm puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2; 399)} = 7,011$; $p = ,001$; $np_2 = ,033$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla Tukey Post Hoc analizi yapılmıştır. Buna göre düşük grubundaki kişilerin puanlarının orta gruptaki kişilerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p = ,001$).

Düşük, orta ve yüksek gelir düzeyi olan kişilerin BEE-Kontrol, BEE-Alternatif, BEE-Toplam, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı, BTÖ-Engelleyci Kaygı, BTÖ-Toplam, KSE-Fobik Anksiyete alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ($p > ,05$).



Tablo 4.6: Gelir Düzeyine için Tek Yönlü Varyans Analizi

	Değişkenler	Düşük (1) N=83		Orta (2) N=302		Yüksek (3) N=17		F	P	Fark
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
BEE	Kontrol	24.04	5.54	24.36	4.95	25.65	4.73	.72	.489	-
	Alternatif	52.64	6.41	53.07	5.81	52.65	3.16	.23	.793	-
	Toplam	76.67	10.32	77.43	8.96	78.29	6.88	.32	.725	-
BTÖ	İleriye Yönelik Kaygı	20.84	5.98	20.60	5.57	19.06	7.55	.68	.505	
	Engelleyici Kaygı	14.05	5.44	13.74	5.12	13.29	6.36	.19	.825	-
	Toplam	34.89	10.60	34.33	9.86	32.35	13.09	.45	.640	-
ODÖ	Ümitsizlik	9.29	4.43	7.37	3.55	7.18	3.22	6.71	.003	1>2
	Yalnızlık	10.02	4.15	7.95	3.43	7.70	3.60	8.78	.001	1>2
	Kişisel Uyumsuzluk	8.71	3.18	7.13	2.91	6.18	2.81	10.77	< .001	1>2, 1>3
	Şaşkınlık ve Kaçma	15.86	6.61	12.18	5.45	11.82	5.90	10.82	< .001	1>2, 1>3
	Olumsuz Benlik	22.22	10.33	17.00	7.57	16.76	8.10	9.15	.001	1>2
	Toplam	73.04	29.15	57.51	23.32	54.82	24.76	10.18	< .001	1>2, 1>3
KSE	Somatizasyon	6.42	5.30	4.70	4.37	3.76	5.64	5.17	.006	1>2
	Obsesif Kompulsif	9.37	4.67	7.57	4.19	6.70	4.67	6.41	.002	1>2
	Kişiler Arası Duyarlılık	5.67	3.48	4.44	3.14	4.24	3.73	4.91	.008	1>2
	Depresyon	9.78	5.40	6.43	5.07	6.12	5.85	13.99	< .001	1>2, 1>3
	Anksiyete	7.72	4.85	5.48	3.79	3.65	4.31	9.48	< .001	1>2, 1>3
	Hostilite	6.47	3.94	4.64	3.45	2.70	2.71	12.64	< .001	1>2, 1>3
	Fobik Anksiyete	3.34	3.12	2.74	2.63	2.11	2.74	2.16	.117	-
	Paranoid Düşünce	7.83	3.64	6.14	3.66	6.12	3.84	7.00	.001	1>2
	Psikotizm	5.14	3.67	3.62	3.12	3.65	4.17	7.00	.001	1>2

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.4. Değişkenlerin Pearson Korelasyon Analizine Yönelik Bulgular

Değişkenler arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği ile hesaplanmıştır (Tablo 4.6.). Analiz sonuçlarına göre; BE-Kontrol alt boyutu puanlarının BEE-Alternatif alt boyutu ile arasında istatistiksel açıdan negatif yönlü ($r = ,41$ $p < ,001$), BEE-Toplam ($r = ,81$, $p < ,001$), BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı ($r = -,27$, $p < ,001$), BTÖ-Engelleyici Kaygı ($r = -,45$, $p < ,001$), BTÖ-Toplam ($r = -,39$, $p < ,001$), ODÖ-Ümitsizlik ($r = -,37$, $p < ,001$), ODÖ-Yalnızlık ($r = -,39$, $p < ,001$), ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk ($r = -,33$, $p < ,001$), ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($r = -,36$, $p < ,001$), ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = -,43$, $p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = -,42$, $p < ,001$), KSE-Somatizasyon ($r = -,30$, $p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = -,51$, $p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = -,44$, $p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = -,38$, $p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = -,43$, $p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = -,24$, $p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = -,31$, $p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = -,30$, $p < ,001$), KSE-Psikotizm ($r = -,31$, $p < ,001$) alt boyutlarıyla arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

BEE-Alternatif alt boyutu puanlarının, BEE-Toplam ($r = ,86$, $p < ,001$) puanları ile arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü; ODÖ-Ümitsizlik ($r = -,13$, $p = ,011$), ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($r = -,13$, $p = ,011$), ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = -,17$, $p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = -,15$, $p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = -,12$, $p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = -,12$, $p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = -,13$, $p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = -,15$, $p < ,001$) ve KSE-Fobik Anksiyete ($r = -,10$, $p < ,001$) alt boyutları ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki görülmüştür. Fakat BEE-Alternatif alt boyutu puanlarının, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı, BTÖ-Engelleyici Kaygı, BTÖ-Toplam, ODÖ-Yalnızlık, ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk, KSE-Somatizasyon, KSE-Depresyon, KSE-Paranoid Düşünce ve KSE-Psikotizm alt boyutlarıyla arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p > ,05$).

BEE-Toplam puanları ile BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı ($r = -,15$, $p = ,003$), BTÖ-Engelleyici Kaygı ($r = -,30$, $p < ,001$), BTÖ-Toplam ($r = -,24$, $p < ,001$), ODÖ-Ümitsizlik ($r = -,28$, $p < ,001$), ODÖ-Yalnızlık ($r = -,26$, $p < ,001$), ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk ($r = -,25$, $p = ,024$), ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($r = -,28$, $p = ,043$), ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = -,35$, $p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = -,32$, $p = ,023$), KSE-Somatizasyon ($r = -,19$, $p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = -,36$, $p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = -,33$, $p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = -,26$, $p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = -,32$, $p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = -,23$, $p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = -,24$, $p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = -,18$, $p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = -,20$, $p < ,001$) alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur.

BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı alt boyutu ile BTÖ-Engelleyici Kaygı ($r = ,71, p < ,001$), BTÖ-Toplam ($r = ,93, p < ,001$), ODÖ-Ümitsizlik ($r = ,38, p < ,001$), ODÖ-Yalnızlık ($r = ,43, p < ,001$), ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk ($r = ,44, p < ,001$), ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($r = ,39, p < ,001$), ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = ,31, p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = ,41, p < ,001$), KSE-Somatizasyon ($r = ,21, p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,38, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,41, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,38, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,37, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,40, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,33, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,48, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,38, p < ,001$) alt boyutu puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

BTÖ-Engelleyici Kaygı alt boyutunun BTÖ-Toplam ($r = ,92, p < ,001$), ODÖ-Ümitsizlik ($r = ,46, p < ,001$), ODÖ-Yalnızlık ($r = ,46, p < ,001$), ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk ($r = ,48, p < ,001$), ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($r = ,43, p < ,001$), ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = ,44, p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = ,48, p < ,001$), KSE-Somatizasyon ($r = ,30, p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,47, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,47, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,42, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,40, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,29, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,35, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,39, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,38, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu görülmüştür.

BTÖ-Toplam puanı ile ODÖ-Ümitsizlik ($r = ,45, p < ,001$), ODÖ-Yalnızlık ($r = ,48, p < ,001$), ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk ($r = ,50, p < ,001$), ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($r = ,44, p < ,001$), ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = ,40, p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = ,48, p < ,001$), KSE-Somatizasyon ($r = ,28, p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,46, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,48, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,44, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,42, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,38, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,37, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,47, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,41, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu görülmüştür.

ODÖ-Ümitsizlik alt boyutuyla ODÖ-Yalnızlık ($r = ,84, p < ,001$), ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk ($r = ,80, p < ,001$), ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($r = ,84, p < ,001$), ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = ,82, p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = ,91, p < ,001$), KSE-Somatizasyon ($r = ,48, p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,51, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,58, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,75, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,59, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,47, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,51, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,54, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,59, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu görülmüştür.

ODÖ-Yalnızlık alt boyutuyla ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk ($r = ,81, p < ,001$), ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($r = ,85, p < ,001$), ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = ,83, p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = ,92, p < ,001$), KSE-Somatizasyon ($r = ,50, p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,57, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,65, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,78, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,61, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,50, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,55, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,65, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,66, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu görülmüştür.

ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk alt boyutuyla ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($r = ,82, p < ,001$), ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = ,75, p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = ,87, p < ,001$), KSE-Somatizasyon ($r = ,46, p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,54, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,57, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,74, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,53, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,50, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,45, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,58, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,60, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu görülmüştür.

ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma alt boyutuyla ODÖ-Olumsuz Benlik ($r = ,86, p < ,001$), ODÖ-Toplam ($r = ,95, p < ,001$), KSE-Somatizasyon ($r = ,49, p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,55, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,62, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,77, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,62, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,51, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,49, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,61, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,64, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu saptanmıştır.

ODÖ-Olumsuz Benlik alt boyutuyla ODÖ-Toplam ($r = ,95, p < ,001$), KSE-Somatizasyon ($r = ,48, p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,56, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,63, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,72, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,60, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,44, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,48, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,57, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,62, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

ODÖ-Toplam puanlarıyla KSE-Somatizasyon ($r = ,52, p < ,001$), KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,60, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,66, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,80, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,64, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,51, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,54, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,61, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,67, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu bulunmuştur.

KSE-Somatizasyon alt boyutuyla KSE-Obsesif Kompulsif ($r = ,59, p < ,001$), KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,51, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,53, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,71, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,47, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,60, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,49, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,55, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu görülmüştür.

KSE-Obsesif Kompulsif alt boyutuyla KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ($r = ,66, p < ,001$), KSE-Depresyon ($r = ,66, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,68, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,54, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,60, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,59, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,64, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu görülmüştür.

KSE-Kişiler Arası Duyarlılık alt boyutuyla KSE-Depresyon ($r = ,72, p < ,001$), KSE-Anksiyete ($r = ,69, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,51, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,56, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,64, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,66, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu bulunmuştur.

KSE-Depresyon alt boyutuyla KSE-Anksiyete ($r = ,70, p < ,001$), KSE-Hostilite ($r = ,59, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,56, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,66, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,76, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

KSE-Anksiyete alt boyutuyla KSE-Hostilite ($r = ,66, p < ,001$), KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,69, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,64, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,69, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

KSE-Hostilite alt boyutuyla KSE-Fobik Anksiyete ($r = ,58, p < ,001$), KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,62, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,61, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

KSE-Fobik Anksiyete alt boyutuyla KSE-Paranoid Düşünce ($r = ,52, p < ,001$) ve KSE-Psikotizm ($r = ,68, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu bulunmuştur.

