

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI
2020-DR-013

DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ OLAN
PSİKİYATRİ HASTALARINDA ÜSTBİLİŞSEL İNANÇLARIN
STRES VE BAŞA ÇIKMA ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ

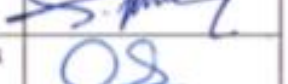
HAZIRLAYAN
Gözde SAYIN KARAKAŞ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Çiğdem Günseli DEREBOY

AYDIN-2020

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Gözde SAYIN KARAKAŞ tarafından hazırlanan "Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Olan Psikiyatri Hastalarında Üstbilişsel İnançların Stres ve Başa Çıkma Çerçevesinde İncelenmesi" başlıklı tez, 17/01/2020 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı	Kurumu	İmzası
Prof. Dr. Çiğdem G. Dereboy	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	
Prof. Dr. Ferhan Dereboy	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	
Prof. Dr. Mehmet Eskin	Koç Üniversitesi	
Doç. Dr. A. Esin Yılmaz Samancı	Dokuz Eylül Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Cennet Şafak Öztürk	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Doktora tezi, Enstitü Yönetim Kurulununsayılı kararıyla(Tarih) tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ahmet Can BAKKALCI
Enstitü Müdürü V.

T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

AYDIN

Bu tezde sunulan tüm bilgi ve sonuçların, bilimsel yöntemlerle yürütülen gerçek deney ve gözlemler çerçevesinde tarafımdan elde edildiğini, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kuralların gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

/ 01 / 2020

Gözde SAYIN KARAKAŞ

ÖZET

DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ OLAN PSİKİYATRİ HASTALARINDA ÜSTBİLİŞSEL İNANÇLARIN STRES VE BAŞA ÇIKMA ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ

Gözde SAYIN KARAKAŞ

Doktora Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Çiğdem Günseli DEREBOY

2020, XXIII + 170 sayfa

Bu çalışmada, üstbilişsel inançlar, anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiler hem kesitsel hem de ileriye yönelik olarak klinik bir örnekleme incelenmiştir. Çalışmanın kesitsel tarafında, üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon belirtileri üzerindeki yordayıcılığının olumsuz yaşam olayları ve stresle başa çıkma yaklaşımlarının etkileri göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, çalışmanın ileriye yönelik tarafında, üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon belirtilerini yordayıp yordamadığının sınanması amaçlanmıştır. Son olarak, anksiyete ve depresyon belirtileri ile üstbilişsel inançlar arasındaki karşılıklı ilişkilerin mercek altına alınması amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuru yapmış anksiyete ve depresyon belirtileri olan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın ilk ölçümüne 183 kişi katılırken, üç ay sonrasında alınan takip ölçümünde 71 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcılara, Demografik Bilgi Formu, Üstbilişler-30 Ölçeği, Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği, Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği, Yaşam Olayları Listesi ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlar, öncelikle üstbilişsel inançların kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik alt boyutlarının anksiyete belirtilerini kesitsel olarak yordadığını göstermiştir. Anksiyete belirtilerinin yordanmasında olumsuz yaşam olaylarının ve stresle başa çıkma yaklaşımlarının etkisi bulunmamıştır. Depresyon belirtilerinin kesitsel olarak yordanmasında ise, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışların etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca, olumsuz yaşam olaylarının ve başa çıkma yaklaşımlarının da depresyon belirtilerinin yordanmasında rol oynadığı dikkat çekmiştir. Aracılık analizi sonuçlarına göre, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla depresif belirtiler arasındaki ilişkiye stresle başa çıkma yaklaşımlarının aracılık ettiği bulunmuştur. Çalışmanın ileriye yönelik olarak elde edilen bulguları gözden geçirildiğinde, temel ölçüm düzeyleri kontrol edildiğinde hem

anksiyete hem de depresyon belirtileri üzerinde sadece üstbilişsel inançların bilişsel güvensizlik alt boyutunun bağımsız yordayıcılığının olduğu tespit edilmiştir. Son olarak, araştırmadan elde edilen bulgular alanyazın temel alınarak tartışılmış, çalışmanın sınırlılıklarından ve sağladığı klinik doğurgulardan bahsedilmiş ve gelecek çalışmalar için öneriler verilmiştir.

ANAHTAR KELİMELEER: Üstbilişsel inançlar, anksiyete, depresyon

ABSTRACT

EXPLORING METACOGNITIVE BELIEFS WITHIN THE FRAME OF STRESS AND COPING IN PSYCHIATRIC PATIENTS WITH DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS

Gözde SAYIN KARAKAŞ

Doctoral Thesis, Department of Psychology

Supervizor: Prof. Dr. Çiğdem Günseli DEREBOY

2020, XXIII + 170 pages

The current study examined relationships between metacognitive beliefs, anxiety and depressive symptoms both utilizing cross-sectional and prospective study design in a clinical sample. It is aimed at investigating whether metacognitive beliefs predict anxiety and depressive symptoms cross-sectionally after controlling for negative life events and coping with stress styles. Beside, examining whether anxiety and depressive symptoms are predicted by metacognitive beliefs and vice versa prospectively is aimed for investigating reciprocal relationships. In line with this purpose participants who applied Aydın Adnan Menderes University Polyclinic of Psychiatry suffered from anxiety and depressive symptoms were recruited to the study. Demographic Form, Meta-Cognitions Questionnaire-30, Positive Beliefs About Rumination Scale, Negative Beliefs About Rumination Scale, Life Events Scale and Coping Style Scale were administered to the participants. 183 participants completed the scales at the initial assessment and 71 participants return for the follow-up assessment three months later. The results revealed that negative beliefs of uncontrollability and danger and cognitive confidence cross-sectionally predict anxiety symptoms, on the other hand negative life events and coping strategies do not predict anxiety symptoms. Depressive symptoms was regressed on only negative beliefs about interpersonal and social consequences of rumination cross-sectionally. In addition, negative life events and coping with stress styles also predicted depressive symptoms. Furthermore, relationship between negative beliefs about interpersonal and social consequences of rumination and depressive symptoms mediated by coping with stress styles. The results of prospective analysis showed that low cognitive confidence emerge as the only metacognitive factor explaining long-term anxiety and depressive symptoms independently after controlling for baseline symptom levels. Finally, results discussed in line with previous studies; limitations and clinical implications of current study and suggestions for the future studies were indicated.

KEYWORDS: Metacognitive beliefs, Anxiety, Depression

ÖNSÖZ

Hem araştırmacı hem de uygulamacı bir psikolog olarak yetişmemde yolumu aydınlatan ve bana cesaret veren, tez sürecinde yapıcı ve hızlı geri dönüşleriyle önümü açan, kendisinden çok şey öğrendiğim tez danışmanım Prof. Dr. Çiğdem G. Dereboy’a...

Hayatımın en önemli dönemlerinde verdiği desteklerle yanımda olduğunu hissettiren, bilgi ve tecrübesinden sık sık yararlandığım bölüm başkanım Prof. Dr. Hacer Harlak’a...

Psikoloji eğitimime başlamamda “Seveceğin bir işi yaparsan hobin gibi olur” sözüyle etkili olan ve lisansüstü eğitimimde de çok emeği geçen hocam Prof. Dr. Mehmet Eskin’e...

Lisanüstü eğitim sürecimde bilgi birikimi ve içten yaklaşımıyla kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Prof. Dr. Ferhan Dereboy’a

Tez izleme komitemde yer alarak çalışmamın sonuca ulaşmasında emek veren hocam Dr. Öğr. Üyesi Cennet Şafak Öztürk’e...

Tez sürecinde benim için işleri kolaylaştıran, destekleriyle yanımda olan Arş. Gör. Ece Sağel Çetiner, Arş. Gör. Dr. Pınar Elmas ve Arş. Gör. Dr. Tolga Köskün başta olmak üzere birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım her biri pırıl pırıl sevgili ofis arkadaşlarıma...

Tez süreci boyunca çeşitli şekillerde bana yardımcı dokunan sevgi dolu, canım, büyük ailemin her bir üyesine...

Bir kardeş, bir dost, her zaman omzumda duran bir el, sırtımı yaslayacağım bir ağaç...Canım kardeşim Özge’me...

Eğitim hayatım boyunca bana her türlü imkanı sağlayan, bir dediğimi iki etmeyen, benim için ellerinden geleni yapan, bugünlerimin mimarı, verdikleri sonsuz ilgi, sevgi ve destekle bugün burada bu satırları yazabildiğim sevgili annem ve babama...