KSE-Paranoid Düşünce alt boyutuyla KSE-Psikotizm ($r = ,66, p < ,001$) alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişkisi olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.7: Değişkenlerin Pearson Korelasyon Analizine Yönelik Bulgular

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1	1	.41**	.81**	-.27**	-.45**	-.39**	-.37**	-.39**	-.33**	-.36**	-.43**	-.42**	-.30**	-.51**	-.44**	-.38**	-.43**	-.24**	-.31**	-.30**	-.31**
2		1	.73**	.01	-.08	-.04	-.13*	-.07	-.10	-.13**	-.17**	-.15**	-.043	-.12**	-.12*	-.08	-.13*	-.15**	-.10*	-.02	-.05
3			1	-.15**	-.30**	-.24**	-.28**	-.26**	-.25**	-.28**	-.35**	-.32**	-.19**	-.36**	-.33**	-.26**	-.32**	-.23**	-.24**	-.18**	-.20**
4				1	.71**	.93**	.38**	.43**	.44**	.39**	.31**	.41**	.21**	.38**	.41**	.38**	.37**	.40**	.33**	.48**	.38**
5					1	.92**	.46**	.46**	.48**	.43**	.44**	.48**	.30**	.47**	.47**	.42**	.40**	.29**	.35**	.39**	.38**
6						1	.45**	.48**	.50**	.44**	.40**	.48**	.28**	.46**	.48**	.44**	.42**	.38**	.37**	.47**	.41**
7							1	.84**	.80**	.84**	.82**	.91**	.48**	.51**	.58**	.75**	.59**	.47**	.51**	.54**	.59**
8								1	.81**	.85**	.83**	.92**	.50**	.57**	.65**	.78**	.61**	.50**	.55**	.65**	.66**
9									1	.82**	.75**	.87**	.46**	.54**	.57**	.74**	.53**	.50**	.45**	.58**	.60**
10										1	.86**	.95**	.49**	.55**	.62**	.77**	.62**	.51**	.49**	.61**	.64**
11											1	.95**	.48**	.56**	.63**	.72**	.60**	.44**	.48**	.57**	.62**
12												1	.52**	.60**	.66**	.80**	.64**	.51**	.54**	.61**	.67**
13													1	.59**	.51**	.53**	.71**	.47**	.60**	.49**	.55**
14														1	.66**	.66**	.68**	.54**	.60**	.59**	.64**
15															1	.72**	.69**	.51**	.56**	.64**	.66**
16																1	.70**	.59**	.56**	.66**	.76**
17																	1	.66**	.69**	.64**	.69**
18																		1	.58**	.62**	.61**
19																			1	.52**	.68**
20																				1	.66**
21																					1

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

1.BEE-Kontrol, 2.BEE-Alternatif 3.BEE-Toplam 4. BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı 5. BTÖ-Engelleyici Kaygı 6. BTÖ-Toplam 7. ODÖ-Ümitsizlik 8. ODÖ-Yalnızlık 9. ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk 10. ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma 11. ODÖ-Olumsuz Benlik 12. ODÖ-Toplam 13. KSE-Somatizasyon 14. KSE-Obsesif Kompulsif 15. KSE-Kişiler Arası Duyarlılık 16. KSE-Depresyon 17. KSE-Anksiyete 18. KSE-Hostilite 19. KSE-Fobik Anksiyete 20. KSE-Paranoid Düşünce 21. KSE-Psikotizm

4.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Otomatik Düşünceler ve Bilişsel Esnekliğin birlikte KSE alt ölçeklerini Yordama Gücüne Göre Regresyon Analizi

BE-Kontrol, BEE-Alternatif, BEE-Toplam, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı, BTÖ-Engelleyici Kaygı, BTÖ-Toplam, ODÖ-Ümitsizlik, ODÖ-Yalnızlık, ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, ODÖ-Olumsuz Benlik, ODÖ-Toplam puanlarının birlikte KSE alt boyutlarını ayrı ayrı ne derece ve hangi yönde yordadığına bakmak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizinde “stepwise” yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.8: KSE-Somatizasyonun Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

	Bağımsız Değişkenler	B	SH	β	t	R ²	F	ΔR^2
KSE-Somatizasyon	Sabit (a)	2.57	1.34		1.92			
	ODÖ-Yalnızlık	.34	.10	.27	3.23**	.252	51.35***	.28
	ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma	.18	.06	.22	2.71**	.015		
	BEE-Kontrol	-.11	.04	.12	-2.56*	.012		

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

KSE-Somatizasyon için oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(3, 398)} = 51,35$; $p < ,001$). Bu modele göre KSE-Somatizasyonun ODÖ-Yalnızlık tarafından %25 oranında, ODÖ-Şaşkınlık tarafından %1,5 oranında ve BEE-Kontrol tarafından %1,2 oranında olmak üzere toplamda %28 oranında yordandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: KSE-Obsesif Kompulsifin Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

KSE- Obsesif Kompulsif	Bağımsız Değişkenler	B	SH	β	t	R ²	F	ΔR^2
		Sabit (a)	7.93	1.265		6.27***		
	ODÖ-Yalnızlık	.30	.077	.25	3.85***	.33	66.39***	.45
	BEE-Kontrol	-.25	.037	-.29	-6.73***	.10		
	BTÖ-Engelleyici Kaygı	.12	.038	.14	3.08**	.02		
	ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk	.26	.094	.18	2.75**	.01		

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

KSE-Obsesif Kompulsif için oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(5, 396)} = 66,39$; $p < ,001$). Bu modele göre KSE-Obsesif Kompulsifin ODÖ-Yalnızlık tarafından %32 oranında, BEE-Kontrol tarafından %9 oranında, BTÖ-Engelleyici Kaygı tarafından %2 oranında ve ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk tarafından %1 oranında yordandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: KSE-Kişilerarası Duyarlılık Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

KSE-Kişilerarası Duyarlılık	Bağımsız Değişkenler	B	SH	β	t	R ²	F	ΔR^2
		Sabit (a)	1.73	.92		1.87		
	ODÖ-Yalnızlık	.27	.06	.34	5.19***	.42	98.36***	.49
	BEE-Kontrol	-.10	.03	-.15	-3.64***	.04		
	BTÖ-Engelleyici Kaygı	.09	.03	.15	3.52***	.02		
	ODÖ-Olumsuz Benlik	.09	.02	.22	3.46**	.02		

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

KSE-Kişilerarası Duyarlılık için oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(4, 397)} = 98,36$; $p < ,001$). Bu modele göre KSE-Kişilerarası Duyarlılığın ODÖ-Yalnızlık tarafından %42 oranında, BEE-Kontrol tarafından %4 oranında, BTÖ-Engelleyici Kaygı tarafından %2 oranında ve ODÖ-

Olumsuz Benlik tarafından %1,5 oranında olmak üzere toplamda %49 oranında yordandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: KSE-Depresyon Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Bağımsız Değişkenler		B	SH	β	t	R ²	F	ΔR^2
KSE-Depresyon	Sabit (a)	-1.29	1.04		-1.24			
	ODÖ-Yalnızlık	.40	.09	.28	4.26***	.61		
	ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma	.19	.06	.21	3.20**	.04		
	ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk	.35	.10	.20	3.59***	.02	161.14***	.67
	ODÖ-Ümitsizlik	.23	.09	.16	2.68**	.01		
	BEE-Kontrol	-.07	.03	-.07	-2.14*	.004		

*** $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

KSE-Depresyon için oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(5, 396)} = 161,14$; $p < ,001$). Bu modele göre KSE-Depresyonun ODÖ-Yalnızlık tarafından %60 oranında, ODÖ-Şaşkınlık tarafından %4 oranında, ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk tarafından %2 oranında, ODÖ-Ümitsizlik tarafından %0,7 oranında ve BEE-Kontrol tarafından %0,4 olmak üzere toplamda %67 oranında yordandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12: KSE-Anksiyete Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Bağımsız Değişkenler		B	SH	β	t	R ²	F	ΔR^2
KSE-Anksiyete	Sabit (a)	3.50	1.18		2.95**			
	ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma	.22	.05	.32	4.43***	.38		
	BEE-Kontrol	-.17	.03	-.20	-4.92***	.05	82.09***	.45
	ODÖ-Yalnızlık	.25	.08	.22	3.07**	.02		
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	.07	.03	.09	2.20*	.01		

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

KSE-Anksiyete için oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(4, 397)} = 82,09$; $p < ,001$). Bu modele göre KSE-Anksiyetenin ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma tarafında %38 oranında, BEE-Kontrol tarafından %5

oranında, ODÖ-Yalnızlık tarafında %2 oranında ve BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı tarafından %0,6 oranında olmak üzere toplamda %45 oranında yordandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: KSE-Hostilite Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

	Bağımsız Değişkenler	B	SH	β	t	R ²	F	ΔR^2
KSE-Hostilite	Sabit (a)	2.30	1.49		1.54			
	ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma	.15	.05	.25	3.14**	.26		
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	.20	.04	.32	5.45***	.05		
	BEE-Alternatif	-.07	.03	-.12	-2.78**	.01	39.96***	.34
	ODÖ-Yalnızlık	.21	.08	.21	2.64***	.01		
	BTÖ-Engelleyici Kaygı	-.11	.04	-.16	-2.58*	.01		

*** $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

KSE-Hostilite için oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(5, 396)} = 39,96$; $p < ,001$). Bu modele göre KSE-Hostilitenin ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma tarafında %25 oranında, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı tarafından %5 oranında, BEE-Alternatif tarafından %1 oranında, ODÖ-Yalnızlık tarafından %1 oranında ve BTÖ-Engelleyici Kaygı tarafından %1 oranında olmak üzere toplamda %34 oranında yordandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: KSE-Fobik Anksiyete Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

	Bağımsız Değişkenler	B	SH	β	t	R ²	F	ΔR^2
KSE-Fobik Anksiyete	Sabit (a)	.22	.87		.26			
	ODÖ-Yalnızlık	.35	.04	.46	9.63***	.300		
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	.05	.02	.10	2.28*	.012	62.33***	.32
	BEE-Kontrol	-.05	.02	-	-2.21*	.008		
					.10			

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

KSE- Fobik Anksiyete için oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(3, 398)} = 62,33$; $p < ,001$). Bu modele göre KSE- Fobik Anksiyetenin ODÖ-Yalnızlık tarafından %30 oranında, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı

tarafından %1,2 oranında ve ODÖ-Ümitsizlik tarafından %0,8 oranında olmak üzere toplamda %32 oranında yordandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.15: KSE-Paranoid Düşünce Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

KSE-Paranoid Düşünce	Bağımsız Değişkenler	B	SH	β	t	R ²	F	ΔR^2
		Sabit (a)	-1.24	.52		-2.38*		
	ODÖ-Yalnızlık	.45	.08	.44	5.83***	.42		
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	.14	.03	.22	5.48***	.05	92.61***	
	ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma	.18	.05	.28	3.51**	.01		.48
	ODÖ-Olumsuz Benlik	-.07	.03	-	-2.18*	.01		
				.16				

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

KSE- Paranoid Düşünce için oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(3, 397)} = 92,61$; $p < ,001$). Bu modele göre KSE- Paranoid Düşüncenin ODÖ-Yalnızlık tarafından %42 oranında, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı tarafından %4,8 oranında, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma tarafından %1 oranında ve ODÖ-Olumsuz Benlik tarafından %0,6 olmak üzere toplamda %48 oranında yordandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.15).

Tablo 4.16: KSE- Psikotizm Yordayıcılarına Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

KSE-Psikotizm	Bağımsız Değişkenler	B	SH	β	t	R ²	F	ΔR^2
		Sabit (a)	-2.45	.47		-5.19***		
	ODÖ-Yalnızlık	.29	.07	.32	4.17***	.43		
	ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma	.09	.05	.16	1.92	.02	88.21***	.47
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	.08	.02	.13	3.16**	.01		
	ODÖ-Olumsuz Benlik	.07	.03	.18	2.30*	.01		

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

KSE-Psikotizm puanlarına yönelik yapılan regresyon analizinde ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma puanları modele eklendiğinde modelin yordayıcılık düzeyine katkısı ,02 olmuştur ($B = ,15$, $t = 3,77$, $p < .001$). Son olarak modele ODÖ-Olumsuz Benlik puanları eklendiğinde ise ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma puanlarının yordayıcılığı anlamlılığını kaybetmiştir ($B = ,09$, $t = 1,92$, $p > .05$). KSE- Psikotizm için oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(3, 397)} = 88,21$; $p <$

,001). Bu modele göre KSE- Psikotizmin ODÖ-Yalnızlık ($B = ,29$; $t = 4,17$; $p < 001$) tarafından %42 oranında, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı ($B = ,09$; $t = 1,92$; $p = ,002$), ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ($B = ,09$; $t = 1,92$; $p = ,055$) tarafından %1 oranında ve ODÖ-Olumsuz Benlik ($B = ,07$; $t = 2,30$; $p = 022$) tarafından %0,6 oranında olmak üzere toplamda %47 oranında yordandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.16).



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde analiz sonuçları literatürde yer alan araştırmalar çerçevesinde değerlendirilecektir.

5.1. Değişkenlerin Sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçlarının değerlendirilmesi (Cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi)

BEÖ, BTÖ, ODÖ VE KSE alt ölçeklerinin cinsiyete göre farklılaşım farklılaşmadığının saptanması amacıyla Bağımsız Gruplar t-Testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre kadınların BEÖ-Kontrol alt boyutu ve BEÖ toplam puanları erkeklere göre daha yüksektir. BEÖ-Alternatifler alt boyutu ise cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Literatür incelendiğinde ise Akman ve Demir'in (2021: 16) yaptığı çalışmada erkeklerin BEÖ-Kontrol alt boyutu puanlarının kadınlardan yüksek olduğu görülmüştür. Asıcı ve İkiz (2015: 198) tarafından yapılan bir çalışmada ise erkeklerin BEÖ-Toplam ve BEÖ-Kontrol alt boyutu puanları kadınların puanlarından yüksektir. Mevcut çalışmanın sonuçlarının literatürden farklılaşmasının nedeni örneklemin sadece üniversite öğrencilerinden oluşması ve dolayısıyla yaş ortalamasının mevcut çalışmadan daha düşük olması olabilir. BTÖ-toplam, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı, BTÖ-Engelleyici Kaygı alt boyutu puanlarının ise cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmüştür. Literatür gözden geçirildiğinde de benzer sonuçlar görülmüştür (Dugas vd., 1997: 593). Kadınların ODÖ-Yalnızlık, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ve ODÖ-Olumsuz Benlik alt boyutlarının puanları erkeklerin puanlarından yüksektir. ODÖ-Ümitsizlik, ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk ve ODÖ-toplam puanlar ise cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Literatür incelendiğinde ise benzer sonuçlar görülmüştür. Yavuzer ve Karataş'ın (2012: 1) ergenlerle yaptığı bir çalışmada ise otomatik düşünce puanları ile cinsiyet arasında farklılaşma görülmemiştir. Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da otomatik düşünce puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmüştür (Tümkaya vd., 2011: 77). Mevcut çalışmada kadınların KSE-Somatizasyon ve KSE-Anksiyete alt boyutları erkeklerin puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. KSE-Obsesif Kompulsif, KSE-Kişilerarası Duyarlılık, KSE-

Depresyon, KSE-Hostilite, KSE-Fobik Anksiyete, KSE-Paranois Düşünce ve KSE-Psikotizm alt boyutları cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Yiğit (2013: 74) tarafından yapılan çalışmaya göre psikolojik semptomların cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmüştür. Başka bir çalışmada ise kadınların somatizasyon puanlarının erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür (Temelcioğlu-Tunalı, 2020: 40). Başka bir çalışmada ise kadınların anksiyete, somatizasyon, kişilerarası duyarlılık ve fobik anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Watson ve Sinha, 2008: 226). Literatürde görülen bu farklılık, psikolojik semptomların oluşumunda birçok faktörün rol oynamasıyla ilişkili olarak düşünülmektedir.

BEÖ, BTÖ, ODÖ VE KSE alt ölçeklerinin medeni duruma göre farklılaşp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla Bağımsız Gruplar t-Testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre BEÖ-Toplam, BEÖ-Kontrol ve BEÖ-Alternatif alt boyut puanları medeni duruma göre farklılaşmamaktadır. Literatürdeki sonuçlar mevcut bulguları destekler niteliktedir. Polatoğlu'nun (2018: 86) çalışmasına göre de bilişsel esneklik puanlarının medeni duruma göre farklılaşmadığı görülmüştür. İmroğlu ve diğerleri (2021: 2043) tarafından yapılan çalışmaya göre medeni durumla bilişsel esneklik arasında farklılaşmaya rastlanmamıştır. Evlilerin ODÖ-Toplam ve tüm alt boyut puanlarının bekarlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda elde edilen sonuçtan farklı olarak Gül ve diğerleri (2013: 93) tarafından yapılan çalışmaya göre otomatik düşünce puanlarının medeni duruma göre farklılaşmadığı görülmüştür. Çelik (2017: 52) tarafından yapılan çalışmaya göre de otomatik düşüncelerinin medeni duruma göre farklılaşmadığı görülmüştür. Bu farklılaşmanın nedenini olarak örneklem grubunda evli bireylerin sayısının oldukça düşük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Evlilerin tüm KSE alt boyut puanları, KSE-Paranoid Düşünce hariç, bekarlarınkinden yüksektir. KSE-Paranoid Düşünce puanlarının medeni duruma göre farklılaşmadığı görülmüştür. Literatürde psikolojik belirtilerle medeni durum arasındaki ilişkiye dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

BEÖ, BTÖ, ODÖ VE KSE alt ölçeklerinin eğitim düzeyine göre farklılaşp farklılaşmadığının tespiti için Bağımsız Gruplar t-Testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre lise mezunu grubun BEÖ-Kontrol boyutu alt puanlarının üniversite ve üzeri gruptan yüksek olduğu tespit edilmiştir. BEÖ-Alternatifler alt boyutu ve BEÖ-Toplam puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde de benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Asıcı ve İkiz (2015: 191)

tarafından yapılan çalışmada ise bilişsel esneklik puanlarının eğitim düzeylerine göre farklılaşmadığı görülmüştür. Turan ve diğerleri (2019: 62) tarafından yapılan çalışmaya göre de bilişsel esneklik puanlarının eğitim düzeylerine göre farklılaşmadığı görülmüştür. BTÖ toplam ve alt boyut puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde çalışmada elde edilen bulgulara benzer şekilde Parmaksız (2021: 6) tarafından yapılan çalışmaya göre de belirsizliğe tahammülsüzlük ve eğitim düzeyine göre farklılaşmıştır. ODÖ toplam ve alt boyut puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı görülmüştür. Literatüre incelendiğinde de benzer sonuçların olduğu görülmüştür. Gül ve diğerleri (2013: 93) tarafından yapılan çalışmada otomatik düşüncelerin eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Lise mezunu grubun KSE-Anksiyete alt boyutu puanlarının üniversite ve üzeri gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, ilköğretim grubunun KSE-Paranoid Düşünce puanlarının üniversitesi ve üzeri gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat KSE diğer alt boyut puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı görülmüştür. Literatürde ise psikolojik semptomlar ve eğitim düzeyiyle ilgili çalışmaya rastlanmamıştır.

BEÖ, BTÖ, ODÖ VE KSE alt ölçeklerinin gelir düzeyine göre farklılaşp farklılaşmadığının saptanması amacıyla Bağımsız Gruplar t-Testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre BEÖ-Toplam ve alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Literatürde bilişsel esneklik ve gelir düzeyiyle ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. BTÖ toplam ve alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre farklılaşmadığı görülmüştür. Literatürde de benzer sonuçların olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da belirsizliğe tahammülsüzlüğün gelir düzeyine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Erguvan, 2015: 50). Dönmezler ve diğerleri (2020: 262) tarafından yapılan çalışmaya göre de belirsizliğe tahammülsüzlük gelir düzeyine göre farklılaşmamıştır. Düşük gelir düzeyine sahip grubun ODÖ toplam ve tüm alt boyut puanları orta gelire sahip gruptan daha yüksektir. Ayrıca, düşük gelir düzeyi grubunun ODÖ-Toplam, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ve ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk alt boyut puanları yüksek gelir düzeyine sahip gruptan daha yüksektir. Tümkaya ve diğerleri (2011: 77) tarafından yapılan çalışmaya göre otomatik düşünceler gelir düzeyine göre farklılaşmamıştır. Kara (2016: 40) tarafından yapılan çalışmaya göre de otomatik düşünceler gelir düzeyine göre farklılaşmamıştır. Başka bir çalışmada ise evli bireylerin otomatik düşüncelerinin düşük gelir düzeyinde yüksek

gelir düzeyine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Şahin, 2017: 32). Dolayısıyla literatürde farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Düşük gelir düzeyine sahip grubun KSE tüm alt boyutları puanlarının, KSE-Fobik Anksiyete hariç, orta gelir düzeyine sahip grubun puanlarından daha yüksektir. Düşük gelir düzey grubun KSE-Depresyon, KSE-Anksiyete ve KSE-Hostilite puanları yüksek gelir düzeyi gruptan daha yüksektir. Fakat KSE-Fobik Anksiyete alt boyutu puanları ile gelir düzeyi arasında bir ilişki görülmemiştir. Literatürde bu alana dair yapılmış çalışmalar oldukça azdır. Fakat bir çalışmada çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Katılımcıların gelir düzeyi, 1000 TL ve altı, 2000-3000 TL, 3000-4000 TL ve 4000 TL ve üstü olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Bu dört grupların psikolojik belirtileri arasında farklılaşma görülmüştür. 1000 TL ve altı gelir düzeyi grubundaki kişilerin diğer gruptakilere göre psikolojik semptomlarının daha fazla olduğu görülmüştür (Yüksel, 2013: 63).

5.2. Bilişsel Esneklik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Otomatik Düşünceler ve Psikolojik Semptomlar Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmanın temel değişkenleri olan Psikolojik Semptomlar ile Bilişsel Esneklik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Otomatik Düşünceler arasındaki ilişkiler, Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, KSE-Somatizasyonun BEE-Toplam, BEE-Kontrol alt boyutu, BTÖ-Toplam ve alt boyut puanlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. BEE-Alternatif alt boyutu ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Elde edilen bulgular literatürle benzerlik göstermektedir (Berdan, 2021: 57). KSE-Somatizasyonun ODÖ-Toplam ve alt boyut puanlarıyla da arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Gamsız (2017: 75) tarafından madde kullanım geçmişi olan bireylerle yapılan çalışmaya göre de somatizasyon ve otomatik düşünceler arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişkinin olduğu görülmüştür.

KSE-Obsesif Kompulsif BEE-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Literatürde mevcut araştırma sonuçlarını destekleyecek bulgularının olduğu görülmektedir (Chamberlain vd., 2007: 335). KSE-OKB ile BTÖ-Toplam ve alt boyut puanları

arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bilişsel modele göre obsesif kompulsif bozukluğun oluşmasında etkili olan altı alandan birisi belirsizliğe tahammülsüzlüktür (Pişgin ve Özen, 2010: 117).

KSE-Kişilerarası Duyarlılığın BEE-Toplam ve alt boyut puanlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişkisinin olduğu görülmüştür. Khossorour ve Mikaelli (2021: 141) tarafından yapılan çalışmaya göre de kişilerarası duyarlılıkla bilişsel esneklik arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür. Wisconsin kart eşleme testiyle bilişsel esnekliğe bakılan bir başka çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Monteiro vd., 2021: 1). KSE-Kişilerarası Duyarlılık ve ODÖ-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Literatürdeki sonuçların da bu sonuçla uyumlu olduğu görülmüştür (Mathew vd., 2014: 50). KSE-Kişilerarası İlişkiler ve BTÖ-Toplam ve alt grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Fakat literatürde bu iki değişken arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

KSE-Depresyon ve BEE-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Önen ve Budak (2020: 211) tarafından yapılan çalışmada da Beck Depresyon Envanteri skoru ile Wisconsin Kart Eşleme Testindeki perseveratif hata yüzdesi arasında pozitif bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. KSE-Depresyon ve BTÖ-Toplam ve alt grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde de benzer bir sonuca rastlanmıştır (Berdan, 2021: 57). KSE-Depresyon ve ODÖ-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Kevlekçi (2013: 56) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

KSE-Anksiyete ve KSE-Fobik Anksiyete ile BEE-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Çiftçi (2019: 56) tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin anksiyete düzeyleri ile bilişsel esneklikleri arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Fobik anksiyete ve bilişsel esnekliğin direkt olarak ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmasa da Okereke ve diğerleri (2013: 1) tarafından yapılan çalışmada fobik anksiyetenin bilişsel fonksiyona etkisinin olduğu

tespit edilmiştir. KSE-Anksiyete ve KSE-Fobik Anksiyete ile BTÖ-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Literatürde de benzer bir sonuca rastlanmıştır (Belge, 2019: 40). KSE-Anksiyete ve KSE-Fobik Anksiyete ile ODÖ-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Parim (2019: 70) tarafından yapılan bir çalışmada da otomatik düşünceler ve anksiyete belirtileri arasında bir pozitif yönde ilişkinin olduğu görülmüştür.