Her zaman el ele, göz göze, yan yana, tüm zorlukların üstesinden geldiğim, her koşulda bana destek olan, yorulduğumda ayağa kaldıran, bu süreçte nazımı çeken hayatımın aşkı canım eşime...

Varlığıyla mutluluğuma mutluluk katan, her türlü yorgunluğumu bir bakışıyla, bir gülüşüyle geçirerek bu süreçte annesinin yanında olan canım oğlum Kıvanç’ıma...

Teşekkür ederim... Bu tez sizlerle anlam kazandı...

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vii
ABSTRACT	ix
ÖNSÖZ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvii
TABLolar DİZİNİ	xix
EKLER DİZİNİ.....	xxi
KISALTMALAR DİZİNİ	xxiii
GİRİŞ.....	1
1.BÖLÜM.....	7
1.BİLİŞSEL KURAMLAR.....	7
1.1 Albert Ellis ve Akılcı-Duygusal Yaklaşım.....	10
1.2 Aaron Beck ve Bilişsel Kuram	11
1.3.Üstbiliş.....	12
1.3.1. Üstbiliş Kavramının Tarihçesi	12
1.3.2. Üstbiliş ve Biliş İşleyişi	13
1.3.3. Üstbiliş Türleri.....	15
1.3.4. Psikopatolojinin Açıklanmasında Üstbilişsel Kuram	17
1.3.5. Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli (Self-Regulatory Executive Function Model).....	17
1.3.5.1.Bilişsel dikkat odaklanması sendromu-BDOS (Cognitive-attentional syndrome).....	18
1.3.6. Üstbilişsel (Metakognitif) Terapi	24
1.3.7. Bilişsel-Üstbilişsel Kuram Farkları ve ABC Modelinin AMC Olarak Yeniden Oluşturulması	26
1.3.8. Üstbilişsel Yaklaşım Göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu	30
1.3.8.1 Üstbiliş ve anksiyete alanyazını	33

1.3.8.2. Klinik olmayan örnekleme yürütülen çalışmalar	33
1.3.8.3. Klinik örnekleme yürütülen çalışmalar	40
1.3.9. Üstbilişsel Yaklaşım Göre Depresyon	43
1.3.9.1. Üstbiliş ve depresyon alanyazını	47
1.3.9.2. Klinik olmayan örnekleme yürütülen çalışmalar	48
1.3.9.3. Klinik örnekleme yürütülen çalışmalar	51
1.3.10. Üstbilişsel Yaklaşım Göre Stres ve Başa Çıkma	55
2. BÖLÜM.....	61
2. YÖNTEM.....	61
2.1. Katılımcılar	61
2.2. Veri Toplama Araçları	65
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	65
2.2.2. Üstbilişler-30 Ölçeği (ÜBÖ-30)	66
2.2.3. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ-OLUMLU)	67
2.2.4. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ-OLUMSUZ).....	68
2.2.5. Yaşam Olayları Ölçeği.....	68
2.2.6. Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği	69
2.2.7. Beck Depresyon Ölçeği	71
2.2.8. Beck Anksiyete Ölçeği	71
2.3. İşlem	72
2.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	72
2.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	73
3. BÖLÜM.....	74
3. BULGULAR	74
3.1. İstatistiksel Analizler	74

3.2. Değişkenlerin Betimsel İstatistikleri ve Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	75
3.2.1. Korelasyon Analizleri	77
3.3. Regresyon Analizleri: Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Kesitsel Olarak Yordanması.....	79
3.3.1. Anksiyete Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar, Olumsuz Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Tarafından Kesitsel Olarak Yordanması.....	79
3.3.2. Depresyon Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar, Ruminasyonla İlgili Olumlu ve Olumsuz İnanışlar, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Olumsuz Yaşam Olayları Tarafından Yordanması.....	81
3.3.3. Ruminasyonun Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçları ile Depresyon Arasındaki İlişkide Başa Çıkma Tarzlarının Aracı Rolü.....	85
3.4. Anksiyete ve Depresyon Belirtileri ile Üstbilişsel İnançlar Arasındaki İlişkileri İleriye Yönelik (Prospektif) Olarak İnceleyen Analizler	86
3.4.1. Anksiyete Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması	89
3.4.2. Depresyon Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar ve Ruminasyonla İlgili İnanışlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması	90
3.4.3. Kontrol Değişkenleri Olmaksızın Yürütülen İleriye Yönelik Regresyon Analizleri	92
3.4.4. Karşılıklı İlişkileri Test Etmek için Model Denemesi	93
3.4.5. Ters (Reverse) Regresyon Analizleri: Üstbilişsel İnançların Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması	95
4. TARTIŞMA VE SONUÇ	97
4.1. Üstbilişsel İnançlar, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	97
4.2. Üstbilişsel İnançların Anksiyete Belirtileri Üzerindeki Yordayıcılığının Değerlendirilmesi	107

4.3. Üstbilişsel İnançların ve Ruminasyonla İlgili İnanışların Depresyon Belirtileri Üzerindeki Yordayıcılığının Değerlendirilmesi	114
4.4. Ruminasyonun Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçları ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkide Başa Çıkma Yaklaşımlarının Aracı Rolünün Değerlendirilmesi	124
4.5. Üstbilişsel İnançların Depresyon ve Anksiyete Belirtilerini İleriye Yönelik Olarak Yordamasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	127
4.6.Üstbilişsel İnançlar ve Anksiyete/Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkilerin Karşılıklı Olarak İncelenmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	133
4.7. Araştırmanın Sonuçları.....	138
4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	139
4.9. Klinik Doğurgular.....	140
4.10.Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler	141
KAYNAKLAR.....	142
EKLER.....	156
ÖZGEÇMİŞ	170

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Üstbiliş ve Biliş İşleyişi	14
Şekil 1.2. Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli (K-DYİM)	21
Şekil 1.3. ABC Modeli	27
Şekil 1.4. AMC Modeli	28
Şekil 1.5. ABC Modelinin Örneklendirilmesi	29
Şekil 1.6. AMC Modelinin Örneklendirilmesi	29
Şekil 1.7. Üstbilişsel Modele Göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu	32
Şekil 1.8. Üstbilişsel Modele Göre Depresyon	46
Şekil 3.1. Ruminasyonun Sosyal Sonuçları Depresyon Arasındaki İlişkide Başa Çıkma Tarzlarının Aracı Rolüne İlişkin Model	86
Şekil 3.2. Bilişsel Güvensizlik ve Anksiyete Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine İlişkin Cross-Lagged Model	94

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Birinci Ölçüme Dahil Olan Katılımcıların Demografik Özellikleri	62
Tablo 2.2. Birinci Ölçüme Dahil Olan Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellikleri.....	63
Tablo 2.3. Takip Ölçümüne Katılan Katılımcıların Demografik Özellikleri	64
Tablo 2.4. Takip Ölçümüne Katılan Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellikleri	65
Tablo 3.1. İncelenen Değişkenlerin Betimsel İstatistik Sonuçları (Birinci Ölçüm Verileri)	75
Tablo 3.2. İncelenen Değişkenlerin Betimsel İstatistik Sonuçları (Takip Ölçümü Verileri)	76
Tablo 3.3. Birinci Ölçüm Değişkenlerinin Birbiriyle Olan Korelasyon Katsayıları.....	78
Tablo 3.4. Anksiyete Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar, Olumsuz Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Tarafından Kesitsel Olarak Yordanması	80
Tablo 3.5. Depresyon Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar, Olumsuz Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Tarafından Kesitsel Olarak Yordanması	82
Tablo 3.6. Depresyon Belirtilerinin Ruminasyonla İlgili İnanışlar, Olumsuz Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Tarafından Kesitsel Olarak Yordanması	84
Tablo 3.7. Zaman 1 ve Zaman 2 Depresyon ve Anksiyete Ölçümlerinin Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik t-test Sonuçları.....	87
Tablo 3.8. Anksiyete Belirtileri ile Üstbilişsel İnançlar Arasındaki Sıfır Sıralı (Zero-Order) ve Kısmi (Partial) Korelasyon Değerleri	88
Tablo 3.9. Anksiyete Belirtileri ile Üstbilişsel İnançlar ve Ruminasyonla İlgili İnanışlar Arasındaki Sıfır Sıralı (Zero Order) ve Kısmi (Partial) Korelasyon Değerleri	88
Tablo 3.10. Anksiyete Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması.....	89
Tablo 3.11. Depresyon Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması.....	90
Tablo 3.12. Depresyon Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması.....	91
Tablo 3.13. Kontrol Değişkenleri Olmaksızın Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin İleriye Yönelik Olarak Yordanması.....	92