KSE-Hostilite ve BEE-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki görülmüştür. Literatür incelendiğinde mevcut çalışmadan farklı çalışma sonuçlarına rastlanmıştır. Berdan (2019: 57) tarafından yapılan çalışmada hostilite ve bilişsel esneklik arasında negatif yönde bir ilişkiye rastlanmıştır fakat Yıldız (2018: 50) tarafından ergenlerle yapılan çalışmada böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır. KSE-Hostilite ve BTÖ-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Savaş (2021: 53) tarafından yapılan çalışmada da hostilite ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. KSE-Hostilite ve ODÖ-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Literatürde de benzer bir çalışma sonucuna rastlanmıştır (Gamsız ve Aypay, 2018: 765).

KSE-Paranoid Düşünce ve KSE-Psikotizm BEE-Toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönde ve düşük düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar da mevcut araştırma bulgularını desteklenmiştir (Delahunty vd., 1993: 221; Tüfekçibaşı ve Şahin, 2020: 147). KSE-Paranoid Düşünce ve KSE-Psikotizm BTÖ-Toplam ve alt boyutları ve ODÖ-Toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde paranoid düşüncelerin belirsizliğe tahammülsüzlük ve otomatik düşüncelerle özel olarak ilişkisine bakılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Fakat Carpenter (2018:23) tarafından yapılan bir çalışma mevcut çalışmadaki psikotizm ve otomatik düşünceler ilişkisini pozitif yönde niteliktedir.

5.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Otomatik Düşünceler ve Bilişsel Esnekliğin birlikte Psikolojik Semptomları Yordayıcı Etkilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmanın temel değişkenleri olan Bilişsel Esneklik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Otomatik Düşüncelerin Psikolojik semptomları yordama düzeyleri stepwise yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon analizi yapılarak incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçları incelendiğinde KSE-Somatizasyon alt boyutunu etki sırasına göre ODÖ-Yalnızlık, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma pozitif yönde ve BEE-Kontrol alt boyutu negatif yönde olmak üzere toplamda %28 oranında yordamıştır.

KSE-Obsesif Kompulsif alt boyutu etki sırasına göre BEE-Kontrol tarafından negatif yönde, ODÖ-Yalnızlık BTÖ-Engelleyici Kaygı ve ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk tarafından pozitif yönde olmak üzere toplamda %45 oranında yordanmıştır.

KSE-Kişilerarası Duyarlılık alt boyutunu etki sırasına göre BEE-Kontrol negatif yönde, ODÖ-Yalnızlık, BTÖ-Engelleyici Kaygı ve ODÖ-Olumsuz Benlik pozitif yönde olmak üzere toplamda %49 oranında yordamıştır.

KSE-Depresyon alt boyutunu etki sırasına göre ODÖ-Yalnızlık, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk, ODÖ-Ümitsizlik pozitif yönde, BEE-Kontrol negatif yönde olmak üzere toplamda %67 oranında yordamıştır.

KSE-Anksiyete alt boyutu etki sırasına göre BEE-Kontrol tarafından negatif yönde, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, ODÖ-Yalnızlık ve BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı tarafından pozitif yönde olmak üzere toplamda %45 oranında yordanmıştır.

KSE-Hostilite alt boyutunu etki sırasına göre BEE-Alternatif negatif yönde, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı, ODÖ-Yalnızlık ve BTÖ-Engelleyici Kaygı pozitif yönde olmak üzere toplamda %34 oranında yordamıştır.

KSE-Fobik Anksiyete alt boyutu etki sırasına göre ODÖ-Yalnızlık ve BTÖ-Engelleyici Kaygı tarafından pozitif yönde, BEE-Kontrol tarafından negatif yönde olmak üzere toplamda %32 oranında yordanmıştır.

KSE-Paranoid Düşünce alt boyutunu etki sırasına göre ODÖ-Yalnızlık, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı ve ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma pozitif yönde ve ODÖ-Olumsuz Benlik negatif yönde olmak üzere toplamda %48 oranında yordamıştır. Mevcut araştırma sonuçlarına göre araştırmada yer alan bağımsız değişkenlerin psikolojik belirtilerin açıklanmasında önemli bir yere sahip olduğu görülmüştür.

KSE-Psikotizm alt boyutu ODÖ-Yalnızlık tarafından %43 oranında, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı tarafından %1 oranında, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma tarafından %2 oranında ve ODÖ-Olumsuz Benlik tarafından %0,1 oranında olmak üzere toplamda %47 oranında yordandığı tespit edilmiştir. Mevcut araştırma sonucuna göre bu değişkenlerin psikotizm açıklanmasında önemli bir yere sahip olduğu görülmüştür.

Salihoğlu'nun (2021: 60), Covid-19 sürecine özgü yaptığı bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikolojik belirtileri pozitif yönde yordama oranı %20 olarak tespit edilmiştir. Armut (2019: 64) tarafından yapılan bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik semptomlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişkiye rastlanmıştır. Aynı çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikolojik belirtileri yordadığı da bulunmuştur. Yapan (2018: 53) tarafından yapılan bir çalışmada da otomatik düşüncelerin depresyon ve anksiyete ile istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada otomatik düşüncelerin depresif belirtileri %47 oranında açıkladığı görülmüştür. Gürpınar (2021: 71) tarafından öğretmen adaylarıyla yapılan bir çalışmada bilişsel esneklikle psikolojik belirtiler arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönde ve orta düzey bir ilişki olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada kontrole dair bilişsel esnekliğin alt boyutunun psikolojik belirtileri %22 oranında açıkladığı saptanmıştır. Berdan (2021: 59) tarafından yapılan çalışmada BTÖ-Toplam ve BEE-Toplam puanlarının KSE-Anksiyete alt boyutunu %20 oranında, KSE-Depresyon alt boyutunu %18 oranında, KSE-Olumsuz Benlik alt boyutunu %20 oranında, KSE-Somatizasyon alt boyutunu %14 oranında ve KSE-Hostilite alt boyutunu 19 oranında açıkladığı bulunmuştur. Literatürdeki bulgular mevcut araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Literatürde direkt olarak psikolojik semptom ve otomatik düşüncelerin ilişkisine bakılan çalışma sayısının oldukça az olduğu görülmüştür. Mevcut araştırma sonuçlarında ise otomatik düşüncelerle psikolojik belirtilerin ilişkisinin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Anksiyete ve hostilete hariç tüm psikolojik belirtileri en güçlü yordayan değişken yalnızlığa dair otomatik düşünceler olmuştur. İnsanların düşündükleriyle algılanan gerçeklik arasında farklar olabilir. Fakat insanların duygusal ve fizyolojik tepkileri dış gerçekliğe attedikleri anlam neticesinde yani yorumlamalarıyla oluştuğu için otomatik düşüncelerin psikolojik belirtileri yordadığı düşünülmektedir. Gamsız (2017: 84) tarafından yapılan bir çalışmada yalnızlığın psikolojik belirtileri yordadığı

bulunmuştur. Benzer şekilde Doğusever (2020: 84) tarafından yapılan bir çalışmada da yalnızlığın psikolojik belirtiler ve bağımlılıkla ilişkili olduğunu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada psikolojik belirtilerin algılanan aile sosyal desteği ve internet bağımlılığıyla arasında kısmi bir aracılık rolünün olduğu ve aynı zamanda internet bağımlılığı ve yalnızlık arasında da tam aracı bir role sahip olduğu bulunmuştur. Başka bir araştırmada ise ailesiyle birlikte yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan üniversite öğrencilerinin sosyal destek algısıyla psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre ailesinden ayrı yaşayan üniversite öğrencilerinin daha fazla psikolojik belirti yaşadığı görülmüştür (Özdemir, 2013: 42). Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre kişinin var olan sorunun açığa çıkmasındaki önemli bir faktörün, kişinin içinde bulunduğu durumu veya yaşadığı olayı değerlendirmesidir. Bu bağlamda, bir insanın yalnız olduğuna dair düşüncelerinin olmasıyla gerçekte yalnız olmasının o kişide açığa çıkabilecek duygusal ve fizyolojik belirtiler açısından pek bir fark oluşturmayacağı, önemli olanın kişinin içinde bulunduğu mevcut durumu nasıl algılayıp değerlendirdiği olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada yalnızlıkla ilgili otomatik düşünceler daha çok biliş boyutunda ele alınmış olsa da yalnızlığı insanın varoluşundan bağımsız olarak değerlendirmek oldukça güçtür. Varoluşçu yaklaşıma göre, insanlar birtakım temel varoluşsal kaygılar yaşar. Bu temel varoluşsal kaygılar ölüm, özgürlük, yalnızlık (yalıtım) ve anlamsızlıktır. İnsanın yalnızlıkla ilgili kaygısını sağlıklı bir şekilde deneyimleyip nihai anlamda yalnız olduğunu kabul etmesi yalnızlığı sağlıklı bir şekilde yaşadığı anlamına gelir (Yalom, 2018: 475). Kişinin bu temel varoluşsal kaygılardan varoluşsal yalıtım ile yüzleşecek sağlam bir kimlik inşa edememesi durumunda ise psikopatolojik durumlar ortaya çıkabilmektedir. Çalışma bulgularımız bu çerçevede değerlendirildiğinde birçok psikolojik semptomun yalnızlıkla ilişkili otomatik düşüncelerle ilişkili çıkması anlamlıdır. Çalışmamızda anksiyete ve hostilete hariç psikolojik semptomları -somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm- birincil sırada yalnızlığa dair otomatik düşüncelerin yordaması, yalnızlığa dair otomatik düşüncelerin insanlarda birtakım psikolojik semptomların oluşumuna yol açtığı veya insanların bu alandaki varoluşsal kaygılarını çözemedikleri anlamına gelebilir. Aynı zamanda elde edilen bulgular Erikson'un kişiliğin psikososyal gelişim teorisi açısından değerlendirilebilir. Erikson'un bu teorisinde yer alan yakınlığa karşı yalıtılmışlık

çatışmasının yaşandığı genç yetişkinlik evresi yaklaşık olarak 17-30 yaş aralığına denk gelmektedir. Bu evredeki çatışmayı çözebilen insanın sağlıklı yakınlıklar kurarak kazanacağı temel ego gücü “sevgi” olmakla beraber bu çatışma sağlıklı bir şekilde atlatılamazsa kişi diğer insanlardan yalıtılmış hisseder ve dönemin çekirdek patolojisi olan “dışlama” açığa çıkar (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 157). Çalışmamızda kullandığımız örneklemin neredeyse yarısı yani 201 kişinin yaşı 18-25 yaş aralığında olup örneklemin tümünün yaş ortalaması ise 29’dur. Bu bilgilere göre yalnızlığa dair otomatik düşüncelerin psikolojik semptomları en üst düzeyde yordayan alt boyut olması bahsedilen evredeki çatışmanın sağlıklı bir şekilde atlatılmadığının işareti olarak değerlendirilebilir.