Tablo 3.14. Bilişsel Güvensizlik Boyutunun Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması	95
Tablo 3.15. Kesitsel ve İleriye Yönelik Olarak Elde Edilen Bulguların Özeti	96
Tablo 4.1. Anksiyete Belirtileri ve Üstbilişsel İnançlar Arasındaki İlişkileri İnceleyen Çalışmaların Korelasyon Bulguları	99
Tablo 4.2. Depresyon Belirtileri, Üstbilişsel İnançlar ve Ruminasyonla İlgili İnanışlar Arasındaki İlişkileri İnceleyen Çalışmaların Korelasyon Bulguları	102
Tablo 4.3. Anksiyete Belirtileri ve Üstbilişsel İnançlar Arasındaki İlişkileri Kesitsel Olarak İnceleyen Çalışmalar	108
Tablo 4.4. Ruminasyonla İlgili İnanışlar ve Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkileri Kesitsel Olarak İnceleyen Çalışmalar	116
Tablo 4.5. Depresyon Belirtileri ve Üstbilişsel İnançlar Arasındaki İlişkileri Kesitsel Olarak İnceleyen Çalışmalar	121
Tablo 4.6. Anksiyete ve Depresyon Belirtileriyle Üstbilişsel İnançlar ve Ruminasyonla İlgili İnanışları İleriye Yönelik Olarak İnceleyen Çalışmalar	129
Tablo 4.7. Anksiyete/Depresyon Belirtileri ile Üstbilişsel İnançlar/Ruminasyonla İlgili İnanışlar Arasındaki Karşılıklı İlişkileri Ele Alan Çalışmalar	135

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Sözlük	156
Ek 2. Bilgilendirme Formu.....	157
Ek 3. Üstbilişler Ölçeği-30.....	158
Ek 4. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği.....	159
Ek 5.Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği	160
Ek 6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	161
Ek 7. Yaşam Olayları Ölçeği.....	162
Ek 8. Beck Depresyon Ölçeği	166
Ek 9. Beck Anksiyete Ölçeği	168
Ek 10. Etik Kurul İzin Belgesi	169

KISALTMALAR DİZİNİ

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDOS: Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

K-DYİM: Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli

ORT : Ortalama

ÖRN : Örnek

RUMİ+ : Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği

RUMİ- : Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

RUMİ-1: Ruminasyonun Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi Alt Boyutu

RUMİ-2 Ruminasyonun Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçları Alt Boyutu

SS : Standart Sapma

U.R. : Uyarlanmış R kare

ÜBÖ-30: Üstbilişler-30 Ölçeği

ÜBÖ-1 : Endişeyle ilgili Olumlu İnançlar Alt Boyutu

ÜBÖ-2 : Kontrol Edilemezlik ve Tehlikeyle İlgili Olumsuz İnançlar Alt Boyutu

ÜBÖ-3 : Bilişsel Güvensizlik Alt Boyutu

ÜBÖ-4 : Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Boyutu

ÜBÖ-5 : Bilişsel Farkındalık Alt Boyutu

VIF : Variance Inflation Factor

GİRİŞ

Üstbiliş (metacognition), kişinin kendi bilişsel süreçlerinin farkında olması ve kendi düşünceleri üzerine düşünmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Flavell, 1979). Kişinin bilişsel süreçlerini değerlendirmesini ve kontrol etmesini de içine alan birbiriyle ilişkili pek çok karmaşık bilişsel işlem üstbilişsel işlevler olarak adlandırılmaktadır (Shimamura, 2000). Biliş; algılama, anlama, hatırlama gibi bilişsel süreçleri içine alan bir kavram olmasına karşılık üstbiliş; kişinin kendi algılama, anlama ve hatırlama gibi bilişsel süreçleri üzerine düşünmesi olarak bilişten ayrılmaktadır (Garner ve Alexander, 1989).

Üstbiliş, en yaygın şekliyle üç sınıfta ele alınmaktadır: Üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyim ve üstbilişsel düzenleme. Üstbilişsel bilgi, kişilerin bilişsel deneyimlerini etkileyen bilgi ve inançlara işaret etmektedir (Flavell, 1979). Üstbilişsel bilginin, düşünceleri kontrol eden bir yapı olarak tanımlanması daha doğrudur (Wells, 2009). Üstbilişsel deneyim, inançlar üzerinde ekleme, çıkarma veya değiştirme yapan bir diğer alana karşılık gelmektedir (Flavell, 1979). Son olarak üstbilişsel stratejiler ise, bilişsel sistemi düzenleyen yürütücü süreçleri içermektedir (Flavell, 1979).

Tarihsel olarak bakıldığında üstbiliş, Flavell (1979) tarafından gelişim psikolojisi alanında ortaya atılmış bir kavram olmasına karşın zaman içerisinde psikolojinin bilişsel, sosyal ve klinik gibi farklı alanlarında ele alınmaya başlanmıştır (Nelson vd., 1999; Wells ve Matthew, 1996). Bilişsel psikolojide üstbilişsel süreçler, belleği izleme ve kontrol etme gibi farklı açılardan çalışılmıştır (Nelson ve Narens, 1990). Üstbilişsel süreçler, sosyal psikoloji alanında, tutumlar (Visser ve Holbrook, 2012), benlik (Demarre ve Morrison, 2012) önyargılar (Yzerbyt ve Demoulin, 2012) gibi çeşitli konularda çalışılmaya devam etmektedir.

Klinik psikoloji alanında ise, 1990'lı yıllardan itibaren ilk olarak Wells ve Mathew (1994) tarafından yapılan çalışmalar üstbilişsel kuramın bu alana aktarılmasında önemli adımlar olarak belirtilmektedir. Üstbilişsel kurama göre, çeşitli psikolojik sıkıntılar, düşünceyi kontrol etme, değiştirme, yorumlama ve bunlarla ilgili bilgiler ve süreçler çerçevesinde ele alınmaktadır. (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Bu bağlamda yapılan ilk çalışmalarda, duygusal bozuklukların açıklanmasında “Kendini Düzenleyen Yönetici İşlevler Modeli (K-DYİM)” (Self-Regulatory Executive Function) ileri sürülmüştür (Wells ve Matthews, 1996). Model, bilişin çoklu yapıları arasındaki (inançlar, üstbilişler, dikkat kontrolü, kendini düzenleme) karşılıklı nedensel ilişkileri ortaya koymayı amaçlamakta ve bilişi birbiriyle etkileşim içerisinde olan farklı düzeylerde ele almaktadır.

Temelde model üç düzeyden oluşmaktadır. En alt düzey, bilinçli farkındalığın dışında kalan otomatik süreçleri (örn: kalp atışı, bilişsel hatalar) içermektedir. İkinci düzey, düşünce ve davranışların bilinçli olarak işlenmesine karşılık gelmektedir. Bu düzeyde yer alan “Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu (BDOS) (Cognitive Attentional Syndrome)” psikolojik bozuklukların ortaya çıkması ve sürmesinde etkili olan “toksik” (zehirleyici) bir düşünce tarzı/örüntüsü olarak belirtilmektedir. Bu sendromun, normal şartlarda geçici olarak düşünülen olumsuz düşünce ve duyguların psikolojik bozukluk haline gelmesinden sorumlu olduğu ileri sürülmektedir. BDOS, ısrarlı şekilde süregiden düşünceler (endişe ve ruminasyon), tehdit izleme, düşünce bastırma, kaçınma gibi uyumsuz başa çıkma stratejileri ile kendini göstermektedir (Wells ve Matthews, 1996; Wells, 2000)

Temel olarak, Kendini Düzenleyen Yönetici İşlevler Modeli’nin harekete geçmesine neden olan iki üstbilişsel bilgi kategorisi vardır: Olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar. Olumlu üstbilişsel inançlar, özellikle endişelenmenin yarar sağladığına dair kişinin inançlarını içermektedir. “Tehlikenin farkında olursam, gelecekte kendimi koruyabilirim”, “Neden depresif hissettiğimi bilirsem, depresyonuma cevap bulabilirim” gibi inançlar olumlu üstbilişsel inançlara örnektir. Diğer yandan, olumsuz üstbilişsel inançlar, düşüncenin ve zihinsel olayın anlam, önemi ve sonuçları üzerine yürütülen olumsuz bilişsel kavramları kapsamaktadır. “Bunları düşünmek tehlikeli”, “Hatırlayamadığım şeyler olması normal değil” gibi düşünceler buna örnek olarak sayılabilmektedir. (Wells, 2009).