Dikkat çeken bulgulardan biri ise, anksiyete ve hostilitenin şaşkınlık ve kaçmaya dair otomatik düşünceler tarafından birincil sırada yordanmasıdır. İnsanlar bir stres ya da tehdit faktörüyle karşı karşıya kaldıklarında otonom sinir sisteminin bir parçası olan sempatik sinir sistemi aktive olmakta ve bu aktivasyon neticesinde insanlar kaçma, savaşıma veya donma tepkilerinden birini vermektedir (Güçlü, 2001: 91). Bununla beraber anksiyete ve hostilite insanın sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile açığa çıkar. Bu nedenle anksiyete ve hostilite diğer psikolojik semptomlardan farklı olarak kişinin şaşkınlık ve kaçmaya dair otomatik düşünceleri tarafından daha fazla yordanmış olabileceği düşünülebilir. Bir diğer dikkat çeken bulgu ise fobik anksiyetenin anksiyete ve hostilite gibi sempatik sinir sistemini aktive etmesi beklenen şaşkınlık ve kaçmaya dair otomatik düşünceler tarafından değil, birincil sırada yalnızlığa dair otomatik düşünceler tarafından yordanmasıdır. KSE-Fobik Anksiyete alt boyutunun maddeleri incelendiğinde daha çok agorafobiyi ölçen maddeler içerdiği görülmektedir. Agorafobi, kişinin kaçma veya yardım almasının zorlandığı durumlarda yaşadığı yoğun kaygı ve/veya panik benzeri durumdur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 120). Bundan dolayı insanın yalnız olduğunu düşündüğü durumlar bu psikolojik semptomun açığa çıkmasında daha büyük role sahip olabilir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Mevcut araştırmada ilk olarak BEE, BTÖ, ODÖ ve KSE alt boyut puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Bazı sonuçların anlamlılığı dikkat çekmektedir. Kadınların BEE-Kontrol alt boyut ve KSE-Anksiyete alt boyut puanları erkeklerin puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Sonrasında ise BEE, BTÖ, ODÖ ve KSE alt boyut puanları medeni duruma göre karşılaştırılmıştır. Bekarların ODÖ-Toplam ve alt boyut puanlarıyla KSE alt boyut puanları, KSE-Paranoid Düşünce hariç, evlilerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Daha sonra BEE, BTÖ, ODÖ ve KSE alt boyut puanları eğitim düzeyine göre karşılaştırılmıştır. Lise mezunlarının KSE-Anksiyete alt boyutu puanlarının üniversite ve üzeri olan gruptan yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlköğretim grubunun KSE-Paranoid düşünce puanları üniversite ve üzeri gruptan yüksek olduğu saptanmıştır. Sonrasında yapılan Pearson Korelasyon analiz sonuçlarına göre BEE-Kontrol ile BEE-Toplam puanları arasında, BEE-Alternatif ile BEE-Toplam puanları arasında, BTÖ-İleriye Yönelik Kaygının BTÖ-Engelleyici Kaygı ve BTÖ-Toplam puanları arasında, BTÖ-Engelleyici Kaygı ile BTÖ-Toplam puanları arasında, ODÖ-Ümitsizlik ile ODÖ-Yalnızlık, ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, ODÖ-Olumsuz Benlik ve ODÖ-Toplam puanları arasında, ODÖ-Yalnızlık ile ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, ODÖ-Olumsuz Benlik, ODÖ-Toplam ve KSE-Depresyon puanları arasında, ODÖ-Kişisel Uyumsuzluk ile ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma, ODÖ-Olumsuz Benlik, ODÖ-Toplam ve KSE-Depresyon puanları arasında, ODÖ-Şaşkınlık ve Kaçma ile ODÖ-Olumsuz Benlik, ODÖ-Toplam ve KSE-Depresyon puanları arasında, ODÖ-Toplam ile KSE-Depresyon puanları arasında, KSE-Somatizasyon ile KSE-Anksiyete puanları arasında, KSE-Kişiler Arası Duyarlılık ile KSE-Depresyon puanları arasında ve KSE-Depresyon ile KSE-Anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Son olarak ise BEE, BTÖ, ODÖ ve KSE alt boyut puanlarının psikolojik semptomlarını yordama düzeylerine bakılmıştır. Regresyon analizi sonuçlarına göre KSE-Hostilite ve KSE-Anksiyete KSE'nin tüm alt boyut puanlarında en güçlü yordayıcı ODÖ-Yalnızlık olmuştur. Ayrıca BTÖ-Engelleyici

Kaygı ve BEE-Alternatifler alt boyutları psikolojik belirtileri en az şiddet ve sıklıkta yordayan alt boyutlar olmuştur.

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve gelir düzeyi gibi değişkenlerin dengeli olarak dağılmamış olması mevcut örneklemin genellenebilirliği açısından bir sınırlılıktır. Bundan sonraki araştırmalarda daha dengeli bir dağılım gösteren farklı örneklem gruplarıyla tekrarlanması önerilmektedir.

Mevcut araştırma sonuçları psikolojik semptomların oluşumunda yalnızlığa dair otomatik düşüncelerin önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Buna göre psikolojik belirtilerin değerlendirilmesi noktasında yalnızlık ve ilgili düşüncelerin göz önünde bulundurulmasının önemli olduğu söylenebilir ve aynı zamanda sosyal desteğin artırılmasının psikolojik belirtilerin azalmasında yardımcı bir faktör olabileceği de düşünülebilir. Bunlara ek olarak kişinin yalnızlığının varoluşsal boyutta da incelenerek varoluşsal krizinin çözülmesine katkıda bulunulmasının klinik bağlamda önemli olacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak, elde edilen bulguların literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür. Ayrıca, otomatik düşüncelerle ilgili yapılan çalışmaların azlığı ve bu alandaki çalışmalara duyulan ihtiyaç dikkat çekmektedir. Mevcut çalışmada otomatik düşüncelerin özellikle yalnızlıkla ilgili düşünceler alt boyutunun psikolojik semptomlara olan etkisi, psikolojik semptomların oluşması ve tedavisi noktasında gelecek çalışmalara yön göstereceği umut edilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aaronovitch, D. (2009). *Voodoo histories: The role of the conspiracy theory in shaping modern history*. London: Jonathan Cape.
- Abalakina-Paap, M., Stephan, W. G., Craig, T., ve Gregory, W. L. (1999). Beliefs in conspiracies. *Political Psychology*, 20: 637–647.
- Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Amianto, F., Rocca, G., Marzola, E., McClintock, S. M. ve Fassino, S. (2011). Cognitive Flexibility in Verbal and Nonverbal Domains and Decision Making in Anorexia Nervosa Patients: A Pilot Study. *BMC Psychiatry*, 11(162): 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-162>.
- Akman, T. P. ve Demir, M. Üniversite Öğrencilerinin Bilinçli Farkındalıkları ile Bilişsel Esneklikleri Arasındaki İlişki. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 5(9): 11-20.
- Albert, C. M., Chae, C. U., Rexrode, K. M., Manson, J. E. ve Kawachi, I. (2005). Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation*, 111(4): 480–487. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000153813.64165.5D>
- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J. ve Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 23(11): 1165–1173. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x>
- Almas, A., Forsell, Y., Iqbal, R., Janszky, I. ve Moller, J. (2015). Severity of Depression, Anxious Distress and the Risk of Cardiovascular Disease in a Swedish Population-Based Cohort. *PloS one*, 10(10): e0140742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140742>
- American Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5): Tanı Ölçütleri Başvuru elkitabı'ndan (çeviri ed. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.

- American Psychological Association Dictionary of Psychology, (2022). *Paranoid Ideation*. <https://dictionary.apa.org/paranoid-ideation> (Eriřim Tarihi: 31.05.2022).
- American Psychological Association Dictionary of Psychology, (2022). *Hostility*. <https://dictionary.apa.org/hostility> (Eriřim Tarihi: 31.05.2022).
- American Psychological Association Dictionary of Psychology, (2022). *Phobic Anxiety*. <https://dictionary.apa.org/phobic-anxiety> (Eriřim Tarihi: 31.05.2022).
- Amiri, S. (2022). Global prevalence of anxiety and PTSD in immigrants: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatrie*: 1-20.
- Amiri, S. ve Behnezhad, S. (2019). Diabetes and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International journal of psychiatry in medicine*, 91217419837407. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0091217419837407>
- Andersen, S. ve Schwartz, A. H. (1992). Intolerance of ambiguity and depression: A cognitive vulnerability factor linked to hopelessness. *Social Cognition*, 10(3): 271-298.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., ve Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 254(3): 156-164.
- Ascone L., Jaya E.S., ve T.M. (2017). The effect of unfavourable and favourable social comparisons on paranoid ideation: An experimental study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 56: 97–105.
- Asıcı, E. ve İkiz, F. (2015). Mutluluęa giden bir yol: Bilişsel esneklik. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 1(35): 191-211.
- Aslan, ř. ve Türk, F. (2022). Comparison of Concepts of Cognitive Flexibility and Psychological Flexibility. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1): 119-130.

- Badia, P., McBane, B., Suter, S. ve Lewis, P. (1966). Preference behavior in an immediate versus variably delayed shock situation with and without a warning signal. *Journal of Experimental Psychology*, 72: 847–852.
- Bailey, D.E., Jr., Landerman, L., Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M.H., Muir, A.J., ve Clipp, E. (2009). Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 50: 138-146.
- Bakircioglu, R. (2012). *Ansiklopedik Egitim ve Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Ani.
- Bar Anan, Y., Wilson, T. D. ve Gilbert, D. T. (2009). The feeling of uncertainty intensifies affective reactions. *Emotion*, 9: 123–127.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., ve van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological bulletin*, 133(1): 1–24. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Baxter, A. J., Patton, G., Scott, K. M., Degenhardt, L. ve Whiteford, H. A. (2013). Global epidemiology of mental disorders: what are we missing?. *PloS one*, 8(6): e65514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065514>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T. ve Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5): 897–910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>.
- Beck A.T., Emery G. Ve Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, Basic: 155-156.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6): 561-571.
- (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin Books.
- (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of general psychiatry*, 62(9): 953-959.

- Beck, A. T. ve Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. ve Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual review of clinical psychology, 10*: 1-24.
- Bentall, R. P. (2000). Research into psychotic symptoms: Are there implications for parapsychologists? *European Journal of Parapsychology, 15*: 79–88.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: its causes, consequences, and control*. New York: McGraw-Hill.
- Berryman, C., Stanton, T. R., Bowering, K. J., Tabor, A., McFarlane, A. ve Moseley, G. L. (2014). Do People with Chronic Pain Have Impaired Executive Function? A Meta analytical Review. *Clinical Psychology Review, 34*(7): 563–579. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.003>.
- Best, J. R., Miller, P. H. ve Jones, L. L. (2009). Executive Functions After Age 5: Changes and Correlates. *Developmental Review, 29*: 180–200.
- Bialystok, E. ve Viswanathan, M. (2009). Components of Executive Control with Advantages for Bilingual Children in Two Cultures. *Cognition, 112*: 494–500.
- Bilgin, M. (2009). Developing a Cognitive Flexibility Scale: Validity and Reliability Studies. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 37*(3): 343-353.
- Boelen, P. A. ve Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of anxiety disorders, 23*(1): 130-135.
- Boroditsky, L., Neville, H., Karns, C., Markman, A. B. ve Spivey, M. J. (2010). Flux: fundamental or frivolous? In S. Ohlsson, and R. Catrambone (Eds.): *Proceedings of The 32nd Annual Meeting of The Cognitive Science Society* (pp. 2918–2919) Austin, TX: Cognitive Science Society
- Bredemeier, K. ve Berenbaum, H. (2008). Intolerance of uncertainty and perceived threat. *Behaviour Research and Therapy, 46*(1): 28-38.

- Brundtland, G. H. (2000). Mental health in the 21st century.. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4): 411. World Health Organization.
- Buhr, K. ve Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 931–945.
- (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Anxiety Disorders*, 20: 222-236.
- Bunk, S., Preis, L., Zuidema, S., Lautenbacher, S. ve Kunz, M. (2019). Executive Functions and Pain. *Journal of Neuropsychology*, 30(3): 169–196. <https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000264>.
- Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley.
- Buumlent, G. N. Z. (2013). Emotional Intelligence, Cognitive Flexibility and Psychological Symptoms in Pre-Service Teachers. *Educational Research and Reviews*, 8(13): 1048-1056.
- Canas, J. J., Fajardo, I. ve Salmeron, L. (2006). Cognitive Flexibility. *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*, 1: 297-301.
- Canas, J.J., Quesada F.J., Antoli, A. ve Fajardo, I. (2003) Conitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*, 46: 482-501.
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8): 937-947.
- Carleton, R. N., Norton, M. A. ve Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the intolerance of uncertainty scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1): 105-117. doi: S0887-6185(06)00051-X [pii]10.1016/j.janxdis.2006.03.014.
- Carleton, R. N., Sharpe, D. and Asmundson, G. J. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears?. *Behaviour research and therapy*, 45(10): 2307–2316. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.006>

- Carney, D. R., ve Harrigan, J. A. (2003). It takes one to know one: Interpersonal sensitivity is related to accurate assessments of others' interpersonal sensitivity. *Emotion*, 3(2): 194.
- Chang, C. K., Hayes, R. D., Broadbent, M., Fernandes, A. C., Lee, W., Hotopf, M., ve Stewart, R. (2010). All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI): substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. *BMC psychiatry*, 10: 77. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-77>.
- Chiu, H. L., Chan, P. T., Kao, C. C., Chu, H., Chang, P. C., Hsiao, S. T. S. ve Chou, K. R. (2018). Effectiveness of executive function training on mental set shifting, working memory and inhibition in healthy older adults: A double-blind randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5): 1099-1113.
- Clark, D. A. ve Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Clark, M., Di Benedetti, D., ve Perez, V. (2016). Cognitive dysfunction and work productivity in major depressive disorder. *Expert review of Pharmacoeconomics & outcomes Research*, 16(4): 455-463.
- Clarke, E. ve Kiriopoulos, L. A. (2021). Mediating The Relationship Between Neuroticism and Depressive, Anxiety and Eating Disorder Symptoms: The Role of Intolerance of Uncertainty and Cognitive Flexibility. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4: 100-101.
- Colzato, L. S., Huizinga, M. ve Hommel, B. (2009). Recreational cocaine polydrug use impairs cognitive flexibility but not working memory. *Psychopharmacology*, 207: 225–234.
- Cosden, M. A., Ellis, H. C. ve Feeney, D. M. (1979). Cognitive flexibility-rigidity, repetition effects, and memory. *Journal of Research in Personality*, 13(4): 386-395.
- Cragg, L. ve Chevalier, N. (2012). The processes underlying flexibility in childhood. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 65(2): 209-232.

- Crone, E. A., Bunge, S. A., Molenvan der, M. W. ve Ridderinkhof, K. R. (2006). Switching between tasks and responses: a developmental study. *Developmental Science*, 9: 278–287.
- Çuhadaroğlu, A. (2013). Bilişsel esnekliğin yordayıcıları. *Cumhuriyet Uluslararası Eğitim Dergisi*, 2(1): 86-101.
- Dajani, D. R. ve Uddin, L. Q. (2015). Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends in Neurosciences*, 38(9): 571–578. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.07.003>.
- Davidson, J., Zisook, S., Giller, E., ve Helms, M. (1989). Symptoms of interpersonal sensitivity in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 30(5): 357-368.
- De' ak, G. O. (2003). The development of cognitive flexibility and language abilities. *Advances in Child Development and Behavior*, 31: 271–327. [https://doi.org/10.1016/S0065-2407\(03\)31007-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2407(03)31007-9).
- Del Valle, M. V., Andrés, M. L., Urquijo, S., Yerro-Avincetto, M., López-Morales, H. ve Canet-Juric, L. (2020). Intolerance of Uncertainty Over COVID-19 Pandemic and Its Effect On Anxiety and Depressive Symptoms. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(2): 1335-1335.
- Demirtaş, A. S. ve Yildiz, B. (2019). Hopelessness and Perceived Stress: The Mediating Role of Cognitive Flexibility and İntolerance of Uncertainty. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32(3): 259.
- Dennis, J. P. ve Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34(3): 241-253.
- Derogatis L.R. (1992). The Brief symptom inventory (BSI). Administration, scoring and procedures manual II. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis LR, Rickels K, Bock AF: The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 128: 280-289, 1976.

- Diamond, A. (2006). The early development of executive functions. In E. Bialystok, & F. Craik (Eds.): *Lifespan cognition: Mechanisms of change* (pp. 70–95). New York, NY: Oxford University Press.
- (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1): 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>.
- Dozois, D. J. ve Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. *Risk factors in depression*: 119-143.
- Dreisbach, G. ve Goschke, T. (2004). How positive affect modulates cognitive control: Reduced perseveration at the cost of increased distractibility. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 30(2): 343-353.
- Dryden, W. ve Bond, F. W. (1994). Reason and emotion in psychotherapy: Albert Ellis. *The British Journal of Psychiatry*, 165(1): 131-135.
- Dryden, W., David, D. ve Ellis, A. (2010). Rational emotinal therapy. K. S. (Ed.): *Dobson, Handbook of cognitive behavioral therapies* (3.baskı) içinde (226-277). The Guildford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H. ve Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive therapy and research*, 21(6): 593-606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. ve Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 36(2): 215-226.
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K. ve Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1): 57-70.
- Dugas, M. J., Marchand, A. ve Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitivebehavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19: 329–343.

- Dugas, M. J., Schwartz, A. ve Francis, K. (2004). Intolerance of Uncertainty, Worry, and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6): 835–842. <https://doi.org/10.1007/s10608-004-0669-0>
- Dugas, M.J., Freeston M.H. ve Ladouceur R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cog. Ther. Res.* 21(6): 593–606.
- Dugas, M.J., Gosselin, P. ve Ladouceur, R. (2001). Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25: 551–558. <https://doi.org/10.1023/A:1005553414688>
- Dugas, M.J., Letarte, H., Rhéaume, J. et al. Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cogn Ther Res*, 19: 109–120 (1995). <https://doi.org/10.1007/BF02229679>.
- Eaton, W. W., Anthony, J. C., Tepper, S. ve Dryman, A. (1992). Psychopathology and attrition in the epidemiologic catchment area surveys. *American journal of epidemiology*, 135(9): 1051–1059. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116399>
- Eckhardt, C., Norlander, B., ve Deffenbacher, J. (2004). The assessment of anger and hostility: A critical review. *Aggression and violent behavior*, 9(1): 17-43.
- Edwards, D. J. A. (2014). Schemas in clinical practice: What they are and how we can change them. *Practice*, 34: 10-13.
- Einstein, D. A. (2014). Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: a review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3): 280.
- Ellis, A. E. ve Oakes, L. M. (2006). Infants flexibly use different dimensions to categorize objects. *Developmental Psychology*, 42: 1000–1011.
- Eşel, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(1): 46-55.
- Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med.* 2018;48(9): 1560-1571.

- Fatih, Y., Kadir, Ö. ve Canan, E. (2020). Investigation of The Relationship Between Disease Severity and Automatic Thought and Dysfunctional Schemes in Patients with Depression and Non-Clinical Group: A Structural Equation Modeling Study. *Current Psychology*: 1-9.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. ve Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine*, 10(11): e1001547.
- Forsell, Y. ve Henderson, A. S. (1998). Epidemiology of paranoid symptoms in an elderly population. *The British Journal of Psychiatry*, 172(5): 429-432.
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., ve Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 186: 427-435. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.427>
- Freeman, D., Pugh, K. ve Garety, P. (2008). Jumping to conclusions and paranoid ideation in the general population. *Schizophrenia research*, 102(1-3): 254-260.
- Freeston, M., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. ve Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality Individual Differences*, 17(6): 791-802.
- Friedman, E. S., Thase, M. E., ve Wright, J. H. (2008). Cognitive Model.
- Gabrys, R. L., Tabri, N., Anisman, H. ve Matheson, K. (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9.
- Gamsız, Ö. (2017). *Madde Kullanım Geçmiş Olan Tedbir Altındaki Bireylerin Yalnızlık ve Otomatik Düşüncelerinin Psikolojik Belirti Düzeylerini Yordaması* (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

- Garcia-Garcia, M., Barcelo, F., Clemente, I. C. ve Escera, C. (2010). The role of dopamine transporter DAT1 genotype on the neural correlates of cognitive flexibility. *European Journal of Neuroscience*, 31: 754–760.
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences: The theory in practice*. New York: Basic Books.
- Gentes, E.L. ve Ruscio, A.M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessivecompulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31: 923-933.
- Geurts, H. M., Corbett, B. ve Solomon, M. (2009). The paradox of cognitive flexibility in autism. *Trends in Cognitive Science*, 13: 74–82.
- Gilbert, D. T. ve Wilson, T. D. (2009). Why the brain talks to itself: Sources of error in emotional prediction. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 364: 1334–1351.
- Goertzel, T. (1994). Belief in conspiracy theories. *Political Psychology*, 15(4): 731–742. <https://doi.org/10.2307/3791630>
- Goldstone, R. L. ve Landy, D. (2010). Domain-creating constraints. *Cognitive Science*, 3: 1357–1377.
- Goleman, D. (1996). *Emotional intelligence: Why it matters more than IQ*. London: Bloomsbury
- Güçlü, N. (2001). Stress management. *GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Greco, V. ve Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: the construction and validation of a new measure. *Personality Individual Differences*, 31: 519–534.
- Greco, V. ve Roger, D. (2003). Uncertainty, stress and health. *Personality Individual Differences*, 34: 1057–1068.
- Greden, J. F. (2001). The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: 5-9.

- Greenwald, A. G. (1992). New Look 3: Unconscious cognition reclaimed. *American Psychologist*, 47(6): 766.
- Grenier, S., Barrette, A. ve Ladouceur, R. (2005). Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity: Similarities and differences. *Personality and Individual Differences*, 39: 593-600.
- Gültekin, B.K. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4): 583-594.
- Gülüm, I. V. ve Dağ, İ. (2012). Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanterinin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(3).
- Gündüz, B. (2013). Emotional intelligence, cognitive flexibility and psychological symptoms in pre-service teachers. *Educational research and reviews*, 8(13): 1048-1056.
- (2013). The Contributions of Attachment Styles, Irrational Beliefs and Psychological Symptoms to the Prediction of Cognitive Flexibility. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 13(4): 2079-2085.
- Haines, A. P., Imeson, J. D. ve Meade, T. W. (1987). Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *British medical journal (Clinical research ed.)*: 295(6593): 297-299. <https://doi.org/10.1136/bmj.295.6593.297>.
- Hall, J. A., Andrzejewski, S. A., ve Yopchick, J. E. (2009). Psychosocial correlates of interpersonal sensitivity: A meta-analysis. *Journal of nonverbal behavior*, 33(3): 149-180.
- Hawton, K., i Comabella, C. C., Haw, C., ve Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 147(1-3): 17-28.
- Hiçdurmaz, D., İnci, F. ve Karahan, S. (2017). Predictors of mental health symptoms, automatic thoughts, and self-esteem among university students. *Psychological Reports*, 120(4): 650-669.

- Hjemdal, O., Stiles, T. ve Wells, A. (2013). Automatic Thoughts and Meta-Cognition As Predictors of Depressive or Anxious Symptoms: A Prospective Study of Two Trajectories. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 54(2): 59-65.
- Holaway, R.M., Heimberg, R.G. ve Coles, M.E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *J. Anxiety Disord.* 20(2): 158–174
- Hollon, S. ve Kendal, P. (1980). Cognitive self-statement in depression: Clinical validation of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 4: 383-395.
- Holm, N. (2009). Conspiracy theorizing surveillance. considering modalities of paranoia and conspiracy in surveillance studies. *Surveillance and Society*, 7: 36–48.
- Howlett, C. A., Wewege, M. A., Berryman, C., Oldach, A., Jennings, E., Moore, E. ve Moseley, G. L. (2021). Same room-different windows? A systematic review and meta-analysis of the relationship between self-report and neuropsychological tests of cognitive flexibility in healthy adults. *Clinical psychology review*, 88: 102061.
- Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b> [1 Mayıs, 2021].
- Ionescu, T. (2012). Exploring the nature of cognitive flexibility. *New Ideas in Psychology*, 30(2): 190–200. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2011.11.001>.
- İnanç, B. Y., ve Yerlikaya, E. E. (2017). Kişilik kuramları. *Pegem Atıf İndeksi*, 1, 339.
- Jacques, S. ve Zelazo, P. (2005). On the possible roots of cognitive flexibility. In B. D. Homer &C, & S. Tamis-LeMonda (Eds.): *The development of social cognition and communication* (pp. 53–81). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Javed, H., Arjmand, A., Arshid, M., ve Zahid, S. (2021). Gender difference in developing loneliness and obsession compulsion symptoms during COVID-

19 pandemic. *International Journal of Advance Research, Ideas and Innovations in Technology*: 7(3).