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) yaptıkları çalışmalarda, üstbilişsel inançları beş başlık altında toplamışlardır.

- Endişeyle ilişkili olumlu inançlar, endişenin yararlı olduğuna dair inançları içermektedir.
- Endişeyle ilişkili olumsuz inançlar, endişenin kontrol edilemezliğine dair inançları içine almaktadır.
- Bilişsel güvensizlik, kişinin kendi bellek süreçlerine güveninin olmamasıyla ilişkilidir.
- Düşünceleri kontrol ihtiyacı, düşünceleri kontrol etme gerekliliği ve kontrol etmemenin sonuçlarıyla ilişkilidir.
- Bilişsel farkındalık ise, kişinin kendi düşünce süreçlerini izleme ve dikkatin içe dönük odaklanmasını içermektedir (Yılmaz vd., 2008).

Yukarıda belirtilen üstbilişsel inanç kategorileri daha çok anksiyete belirtilerinin açıklanmasında ele alınırken, ruminasyonla ilgili kişilerin sahip oldukları olumlu ve olumsuz inanışlar da depresyonun üstbilişsel olarak kavramsallaştırılmasında önemlidir (Papageorgiou

ve Wells, 2003). Diğer yandan alanyazında, beş üstbilişsel inanç türünün hem anksiyete hem de depresyonla ele alındığı çalışmalara rastlamak mümkündür (örn: Yılmaz vd., 2011)

Yapılan çalışmalar, üstbilişsel inançların çeşitli psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inançların depresyonun sürdürülmesinde rol oynayabileceği ileri sürülmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2003; Weber ve Exner, 2013; Yılmaz, 2015). Diğer yandan, anksiyete belirtileri (Wells ve Carter, 2002; Yılmaz vd., 2011; Hjemdal vd., 2013; Cook vd., 2015), obsesif kompulsif bozukluk (Gwilliam, vd., 2004; Sica vd., 2007; Doğan vd., 2013; Pazvantoğlu vd., 2013; Mavrogiorgou vd., 2016), şizofreni (Austin vd., 2015), travma sonrası stres belirtileri (Roussis ve Wells, 2006; Bennet ve Wells, 2010; Mazloom vd., 2016; Takarangi vd., 2016) gibi pek çok psikolojik bozukluk üzerinde üstbilişsel inançların rolü incelenmiştir.

Üstbilişsel inançların, psikolojik bozukluklarda olduğu gibi benzer mekanizmalarla stresli durumlarda kişilerin verdiği tepkiler üzerinde etkili olduğu ileri sürülmektedir. Bu inançların, Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunu harekete geçirerek stresli ve yoğun duygusal durumlarda gerekli değerlendirmelerin yapılmasını ve etkili başa çıkma stratejilerinin devreye girmesini engellediği söylenmektedir (Wells, 2000). Bu nedenle, BDOS, kişilerin stresli durumların üstesinden etkin bir şekilde gelmesine engel olmaktadır. Diğer bir deyişle, bu inançlar kişileri kendine odaklanmış dikkat, tekrarlayan düşünce örüntüleri, kaçınma, düşünce bastırma ve tehdit izleme gibi tepkiler geliştirmeye yatkın hale getirmektedir. Bu noktada, üstbilişsel inançların uyumsuz başa çıkma stratejilerinin devreye girmesinde önemli bir rol oynadığı savunulmaktadır (Spada vd., 2008). Diğer bir deyişle, bu inançların, düşünme ve başa çıkma süreçlerini yönlendirici işlevleri olmaktadır. Kişilerin değerlendirme süreçlerini etkileyen üstbilişsel inançlar, endişe ve ruminasyon veya düşünce bastırma gibi işlevsel olmayan başa çıkma girişimlerin ortaya çıkmasıyla ilişkili görünmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

Stres, başa çıkma ve üstbilişsel inançlarla ilgili yapılan çalışmalar, stres ve başa çıkma tepkilerinin ortaya çıkmasıyla üstbilişsel inançların ilişki içinde olduğunu ortaya koymaktadır. Stresli yaşam olayları (Yılmaz vd., 2011; Iijima ve Tanno, 2013), strese düşük tolerans (Kertz vd., 2015), stres duyarlılığı (Palmier-Claus, vd., 2011) gibi stresle ilgili çeşitli kavramlarla üstbilişsel inançların ilişkisi gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar, özellikle endişeyle ilgili üstbilişsel inançların işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Matthews vd., 1999; Sica vd., 2007; Safrancı, 2010). Bir tez çalışmasında, özellikle üstbilişsel inançların yüksek düzeyde ön plana çıktığı durumlarda kişilerin sorun odaklı başa çıkma stratejilerine daha

az yöneldiği ortaya konmuştur (Safrancı, 2010). Tüm bu bulgular, üstbilişsel inançların hem stres hem de başa çıkma süreçlerinde rolü olduğu işaret etmektedir.

Sonuç olarak, alanyazın gözden geçirildiğinde, üstbilişsel inançların depresyon ve anksiyete belirtileriyle olan ilişkisinin hem kesitsel (örn: Roelofs vd., 2010) hem de ileriye yönelik (prospektif) olarak (örn: Yılmaz vd., 2011) çalışıldığı görülmüştür. Bu çalışmaların bir kısmının klinik örnekleme (örn: Aydın vd., 2019) bir kısmının da klinik olmayan örnekleme (örn: Nordahl vd., 2019) yürütüldüğü görülmüş ancak klinik olmayan örnekleme yürütülen çalışmaların sayıca daha fazla olduğu dikkat çekmiştir.

Depresyon belirtileriyle ilgili çalışmalar incelendiğinde, üstbilişsel inançların çeşitli boyutlarının (örn: bilişsel güvensizlik, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı) depresif belirtileri kesitsel olarak yordadığı görülmektedir (örn: Nordahl vd., 2019; Fisher vd., 2018). Diğer yandan, ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların depresif belirtilerle ilişkili olduğuna dair bulgular da mevcuttur (örn: Papageorgiou ve Wells, 2003; Yılmaz vd., 2015). İleriye yönelik çalışmalar mercek altına alındığında, ruminasyonla ilgili olumlu inanışların (örn: Weber ve Exner, 2013) ve kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların (örn: Papageorgiou ve Wells, 2009) depresyonun yordayıcısı olduğunu gösteren bulgular dikkat çekmektedir. Diğer yandan, üstbilişsel inançların ve ruminasyonla ilgili inanışların prospektif olarak depresif belirtileri yordamadığına ilişkin bulgular da mevcuttur (örn: Hjemdal vd., 2013).

Anksiyete ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, anksiyete bozukluklarında (yaygın anksiyete, panik bozukluk, sosyal anksiyete) ve anksiyete belirtilerinde genel olarak kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların hem kesitsel hem de ileriye yönelik bir yordayıcı olduğu dikkat çekmiştir (örn: Ryum vd., 2017; Spada, vd., 2010). Diğer yandan, cinsiyet, yaş ve anksiyete/depresyon gibi kontrol değişkenleri devreye girdiğinde, üstbilişsel inançların ileriye yönelik yordayıcılığını kaybettiğine ilişkin bulgular da göze çarpmaktadır (Ramos-Cejudo ve Salguero, 2017).

Yakın zamanda yapılan bazı çalışmalar, üstbilişsel inançlar, depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkilerin ileriye yönelik bir desenle iki yönlü şekilde ele alınması gerektiğini ileri sürmektedir. Diğer bir deyişle, üstbilişsel inançların mı depresyon ve anksiyete belirtilerini daha iyi yordadığı, yoksa depresyon ve anksiyete belirtilerinin mi üstbilişsel inançları yordadığı merak konusu olmuştur. Bu bakış açısıyla yapılan bir çalışma, ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların da depresif belirtileri yordadığını göstermiştir (Kraft vd., 2019).

Benzer bakış açısıyla yürütülen bir başka çalışmada da, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların sürekli anksiyetenin ileriye yönelik bir yordayıcısı olduğu ortaya konulmuştur (Nordahl vd., 2019).