Johanson, S. ve Bejerholm, U. (2017). The role of empowerment and quality of life in depression severity among unemployed people with affective disorders receiving mental healthcare. *Disability and rehabilitation*, 39(18): 1807-1813.

Johnco, C., Wuthrich, V. M. ve Rapee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 57: 55-64.

----- (2015). The Impact of Late-Life Anxiety and Depression on Cognitive Flexibility and Cognitive Restructuring Skill Acquisition. *Depression and Anxiety*, 32(10): 754-762.

Jooste, J., Wolfson, S. ve Kruger, A. (2022). Irrational Performance Beliefs and Mental Well-Being Upon Returning to Sport During the COVID-19 Pandemic: A Test of Mediation by Intolerance of Uncertainty. *Research Quarterly for Exercise and Sport*: 1-10.

Joshi, S.T. ve Schultz, D.E. H. P. (2001). *Lovecraft Encyclopedia*. USA: Greenwood Press.

Kagan, J. (1972). Motives and development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 5166.)

Karaman, B. (2019). *Yetişkinlerde sıfatlara dayalı kişilik özellikleri, otomatik düşünceler ve yaşam doyumlarının incelenmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya

Katon, W. ve Schulberg, H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. *General hospital psychiatry*, 14(4): 237-247.
[https://doi.org/10.1016/0163-8343\(92\)90094-q](https://doi.org/10.1016/0163-8343(92)90094-q)

Katon, W. J. (2022). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in clinical neuroscience*.

- Keefer, A., Kreiser, N. L., Singh, V., Blakeley-Smith, A., Reaven, J., ve Vasa, R. A. (2018). Exploring Relationships Between Negative Cognitions and Anxiety Symptoms in Youth With Autism Spectrum Disorder. *Behavior therapy*, 49(5): 730–740. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.12.002>
- Keren, G. ve Gerritsen, L.E.M. (1999). On the robustness and possible accounts of ambiguity aversion. *Acta Psychologica*, 103(12): 149172.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K. ve Wittchen, H. U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. *Current topics in behavioral neurosciences*, 2: 21–35.
- Krohne, H.W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H.W. Krohne (Ed.): *Attention and avoidance* (pp. 1950). Toronto and Gottingen: Hogrefe & Huber).
- Kruglanski, A.W. ve Webster, D.M. (1996). Motivated closing of the mind: “Seizing” and “freezing”. *Psychological Review*, 103(2): 263-283.
- Ladouceur, R., Gosselin, P. ve Dugas, M.J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behav. Res. Ther.* 38(9): 933–941
- Ladouceur, R., Talbot, F. ve Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry: Experimental findings. *Behavior Modification*, 21: 355-371.
- Laks, J. ve Engelhardt, E. (2010). Peculiarities of geriatric psychiatry: a focus on aging and depression. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 16(6): 374-379.
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L. ve Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 33: 8-14.
- Lee, C. S. ve Bourdage, J. S. (2020). Hostility, Personality Correlates of. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Personality Processes and Individual Differences*: 237-241.
- Lee, J. ve Orsillo, S. (2014). Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of*

- Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1): 208–216.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.008>.
- Lee, R., Hermens, D., Porter, M. ve Redoblado-Hodge, A. (2012). A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 140(2): 113–124.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.023>.
- Lefebvre, M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 49(4): 517.
- Lieberman, L., Gorka, S. M., Sarapas, C. ve Shankman, S. A. (2016). Cognitive Flexibility Mediates The Relation Between Intolerance of Uncertainty and Safety Signal Responding in Those with Panic Disorder. *Cognition and Emotion*, 30(8): 1495–1503.
- Lindeman, M. ve Aarnio, K. (2006). Paranormal Beliefs: Their Dimensionality and Correlates. *European Journal of Personality*, 20(7): 585–602. <https://doi.org/10.1002/per.608>
- Lipman, R. S., Covi, L. ve Shapiro, A. K. (1979). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL)--factors derived from the HSCL-90. *Journal of affective disorders*, 1(1): 9–24. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(79\)90021-1](https://doi.org/10.1016/0165-0327(79)90021-1)
- Luhmann, C.C., Ishida, K. ve Hajcak, G. (2011). Intolerance of uncertainty and decisions about delayed, probabilistic rewards. *Behav. Ther.* 42(3): 378–386.
- Mareschal, D. ve Quinn, P. (2001). Categorization in infancy. *Trends in Cognitive Sciences*, 5: 443–450.
- Martin, J. A. ve Penn, D. L. (2001). Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(3): 261-265.
- Martin, M. M. ve Anderson, C. M. (1996). Communication traits: A cross-generational investigation. *Communication Research Reports*, 13: 58-67.
- Martin, M. M. ve Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports*, 76: 623-626.

- Martin, M. M., Cayanus, J. L., McCutcheon, L. E. ve Maltby, J. (2003). Celebrity worship and cognitive flexibility. *North American Journal of Psychology*, 5(1): 75-81
- Martin, M., Anderson, C. M. ve Thweatt, K. S. (1998). Aggressive communication traits and their relationships with the cognitive flexibility scale and the communication flexibility scale. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13(3): 531-541
- Martin, M.M. ve Anderson, C.M. (1998). The Cognitive Flexibility Scale: Three validity studies. *Communication Reports*, 11(1): 1–9.
- Masley, S., Roetzheim, R. ve Gualtieri, T. (2009). Aerobic exercise enhances cognitive flexibility. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16: 186–193.
- Mataix-Cols, D., Nakatani, E., Micali, N. ve Heyman, I. (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(7): 773-778.
- Mayer, J. D. ve Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.): *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3–31). New York: Basic Books.
- Mc Dermott, L. M. ve Ebmeier, K. P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of affective disorders*, 119(1-3): 1-8.
- McEvoy, P. M. ve Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43(3): 533-545.
- (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *J. Anxiety Disorder*, 25(1): 112–122 (2011)
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., ... ve Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive–compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*, 24(3): 283-313.

- Metzger, R. L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M. ve Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 46: 78-88.
- Murphy, N. A. ve Hall, J. A. (2011). Intelligence and interpersonal sensitivity: A meta-analysis. *Intelligence*, 39(1): 54-63.
- Na, E. J., Choi, K. W., Hong, J. P., Cho, M. J., Fava, M., Mischoulon, D. ve Jeon, H. J. (2019). Paranoid ideation without psychosis is associated with depression, anxiety, and suicide attempts in general population. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(10): 826-831.
- Nazarzadeh, R. S., Fazeli, M., Aval, M. M. ve Shourch, R. M. (2015). Effectiveness of cognitive-behavior therapy on cognitive flexibility in perfectionist. *Psychology*, 6(14): 1780.
- Nelson, B. D. ve Shankman, S. A. (2011). Does intolerance of uncertainty predict anticipatory startle responses to uncertain threat?. *International journal of psychophysiology : official journal of the International Organization of Psychophysiology*, 81(2): 107–115.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.05.003>.
- Nguyen, S. P. ve Murphy, G. L. (2003). An apple is more than just a fruit: cross-classification in children's concepts. *Child Development*, 74: 1783–1806.
- Noller, P. ve Feeney, J. A. (1994). Relationship satisfaction, attachment, and nonverbal accuracy in early marriage. *Journal of Nonverbal Behavior*, 18: 199–221.
- Öhman, A. ve Soares, J. J. (1994). " Unconscious anxiety": phobic responses to masked stimuli. *Journal of abnormal psychology*, 103(2): 231.
- (1993). On the automaticity of phobic fear: Conditioned skin conductance responses to masked phobic stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 121-132.
- Östling, S., Börjesson-Hanson, A. ve Skoog, I. (2007). Psychotic symptoms and paranoid ideation in a population-based sample of 95-year-olds. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(12): 999-1004.

- Parker, M. (2001). Human science as conspiracy theory. In J. Parish & M. Parker (Eds.): *The age of anxiety: Conspiracy theory and the human sciences* (pp. 191–207). Oxford: Blackwell.
- Parmaksız, İ. (2021). Erişkin Dönemde Belirsizliğe Tahammülsüzlük Üzerinde Otomatik Düşünceler ve Stresle Başa Çıkma Mekanizmalarının Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(Ek 1): 1-11.
- Rafsten, L., Danielsson, A. ve Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of rehabilitation medicine*, 50(9): 769–778. <https://doi.org/10.2340/16501977-2384>.
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R. ve Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*, 6(7): e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Rende, B. (2000). Cognitive flexibility: Theory, assessment, and treatment. In *Seminars in speech and language*, 21(2): 121-32.
- Rice, R. H. (2015). Cognitive-behavioral therapy. *The Sage encyclopedia of theory in counseling and psychotherapy*, 1, 194.
- Robichaud, M. ve Dugas, M. J. (2015). *The generalized anxiety disorder workbook: a comprehensive CBT guide for coping with uncertainty, worry, and fear*. New York: Harbinger Publications.
- Rosa-Alcázar, Á., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Esparza, I. C., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, A. I. ve Olivares-Rodríguez, J. (2020). Cognitive Flexibility and Response Inhibition in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1): 20-28.
- Rotter, J. B. (1982). Social learning theory. *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*, 395.
- Rubin, R. B. ve Martin, M. M. (1994). The interpersonal communication competence scale. *Communication Research Reports*, 11: 33-44.
- Sandson, J. ve Albert, M. L. (1984). Varieties of perseveration. *Neuropsychologia*, 22: 715–732

- Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A. ve Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Route Educational and Social Science Journal*, 1(3): 148-157.
- Saruç S. ve Kılıç K. A. (2015). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 26 (2): 53-71.
- Schmid Mast, M., Jonas, K. ve Hall, J. A. (2009). Give a person power and he or she will show interpersonal sensitivity: the phenomenon and its why and when. *Journal of personality and social psychology*, 97(5): 835.
- Schultz, P. W. ve Searleman, A. (2002). Rigidity of thought: 100 years of research. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 128: 165–207.
- Seligman, M. E. ve Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of experimental psychology*, 74(1): 1.
- Sexton, K. A. ve Dugas, M. J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological assessment*, 21(2): 176–186.
<https://doi.org/10.1037/a0015827>
- Sigström, R., Skoog, I., Sacuiu, S., Karlsson, B., Klenfeldt, I. F., Waern, M., ve Östling, S. (2009). The prevalence of psychotic symptoms and paranoid ideation in non-demented population samples aged 70–82 years. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(12): 1413-1419.
- Smith, T. W. (1994). *Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health*. In A. W. Siegman, & T. W. Smith (Eds.): *Anger, hostility, and the heart* (pp. 23 – 42). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Sorrentino, R.M., Smithson, M., Hodson, G., Roney, C.J.R. ve Walker, A.M. (2003). The theory of uncertainty orientation: A mathematical reformulation. *Journal of Mathematical Psychology*, 47: 132-149.
- Spielberger, C. D. (1988). *State –trait anger expression inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Spijkerman, T., de Jonge, P., van den Brink, R. H., Jansen, J. H., May, J. F., Crijns, H. J. ve Ormel, J. (2005). Depression following myocardial infarction: first-ever versus ongoing and recurrent episodes. *General hospital psychiatry*, 27(6): 411–417. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.05.007>
- Steketee, G. (1997). Disability ve family burden in obsessive—compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(9): 919-928.
- Stevens, A.D. (2009). *Social problem-solving and cognitive flexibility: Relations to social skills and problem behavior of at-risk young children* (Doctoral thesis). Seattle, Seattle Pacific University.
- Stukel, M. T. (2005). Intolerance of uncertainty, worry, and depression within a homeless population: An investigation of anxiety. Uncertainty: A review of factor analytical studies of the intolerance of uncertainty scale. *Clinical Psychology Review*, 31: 1198-1208.
- Swendsen, J. D. ve Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical psychology review*, 20(2): 173-189.
- Şahin, N. H. ve Yaka, A. İ. (2010). Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri'nin (YİYE-D): Kendilik Algısı, Olumsuz Otomatik Düşünceler ve Psikopatolojik Belirtiler Bağlamında İncelenmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13(26): 64-76.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 9(31): 44-56.
- Şahin, N. H. ve Şahin, N. (1992). Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3): 334-340.
- Şahin, N. H. ve Yaka, A. İ. (2010). Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri'nin (YİYE-D): kendilik algısı, olumsuz otomatik düşünceler ve psikopatolojik belirtiler bağlamında incelenmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13(26): 64-76.
- Takeuchi, H., Taki, Y., Sassa, Y., Hashizume, H., Sekiguchi, A., Fukushima, A. ve Kawashima, R. (2010). White matter structures associated with creativity: evidence from diffusion tensor imaging. *NeuroImage*, 51(1): 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.02.035>.