Tüm bu bilgilerden hareketle, mevcut çalışmanın ileriye yönelik bir deseninin olmasının, üstbilişsel inançlar, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkileri iki yönlü olarak incelemeye olanak vereceği ve bu anlamda alanyazında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, hem depresyon hem de anksiyete belirtilerinin klinik bir örnekleme üstbilişsel kuram çerçevesinde ele alınması mevcut çalışmanın depresyon ve anksiyete bozukluklarının etiyojisi ve müdahalesine yönelik bilgiler sunacağına işaret etmektedir. Son olarak, çalışmanın kesitsel tarafında klinik bir örneklem üzerinde üstbilişsel inançlar, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkilerde stresli yaşam olaylarının ve başa çıkma tarzlarının etkilerinin incelenmesi çalışmanın özgün yanlarından biri olarak görülmektedir.

Özetle, bu çalışmada kesitsel olarak, olumsuz yaşam olaylarının ve başa çıkma tarzlarının etkilerinden bağımsız olarak üstbilişsel inançların depresyon ve anksiyete belirtilerini kesitsel olarak yordayıp yordamadığını sınamak amaçlanmıştır. Ayrıca yine kesitsel olarak ruminasyonla ilgili inanışlar ve depresyon belirtileri arasında başa çıkma tarzlarının aracı rolünün olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın bir başka amacı da, üstbilişsel inançlar, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkilerin ileriye yönelik olarak iki yönlü şekilde test edilmesidir.

Belirtilen amaçlar doğrultusunda, araştırma soruları şu şekilde belirlenmiştir:

- 1- Üstbilişsel inançlar (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık), olumsuz yaşam olayları ve stresle başa çıkma tarzlarının kontrol edildiği durumda anksiyete belirtilerini kesitsel olarak yordamakta mıdır?
- 2- Üstbilişsel inançlar (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) ve ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışlar, olumsuz yaşam olayları ve stresle başa çıkma tarzlarının kontrol edildiği durumda depresif belirtileri kesitsel olarak yordamakta mıdır?
- 3- Üstbilişsel inançlar ve duygusal belirtiler (anksiyete ve depresyon) arasındaki ilişkiye stresle başa çıkma yaklaşımları aracılık etmekte midir?

- 4- Temel ölçüm düzeyleri kontrol edildiğinde üstbilişsel inançlar (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) anksiyete belirtilerini ileriye yönelik olarak yordamakta mıdır?
- 5- Temel ölçüm düzeyleri kontrol edildiğinde üstbilişsel inançlar (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) ve ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışlar depresif belirtileri ileriye yönelik olarak yordamakta mıdır?
- 6- Anksiyete ve depresyon belirtileri ile üstbilişsel inançlar arasında karşılıklı bir ilişki var mıdır?

Çalışmadan elde edilen sonuçların yorumlanmasında bazı varsayımlar göz önünde bulundurulmuştur. Katılımcıların, ölçekleri doğru anladığı ve içten bir şekilde yanıtladığı varsayılmıştır. Ayrıca, verilerin analizinde kullanılan istatistik programının doğru sonuçlar verdiği varsayılarak çalışma yürütülmüştür.

Son olarak, bu çalışma bazı sınırlılıklara sahiptir. Öncelikle, örneklemin büyük kısmı (% 61.75) kadınlardan oluşmaktadır. Alanyazında, klinik örnekleme yürütülen üstbiliş çalışmalarında da cinsiyet dağılımlarında benzer sonuçlar olduğu görülmüştür. (Kraft vd., 2019; Görgü, 2014) Bu dağılım nedeniyle, sonuçlar genellenebilirlik açısından dikkatli yorumlanmalıdır. Ayrıca, çalışma klinik bir örnekleme yürütülmüş olmasına ve katılımcıların anksiyete ve depresyon belirtilerinin mevcut olmasına rağmen, araştırma kapsamında klinik bir anksiyete ve depresyon değerlendirmesi yapılmamıştır. Araştırmanın ileriye yönelik bir tarafı olmasına karşın, takip ölçümü için üç ay uzun bir zaman dilimi olmadığından ölçümler arasındaki olası yüksek ilişkinin sonuçları karıştırıcı bir etki yaratabileceği düşünülmüştür. Deneysel bir desene sahip olmadığından, ileriye yönelik olsa da neden-sonuç ilişkisinden bahsetmek mümkün olmamaktadır. Sağlıklı kontrol grubunun olmaması da sonuçların nasıl farklılaştığını belirlemek açısından eksik kalmış bir noktadır. Son olarak, verilerin öz bildirim yoluyla toplanmış olması nedeniyle sosyal arzulanırlıktan etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür.

1. BÖLÜM

1. BİLİŞSEL KURAMLAR

Bilimsel yöntemin psikoloji alanında kendini göstermesi, davranışçı yaklaşımla birlikte olmuştur. 1950'li yıllara kadar alanda egemen olan psikanaliz, sonrasında yerini davranışçı akımlara bırakmaya başlamıştır (Türkçapar ve Sargın, 2011). Klasik davranışçı akım, dönemin psikanalitik yönelimli klinik bakış açısına bir anlamda başkaldırı niteliğinde ortaya çıkmıştır. Zayıf bilimsel arkaplana dayalı uygulamalara karşı çıkılarak katı bir şekilde test edilmiş bilimsel prensiplere dayanan yaklaşımlar savunulmaya başlanmıştır (Hayes, 2004). Davranışçı yaklaşımların öncüsü olarak kabul edilen John B. Watson (1913), psikolojinin içe bakış gibi gözlenemeyen kavramları bir kenara bırakarak nesnel deneysel bir bilim dalı olması gerektiğini ileri sürmüş ve psikolojinin kuramsal olarak amacının davranışı yordamak ve kontrol etmek olduğunu belirtmiştir. Bu dönemde, Watson'ın meşhur "Küçük Albert" deneyiyle insanlarda da klasik koşullamanın uygulanabilirliğini göstermesi oldukça dikkat çeken bir girişim olarak hafızalara kazınmıştır (Watson, 1920). Bu dönemdeki davranışçı yaklaşımların en temel özelliği gözlenen davranışlara odaklanması ve insanın etken değil edilgen olarak tanımlanmasıdır (Özdel, 2015).

Watson'ın radikal davranışçı yaklaşımından farklı olarak Skinner (1938)'in edimsel koşullama kavramları ve pekiştireç vurgusu insan davranışını daha bütüncül bir şekilde ele almaya yardımcı olmuştur (Türkçapar ve Sargın, 2011). Diğer taraftan, bu yaklaşım dil ve biliş konusunu görgül olarak tatmin edici bir şekilde ele almada başarısız olmuştur.

Zaman içerisinde, öğrenmenin ve psikopatolojinin açıklanmasında, davranışçı açıklamalar yetersiz kalmıştır (Özdel, 2015). Duygu ve düşüncelerin ele alınması için daha doğrudan ve merkezi bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır (Hayes, 2004). Sosyal öğrenmeyle ilgili açıklamalar, insanın öğrenme sürecinin uyarıcı-tepki bağlantısından fazlası olduğunu ortaya koymuştur (Türkçapar ve Sargın, 2011). Bandura (1971), öğrenmenin sadece davranışsal değil aynı zamanda bilişsel bir süreç de olduğunu ve sosyal bağlamda gerçekleştiğini ileri sürmüştür. Davranışçı kuramlar, özellikle bilinçli süreçler söz konusu olduğunda açıklama yapma konusunda yetersiz kalmıştır. Örneğin, davranışçı kuramlar bir kişinin aç olmasına, yemeğin kişinin damak zevkine uygun ve kişi için ulaşılabilir olmasına rağmen neden yemek istemediğiyle açıklama yapmakta zorlanmıştır (Palmer, 2002: 11). Ayrıca, bilgisayarların kullanılmaya başlanmasıyla insan zihninin bilgisayar benzetmesiyle ele alınması ve psikoloji alanında bilişsel bakış açısının gelişmesi insan davranışlarının açıklanmasında bilişsel yaklaşımları ortaya çıkarmıştır. Tüm bu

gelişmelerden hareketle, “bilişsel devrim” psikolojideki süregiden davranışçı havayı değiştirmeye başlamıştır (Dobson ve Dozois, 2010: 8).

Klinik psikoloji alanında bilişsel yaklaşımlar gözden geçirildiğinde, A. Ellis (1962) Akılcı-Duygusal yaklaşımıyla psikopatolojiye dair bir açıklama sunmuş ve terapi yöntemi önermiştir. Onun fikirlerinden de ilham alan A. Beck (1963) Bilişsel kuram ve terapisiyle hem duygusal bozuklukların açıklanmasında hem de tedavi sürecinde önemli katkılar sağlamıştır. Benzer şekilde, her iki yaklaşımda da, temelde düşüncelerin duygudurumu etkilediği ve psikolojik bozukluklara yol açtığı yönünde bir varsayım yer almaktadır. Akılcı olmayan inançlar, patolojik bilişsel şemalar, hatalı bilgi işleme süreçleri gibi kavramlar bilişsel kuramların anahtar kavramları olarak belirtilmektedir. Bilişsel kuramlar, davranışçı ilkelere daha az, bilişsel kavramlara daha fazla vurgu yaparak önceki dönemlerdeki davranışçı yaklaşımlardan farklılaşmakta ve davranışın açıklanmasında bilişi merkeze koymaktadır (Hayes, 2004).

Klinik psikoloji alanında, davranışçılıktan bilişsele uzanan yaklaşımlar üç kuşakta ele alınmaktadır (Hayes, 2004). Buna göre, birinci kuşakta klasik davranışçı yaklaşımlar, ikinci kuşakta bilişsel kuramlar yer almaktadır. Uzun yıllardır alanda egemen olan bu iki kuşaktaki yaklaşımların temel varsayımlarının ve modellerinin gözden geçirilmeye ihtiyacı olduğunu ileri sürülmektedir (Hayes, 2004). Yapılan bazı çalışmaların bilişsel müdahalelerin ek bir yarar sağlamadığına ilişkin bulguları, davranışçı ve bilişsel yaklaşımların insanı mekanik olarak ele alması ve içsel yaşantıları ihmal etmesi, değişen bilim felsefesinin insanı daha bağlamsal bir çerçevede ele almaya yöneltmesi gibi sebepler, bilişsel davranışçı kuramlarda üçüncü kuşak yaklaşımlarını ortaya çıkarmıştır (Hayes, 2004). Üçüncü kuşak yaklaşımları, kişilerin içsel yaşantılarına yönelik bir farkındalığı savunmaktadır. Birinci ve ikinci kuşaktan farklı olarak davranış, düşünce ve duygunun yanı sıra üstbilişler, bilişsel kaynaşma, kabul, farkındalık gibi kavramlara yer verilmektedir (Vatan, 2016; Barraca, 2012; Kahl vd., 2012). Üçüncü kuşak yaklaşımlarının ortak noktalarından biri de, içerikten ziyade kişilerin duygu ve düşüncelerine nasıl yaklaştığına odaklanılmasıdır (Kahl vd., 2012; Hayes ve Hoffman, 2017). Ayrıca, psikolojik sorunlar, kişinin çevresiyle etkileşimi bağlamında ele alınmaktadır (Yavuz, 2015).

Üçüncü kuşak yaklaşımlarının temsilcileri başlıca “Kabullenme ve Kararlılık Terapisi”, “Farkındalık Temelli Bilişsel-Davranışçı Terapi” ve “Üstbilişsel Terapi” olarak belirtilmektedir (Kahl vd., 2012). “Kabullenme ve Kararlılık Terapisi”, üçüncü kuşak terapilerin ilk ve en bilinen örneği olarak kabul edilmektedir (Dimidjian, 2016; Harris, 2006). Bu yaklaşım, “psikolojik katılık” terimini ileri sürmekte ve kişilerin bilişsel kaynaşma, yaşantısal kaçınma, şu andan

ziyade geçmiş ya da geleceğe takılı kalma ve değerlerinden uzaklaşma gibi nedenlerle psikolojik bozukluklar geliştirdiğini ileri sürmektedir. Yaşantısal, insancıl bir bilişsel-davranışçı psikoterapi yöntemi olarak tanımlanmaktadır (Harris, 2006). Farkındalık Temelli Bilişsel-Davranışçı Terapiler, Budist ğretilerinin ve meditasyon tekniklerinin psikoloji alanına uygulanmasıyla ortaya çıkmıştır. Düşünce, duygu ve beden duyumlarına yönelik farkındalığın gelişmesi ve onları kabul etme terapisinin temel varsayımlarından olarak kabul edilmektedir (Segal vd., 2002). Her iki terapi de temelde bilişsel-davranışçı terapi ailesinin bir yesi olduklarını vurgulamakla birlikte, klasik yaklaşımda olduğu gibi düşünce içeriklerine değil içsel yaşantılara, onların farkındalığına ve kabulüne odaklanmaktadır.

Üstbilişsel kuramlar genel olarak, kişilerin bilişleri hakkındaki bilgilerini ve bilişlerinin düzenlenmesini içine alan kuramlar olarak tanımlanmaktadır. Bu kuramlar, bilişsel ve stbilişsel kavramların açıklanması ve yordanması açısından geniş bir bilgi ağı sunmaktadır (Moshman, 2018). Klinik psikoloji alanında stbilişsel yaklaşım, dikkat yanlılığı ile ilgili laboratuvar bulguları ve çeşitli psikolojik bozukluklara sahip kişilerin kendine odaklanmış dikkat, endişe, ruminasyon gibi başa çıkmaya yönelik bilgi işlemeleme süreçlerine ilişkin yapılan gözlemler sonucunda filizlerini vermeye başlamıştır (Fisher ve Wells, 2009: 5).

Wells ve Matthews (1994; 1996) alanda yürüttükleri dikkat ve kendine odaklanmayla ilgili çalışmaların yanı sıra, duygusal bozuklukların açıklanmasında uzun yıllardır psikoloji alanındaki etkinliğini sürdüren bilişsel yaklaşımlara da bazı eleştiriler getirmiştir. 1990'lı yılların başlarında, dikkat yanlılığı ve endişe gibi süreçlerin otomatik olduğuna ilişkin yaygın bir algının olduğu görülmektedir. Ayrıca bu dönemde, bilişsel kuramların etkisiyle, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının belirli düşünme tarzlarından ziyade olumsuz düşüncelerin içeriği ile yakından ilişkili olduğu görüşü yaygındır. Diğer bir deyişle, kişilerin “nasıl” düşündüğünden ziyade “ne” düşündükleri ön plandadır (Fisher ve Wells, 2009). Wells ve Matthews (1996), duygusal bozuklukları açıklayan bilişsel kuramların bilişin sadece sınırlı bir kısmına odaklandığını, dikkat, bilişin düzenlenmesi, işlemele ve kontrol gibi bilişin diğer noktalarına değinmediğini ileri sürmektedir. Düşüncenin kendisinin nasıl düzenlendiği ve kontrol edildiğiyle ilgili sınırlı bilgiler sağladıklarını belirtmektedir.

Wells (2009: 2), kişilerin “nasıl” düşündükleriyle ilgilenmenin neden önemli olduğunu, terapisini yürüttüğü bir depresif bozukluk hastasının cümlelerini aktararak belirtmiştir:

“Sorun, aslında kendimle ilgili olumsuz düşüncelerimin olmasıyla değil, benim onlar karşısında nasıl davrandığımla ilgiliymiş.”

Tüm bu bilgilerden hareketle, üstbilişsel kuram, psikopatolojinin açıklanmasında ve sağaltım sürecinde yeni açıklamalar öne sürmesiyle kapsamlı bir çerçeveye sahiptir. Düşüncenin içeriğinden ziyade bilişsel ve üstbilişsel sistemin işleyişine odaklanarak farklı bir bakış açısı getirmiştir. Ayrıca, 90'lı yıllarda klinik psikoloji alanında kendini göstermesiyle birlikte nispeten güncel bir yaklaşımdır ve alanyazında üstbilişsel yaklaşımın hem psikopatolojilerle olan ilişkisini hem de üstbilişsel terapinin etkililiğini ele alan pek çok çalışma yer almaktadır.

Aşağıdaki bölümde, ikinci kuşağın önemli kuramları olan Albert Ellis (1962)'in Akılcı-Duygusal Yaklaşımı ile Aaron Beck (1967)'in Bilişsel Kuram'ı açıklanmış, ardından üstbiliş kavram ve kuramları ile giriş yapılarak klinik psikolojide üstbiliş konusu ve Adrian Wells (2000)'in duygusal bozuklukların açıklanması ve bir terapi yöntemi olarak ileri sürdüğü üstbilişsel yaklaşımı detaylı olarak ele alınmıştır.