- Tamam, L., Karaytug, M. O., ve Namlı, Z. (2012). Depresyonun ekonomik maliyeti. *Türkiye Klinikleri* 5 (2): 103-6.
- Taylor, R. R. (2006). Overview of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Behavioral Therapy for Illness and Disability*: 15-21.
- Thibaut F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2): 87–88.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut>
- Thoma, P., Wiebel, B. ve Daum, I. (2007). Response inhibition and cognitive flexibility in schizophrenia with and without comorbid substance use disorder. *Schizophrenia Research*, 92(1–3): 168–180.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.02.004>.
- Tolentino, J. C. ve Schmidt, S. L. (2016). Association between depression severity and cardiac autonomic modulation. *Journal of psychosomatic research*, 85: 9–11.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.03.125>
- Türkçapar, H. (2018). Bilişsel davranışçı terapi temel ilkeler ve uygulama. *İstanbul: Epsilon Yayınevi*.
- Türkçapar, M. H. ve Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1): 7-14.
- Vandierendonck, A., Liefoghe, B., Vandierendonck, A., Liefoghe, B. ve Verbruggen, F. (2010). Task switching: interplay of reconfiguration and interference control. *Psychological bulletin*, 136(4): 601.
- Verbruggen, F. (2010). Task switching: interplay of reconfiguration and interference control. *Psychological Bulletin*, 136: 601–626.
- Vivan, A. D. S., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M. G., Braga, D. T., ve Cordioli, A. V. (2013). Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36: 111-118.
- Wedgeworth, M., LaRocca, M. A., Chaplin, W. F. ve Scogin, F. (2017). The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*, 38(1): 22-26.

- Weiner, I. B. ve Craighead, W. E. (Eds.) (2010). *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (4th ed.). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Weisskopf, M. G., Chen, H., Schwarzschild, M. A., Kawachi, I., ve Ascherio, A. (2003). Prospective study of phobic anxiety and risk of Parkinson's disease. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 18(6): 646–651. <https://doi.org/10.1002/mds.10425>.
- Wilhelm, K., Boyce, P. ve Brownhill, S. (2004). The relationship between interpersonal sensitivity, anxiety disorders and major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3): 33-41.
- World Health Organization (WHO). “Depression”. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [31.05.2022].
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Mental health*. World Health Organization [Health Topics]: 30.7.2020 tarihinde https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2. adresinden alındı.
- Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., Yang, L., ve Lu, M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30, e36. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000275>
- Yalom, I. D., ve Babayiğit, Z. İ. (2001). *Varoluşçu psikoterapi*. Kabalıcı Yayınevi.
- Yazgan İnanç, B. ve Yerlikaya, E. E. (2020). *Kişilik kuramları*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Yildiz, M. ve Eldeleklioglu, J. (2021). The Relationship between Decision-Making and Intolerance to Uncertainty, Cognitive Flexibility and Happiness. *Eurasian Journal of Educational Research*, 91: 39-60.
- Yook, K., Kim, K. H., Suh, S. Y. ve Lee, K. S. (2010). Intolerance of Uncertainty, Worry, and Rumination in Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6): 623-628.

- Yu, Y., Yu, Y. ve Lin, Y. (2020). Anxiety and depression aggravate impulsiveness: the mediating and moderating role of cognitive flexibility. *Psychology, Health & Medicine*, 25(1): 25-36.
- Zeidner, M. ve Matthews, G. (2010). *Anxiety 101*. Springer Publishing Company
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The lancet*, 365(9475): 1961-1970.
- Zimmerman, M., Martinez, J. H., Young, D., Chelminski, I. ve Dalrymple, K. (2013). Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *Journal of affective disorders*, 150(2): 384-388.
- Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G. ve Della Grotta, S. A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of affective disorders*, 59(3): 205-215.
- Zonis, M. ve Joseph, C. G. (1994). Conspiracy thinking in the Middle East. *Political Psychology*, 15: 443-45

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam ve Demografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Dr. Öğr. Üyesi Yıldız Bilge ve Klinik Psikoloji öğrencisi Asuman Kurt tarafından yürütülen bu çalışma, bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada sizden kimlik belirleyici herhangi bir bilgi istenmemektedir. Cevaplar tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilerek elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlar kapsamında kullanılacaktır.

Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz ölçekleri cevaplamayı bırakıp çalışmayı sonlandırmakta serbestsiniz. Araştırma ve ölçeklerle ilgili gerekli bilgiler araştırmacılar tarafından size açıklanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının İmzası:.....

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

Eğitim durumunuz: İlkokul () Ortaokul () Lise mezunu () Üniversite ve üzeri ()

Gelir Düzeyiniz: Düşük () Orta () Yüksek ()

Medeni durumunuz: Evli () Bekar () Boşanmış ()

Ek-2: BİLİŞSEL ESNEKLİK ENVANTERİ

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. (1) Hiç uygun değil, (2) Pek uygun değil, (3) Kararsızım, (4) Uygun ve (5) Tamamen uygun.						
1	Durumları “tartma” konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4	5
2	Zor durumlarla karşılaştığımda karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
3	Karar vermeden önce çok sayıda seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4	Zor durumlarla karşılaştığımda kontrolümü kaybediyormuş gibi hissederim.	1	2	3	4	5
5	Zor durumlara değişik açılardan bakmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
6	Bir davranışın nedenini anlamak için önce, elimdeki dışında ek bilgi edinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7	Zor durumlarla karşılaştığımda öyle strese girerim ki sorunu çözecek bir yol bulamam.	1	2	3	4	5
8	Olaylara başkalarının bakış açısından bakmayı denerim.	1	2	3	4	5
9	Zor durumlarla baş etmek için çok sayıda değişik seçeneğin olması beni sıkıntıya sokar.	1	2	3	4	5
10	Kendimi başkalarının yerine koymakta başarılıyım.	1	2	3	4	5
11	Zor durumlarla karşılaştığımda ne yapacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
12	Zor durumlara farklı açılardan bakmak önemlidir.	1	2	3	4	5
13.	Zor durumlarda nasıl davranacağıma karar vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
14.	Durumlara farklı bakış açılarından bakarım.	1	2	3	4	5
15.	Hayatta karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmeyi becerebilirim.	1	2	3	4	5
16.	Bir davranışın nedenini düşünürken mevcut bütün bilgileri ve gerçekleri dikkate alırım.	1	2	3	4	5

17.	Zor durumlarda şartları değiştirecek gücümün olmadığını hissedirim.	1	2	3	4	5
18.	Zor durumlarla karşılaştığımda önce bir durup çözüm için farklı yollar düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
19.	Zor durumlarla karşılaştığımda birden çok çözüm bulabilirim.	1	2	3	4	5
20	Zor durumlara tepki vermeden önce bir çok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5



Ek.3: KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun ve size uygun olanının içini (X) işaretleyerek gösterin.		Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali.	0	1	2	3	4
2	Baygınlık, baş dönmesi.	0	1	2	3	4
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.	0	1	2	3	4
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu.	0	1	2	3	4
5	Olayları hatırlamada güçlük.	0	1	2	3	4
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme.	0	1	2	3	4
7	Göğüs(kalp) bölgesinde ağrılar.	0	1	2	3	4
8	Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu.	0	1	2	3	4
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri.	0	1	2	3	4
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi.	0	1	2	3	4
11	İştahta bozukluklar.	0	1	2	3	4
12	Hiç bir nedeni olmayan ani korkular.	0	1	2	3	4
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.	0	1	2	3	4
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme.	0	1	2	3	4
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme.	0	1	2	3	4
16	Yalnızlık hissetme.	0	1	2	3	4
17	Hüzünlü,kederli hissetme.	0	1	2	3	4
18	Hiçbir şeye ilgi duymama.	0	1	2	3	4
19	Ağlamaklı hissetme.	0	1	2	3	4
20	Kolayca incinebilme, kırılma.	0	1	2	3	4
21	İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak.	0	1	2	3	4
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme.	0	1	2	3	4
23	Mide bozukluğu, bulantı.	0	1	2	3	4
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.	0	1	2	3	4

25	Uykuya dalmada güçlük.	0	1	2	3	4
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme.	0	1	2	3	4
27	Karar vermede güçlükler.	0	1	2	3	4
28	Otobüs,tren,metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma.	0	1	2	3	4
29	Nefes darlığı,nefessiz kalma.	0	1	2	3	4
30	Sıcak, soğuk basmaları.	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma.	0	1	2	3	4
32	Kafanızın bomboş kalması.	0	1	2	3	4
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.	0	1	2	3	4
34	Hatalarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.	0	1	2	3	4
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak.	0	1	2	3	4
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma.	0	1	2	3	4
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi.	0	1	2	3	4
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetme.	0	1	2	3	4
39	Ölme ve ölüm üzerinde düşünceler.	0	1	2	3	4
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği.	0	1	2	3	4
41	Bir şeyleri kırma/dökme isteği.	0	1	2	3	4
42	Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak.	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak.	0	1	2	3	4
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak.	0	1	2	3	4
45	Dehşet ve panik nöbetleri.	0	1	2	3	4
46	Sık sık tartışmaya girme.	0	1	2	3	4
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme.	0	1	2	3	4
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi.	0	1	2	3	4
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme.	0	1	2	3	4
50	Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları.	0	1	2	3	4

51	İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi smreceği duygusu.	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları.	0	1	2	3	4
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.	0	1	2	3	4



EK-4: BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. (1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana çok az uygun, (3) Bana biraz uygun, (4) Bana çok uygun ve (5) Bana tamamen uygun.						
1	Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	1	2	3	4	5
2	Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sınırlarım bozulur.	1	2	3	4	5
3	İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4	En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5	Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6	Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7	Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8	Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.	1	2	3	4	5
9	Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	1	2	3	4	5
10	Belirsizlik yaşadığımda pekiyi çalışmam.	1	2	3	4	5
11	En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12	Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

Ek-5: OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1. Hiç aklımdan geçmedi.
2. Ender olarak aklımdan geçti.
3. Arada sırada aklımdan geçti.
4. Sık sık aklımdan geçti.
5. Hep aklımdan geçti

Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Ara Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2. Hiçbir işe yaramıyorum.	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum.	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor.	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım.	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor.	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım.	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım.	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum.	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim.	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım.	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum.	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum.	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım.	1	2	3	4	5

19. Keşke birden yok olabilseydim.	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim.	1	2	3	4	5
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkumum.	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık.	1	2	3	4	5
23. Başarısızım.	1	2	3	4	5
24. Hiçbir zaman başaramayacağım.	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek.	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı.	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli.	1	2	3	4	5
29. Hiçbir şey için uğraşmaya değmez.	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Asuman KURT

EĞİTİM

Lise: Çukurova Elektrik Anadolu Lisesi, 2015, Kahramanmaraş

Lisans: Hasan Kalyoncu Psikoloji bölümü, 2019, Gaziantep

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji, 2022, İstanbul (Tez Aşaması)

SERTİFİKALAR

BDT Yönelimli Klinik İlk Görüşme ve Değerlendirme Eğitimi

Bilişsel Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi

Beceri Kazandırma ve Süpervizyon Uygulaması Eğitimi

Bilişsel Davranışçı Terapi Süpervizyon Eğitimi (Devam)

Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Çerçevesinden Belirsizliğe Tahammülsüzlük Atölye Çalışması

MESLEKİ DENEYİM

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji Bölümü Araştırma Görevlisi (2022-)