1.1 Albert Ellis ve Akılcı-Duygusal Yaklaşım

Ellis (1962) tarafından ileri sürülen rasyonel-duygusal kuram, bilişsel-davranışçı yaklaşımların ilk örneklerinden olarak kabul edilmektedir (Dobson ve Dozois, 2010: 11). Yaklaşımın temelinde insan düşünce ve duygusunun birbiriyle ilişkili olduğu varsayımı yatmaktadır. Ellis'e (1994) göre, depresyon ve diğer psikolojik bozukluklar akılcı olmayan düşüncelerden ileri gelmektedir. Akılcı-duygusal yaklaşıma göre, psikolojik bozukluklar “ABC” modeliyle ele alınmaktadır. Modele göre, “A” etkinleştirici yaşantı veya olaylar; “B” etkinleştirici olay veya yaşantıyla ilgili harekete geçen akılcı olmayan inançlar ve “C” de bu durumun neticesinde ortaya çıkan sonuçlar anlamına gelmektedir (Ellis, 1962). Örneğin, dışarı çıkma isteği en yakın arkadaşı tarafından geri çevrildiğinde (A), kendisinin değersiz olduğuna ve arkadaşların birbirlerinin isteklerini reddetmemesi gerektiğine dair inançların (B) ortaya çıkması sonucunda kişi depresif belirtiler göstermekte ve günlerce arkadaşıyla konuşmamaktadır (C). Bu örnekte görüldüğü gibi, etkinleştirici olay beraberinde olayla ilgili akılcı olmayan inançları ortaya çıkarmış ve sonucunda hem duygusal hem davranışsal belirtiler kendini göstermiştir. Diğer taraftan, eğer kişinin arkadaşının meşgul olduğuna, reddetmesinin kendisiyle ilgili bir durum olmadığına dair inançları ortaya çıksaydı buna bağlı olarak sonuçlar da değişecek ve arkadaşıyla olan ilişkisi normal seyrinde devam edecekti. Bir diğer deyişle, kişilerin duygusal sağlıklarının korunmasının inanç sistemlerinin izlenmesi ve kontrol edilmesiyle yakından ilişkili olduğu söylenmektedir (Dobson ve Dozois, 2010: 12).

Akılcı-duygusal terapi süreci gözden geçirildiğinde, temel amacın akılcı olmayan inançların değiştirilmesi olduğu görülmektedir. Bu yaklaşıma göre, etkinleştirici olaylara veya

olayların sonucuna odaklanmak çözüm değildir. Asıl önemli olan, akılcı olmayan inançlarda bir değişim ortaya konulmasıdır. Akılcı-duygusal terapiyi diğer bilişsel yaklaşımlardan ayıran tarafının altında yatan felsefe olduğu ileri sürülmektedir. Bu yaklaşımda, diğerlerinden farklı olarak kendini ve yaşamı koşulsuz kabul, esneklik, yaşamın anlamı gibi farklı kavramlardan yararlanılmaktadır. İnsancıl ve varoluşçu bir bakış açısına sahiptir ve sadece belirtilerin ortadan kaldırılmasına değil aynı zamanda felsefik bir değişime de vurgu yapılmaktadır (Ellis, 2003).

1.2 Aaron Beck ve Bilişsel Kuram

Aaron Beck tarafından ileri sürülen bilişsel yaklaşım ilk olarak depresif hastalardaki bilişsel çarpıtmaların klinik olarak gözlemlenmesine dayanarak ortaya çıkmıştır (Beck, 1963). İlerleyen zamanlarda Beck (1967), klinik gözlem ve çalışmalarına dayanarak ilk olarak bilişsel modeli depresyon üzerinden kavramsallaştırmıştır. Daha sonra bu model diğer psikolojik bozuklukların açıklanmasında da kullanılmıştır.

Bilişsel modele göre, psikolojik bozukluklar yanlış bilgi işleme süreçlerinden kaynaklanmaktadır (Beck, 2014). Clark ve Beck (2010: 31), “Düşündükleriniz, nasıl hissettiğinizi etkiler.” diyerek psikolojik bozukluklarda düşüncelerin duyguduruma olan etkisini vurgulamıştır. Buna göre, kişilerin duygu, davranış ve fizyolojik tepkileri olayları nasıl algıladığından etkilenmektedir. Bir diğer deyişle, kişilerin duygusal olarak nasıl hissettiği ve nasıl davrandığı içinde bulundukları durumla ilgili ne düşündükleriyle ilişkilidir (Beck, 2014: 31). Bilişsel kurama göre, bilgi işleme sürecinin doğası ve işlevi işlevsel olmayan davranışları anlamada anahtar niteliğindedir. Yanlış işleme süreçleri sonucunda, olayları algılamada çarpıtmalar, sorun çözmede zorluklar ve psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Beck, 1976).

Modelde yer alan, kişinin fikirlerini ve yaşantılarını barındıran gizil durumdaki şemalar, içsel veya çevresel uyaranlar sonucu harekete geçmekte ve bilginin nasıl işleneceğini etkilemektedir (Beck, 1967). Şema kavramı, fizik bilimindeki “elektron”lara benzetilmekte ve tıpkı onlar gibi doğrudan gözle görülemeyeceği söylenmektedir. Şemalar ancak neden oldukları uyumlu olan veya olmayan tepkilerle kendini gösteren psikolojik yapılanmalardır. Örneğin, yanlış şematik bilgi işleme süreci (Örn: Her zaman kaybediyorum) duygu (Örn: üzüntü) ve davranışı (Örn: Geri çekilme) etkilemektedir. Bir başka deyişle, şemalar duygu ve davranışın yordanmasını sağlamaktadır (Alford ve Beck, 1997a).

Psikopatoloji, “bilişsel üçlü” adı verilen kişinin kendisine, çevresine ve geleceğe yönelik işlevsel olmayan düşüncelerinden kaynaklanmaktadır. Her psikolojik bozukluğun bilişsel

üçlüsünde kendine özgü bileşenler yer almaktadır. Örneğin, depresyonda bilişsel üçlünün her biri olumsuz olarak değerlendirilir. Anksiyetede ise, benlik yetersiz, çevre tehlikeli ve gelecek belirsiz olarak görülmektedir (Alford ve Beck, 1997b: 16). Diğer bir deyişle, şemalar ve düşünce içerikleri farklı psikolojik bozukluklarda farklı yapılar göstermektedir.

Sonuç olarak, bilişsel model temelde şemalar gibi gizil düşünce yapılarını ve kişilerin hem kendilerine hem de dünyaya ve geleceğe yönelik düşüncelerini merkeze almakta ve bunların uyumsuz davranışları ortaya çıkardığını ileri sürmektedir.

1.3. Üstbiliş

En bilinen haliyle üstbiliş “düşünce üzerine düşünme”, “bilişler hakkındaki bilişler” (cognition about cognition) anlamına gelmektedir (Flavell, 1979; Karakelle ve Saraç, 2010). Flavell (1979)’e göre üstbiliş, kişinin kendi bilişsel süreçlerinin veya sahip olduğu bilginin farkında olması şeklinde tanımlanmaktadır. Metcalfe ve Shimamura (1996), üstbilişi kişilerin nasıl algıladığı, hatırladığı, düşündüğü ve davrandığıyla ilgili bilgisi olarak ifade etmektedir. Shimamura (2000), üstbilişi bir başka şekilde kişinin bilişsel süreçlerini değerlendirmesi ve kontrol etmesi olarak tanımlamaktadır. Tüm bu tanımlardan hareketle üstbiliş aslında kişinin kendi bilişsel süreçleri üstüne çevrilmiş gözüdür (Tosun ve Irak, 2008) ve iç içe geçmiş çeşitli karmaşık bilişsel işlemleri kapsamaktadır (Ak vd., 2013).

1.3.1. Üstbiliş Kavramının Tarihçesi

Tarihsel olarak bakıldığında, üstbiliş kavramının psikoloji alanında bir terim olarak ortaya çıkışı 1970’lerin sonlarını bulsa da, aslında çok daha eski yıllarda üstbilişsel süreçlerin izlerine rastlamak mümkündür. Spinoza, 17. yy’da “Kişi bir şeyi biliyorsa o şeyi bildiğini bilir ve aynı zamanda o şeyi bildiğini bildiğini de bilir” diyerek üstbilişsel süreçlere gönderme yapan bir açıklamada bulunmuştur (Karakelle ve Saraç, 2010). Psikoloji alanında bir terim olarak üstbiliş kavramının ilk olarak gelişim psikolojisi alanında kendini gösterdiği görülmektedir. Gelişim psikolojisi alanında çalışmalarını yürüten bir isim olan Flavell (1976), ilk olarak çocuklarda bellek işlevlerini incelediği sırada üst bellek (metamemory) kavramını ortaya atmıştır. Bu tarihten birkaç yıl sonra, üstbiliş kavramını türleriyle birlikte detaylı olarak ortaya koyduğu makalesini alanyazına sunmuştur (Flavell, 1979). Böylelikle bir terim olarak üstbiliş psikoloji alanına giriş yapmış ve zaman içinde farklı çalışma alanlarını etkisi altına almıştır. Sonraki yıllarda Flavell (1987), üstbiliş kavramının çok boyutluluğunu ve psikoloji alanıyla olan ilişkisini, üstbilişin yürütücü süreçler, bilinçlilik, sosyal biliş, kendini düzenleme, öz-yeterlilik ve psikolojik benlik

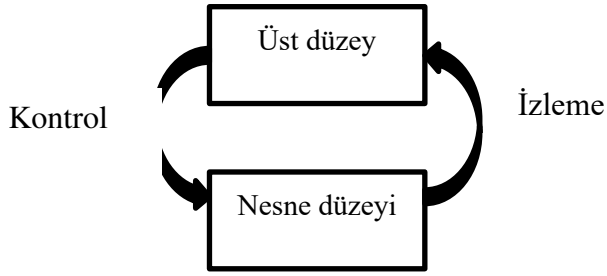
gibi kavramlarla ilişkili olduğunu ileri sürerek anlatmaya çalışmıştır. İlerleyen yıllarda, üstbiliş kavramı nöropsikoloji, bellek performansı ve yaşlanma gibi alanlarda kendisini göstermeye başlamıştır (Metcalf ve Shimamura, 1996).

Klinik psikoloji alanına bakıldığında, üstbiliş kavramının ortaya çıkışının 1990'lı yılların başında gerçekleştiği görülmektedir. Wells ve Matthews (1994), yeni bir kuramsal bakış açısı ortaya koyarak üstbilişsel süreçleri duygusal bozuklukların açıklanması için kullanılabilecek bir model olarak tanıtmışlardır. Bundan birkaç yıl sonra, Nelson ve diğerleri (1999), klinik psikoloji alanında üstbiliş kavramının araştırmalarda ve uygulamada nasıl ele alınabileceğine dair bir makaleyi alanyazına sunmuşlardır. Terapötik müdahalelerde üstbilişsel stratejilerin kişilerin düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını kontrol etmede yardımcı olabileceğini ileri sürmüşlerdir (Nelson vd., 1999).

1.3.2. Üstbiliş ve Biliş İşleyişi

Genel olarak, üstbiliş bir tür “biliş modeli” olarak kabul edilmektedir (Efklides, 2006). Buna göre, üstbiliş nesne (biliş) dünyasıyla ilişkili bir biçimde üst (meta) seviyede işlevlerini sürdürmektedir. Nelson ve Narens (1990), üstbilişsel süreçlerle ilgili bazı ilkeler ortaya koymaktadır. İlk olarak, bilişsel süreçlerin birbiriyle ilişkili 2 düzeyden oluştuğu ileri sürülmektedir. Birbiriyle ilişkili bu iki düzey “nesne” (object) düzeyi ve “üst” (meta) düzey olarak adlandırılmaktadır (Nelson ve Narens, 1990). Nesne düzeyi, öğrenme veya sorun çözme gibi bir bilişsel etkinlik olarak örneklendirilebilmektedir. Üst düzey ise, kişinin bilişsel süreçlerini gözden geçirmesine yönelik bir etkinlik olarak belirtilmektedir (Karakelle ve Saraç, 2010). Bir başka özellik olarak da, üst düzey ve nesne düzeyi arasındaki bilgi akışının yönüne göre, kontrol ve izleme olarak adlandırılan üstbilişin iki temel işlevinden bahsedilmektedir. Üst düzey ile nesne düzeyi arasındaki etkileşimin bu iki işleyiş sayesinde gerçekleştiği ileri sürülmektedir (Karakelle ve Saraç, 2010). Nesne düzeyinin, üst düzeye bilgi akışını sağlaması ve böylece üst düzeyin devamlı nesne düzeyi tarafından bilgilendirilmesi “izleme” olarak adlandırılmaktadır (Nelson ve Narens, 1990). Kontrol ise, üst düzey tarafından nesne düzeyinden gelen bilgi akışına dayanarak nesne düzeyindeki işlemi düzenlemek anlamına gelmektedir (Karakelle ve Saraç, 2010).

Özetle, üst düzeyin rolü, izlemek, değerlendirmek ve gelen bilgi akışına göre nesne düzeyini kontrol etmektedir. Diğer bir deyişle, üstbilişler üst sistem tarafından yönlendirilmektedir (Shimamura, 2000). Nelson ve Narens (1990), üst düzey ve nesne düzeyi arasındaki ilişkileri aşağıdaki şekilde gösterilen biçimde özetlemektedir.



Şekil 1.1. Üstbiliş ve Biliş İşleyişi (Nelson ve Narens, 1990)

Üstbiliş kavramının karmaşıklığı, Brown (1987) tarafından esprili bir şekilde “çok başlı bir canavar”a benzetilerek ele alınmıştır. Bu karmaşıklığı azaltmak ve kavramları netleştirmek için Brinol ve Demarre (2012), Nelson ve Narens (1990)’in prensiplerinden hareketle, biliş ve üstbiliş arasındaki farkı biliş birincil ve ikincil bilişler olarak ikiye ayırarak açıklamaktadır. Birincil bilişler, genellikle bir nesneye işaret etmekte ve doğrudan bir bilişe karşılık (Örneğin, “Bu araba bej rengi”) gelmektedir (Brinol ve Demarre, 2012). Bu bilişlere, nesne düzeyinde düşünceler adı verilmektedir (Nelson ve Narens, 1990). Diğer taraftan ikincil bilişler ise, birincil düzey düşüncelere eklenmiş düşüncelerin olması (Örneğin, “Bu araba gerçekten bej mi yoksa ten rengi mi?”) anlamına gelmektedir (Brinol ve Demarre, 2012). Bu düzeydeki düşünceler ise, üst (meta) düzeydeki bilişler olarak tanımlanmaktadır (Nelson ve Narens, 1990). Baker ve Brown (1984) da, biliş ve üstbilişi ayırırken durağan (static) ve stratejik (strategic) bilgi ayırımından yararlanmışlardır. Durağan bilgi, bilişler hakkında dile getirilen düşünceler iken, stratejik bilgi belli bir bilişsel etkinliği düzenlemek için kullanılan stratejiler anlamına gelmektedir.

Özetle, anlamayı kolaylaştırmak için yapılan birincil-ikincil, durağan-stratejik ayrımları aslında aynı sonuca varmaktadır. Biliş, belli bir nesnesi olan bir düşünce süreciyken, üstbiliş bu düşünce sürecinin üstüne düşünmek, onu sorgulamak ve düzenlemek gibi işlevleri içine almaktadır. Sonuç olarak, üstbilişle bilişle arasındaki fark, bilişin algılama, anlama, hatırlama gibi bilişsel süreçleri içine alan bir yapı olmasına karşın üstbilişin kişinin kendi algılama, anlama ve hatırlaması gibi bilişsel süreçleri hakkında düşünmesi olarak belirtilebilmektedir (Garner ve Alexander, 1989). Bir diğer deyişle, üstbilişsel süreçlerde kişi bilişin farkındadır ve bunu durumlara uygun bir şekilde ele alabilmektedir (Brown, 1980).

1.3.3. Üstbiliş Türleri

Üstbiliş, tanımlarından anlaşıldığı üzere, içinde pek çok farklı bilişsel süreci barındıran kapsamlı bir yapıya karşılık gelmektedir. Flavell (1979) tarafından yapılan ilk sınıflandırmanın ardından zaman içerisinde üstbiliş çeşitli şekillerde kategorilere ayrılmıştır. En bilinen şekliyle üstbiliş 3 kategoride ele alınmaktadır (Flavell, 1979; Wells, 2000).

1-Üstbilişsel Bilgi: Üstbilişsel bilgi, bilişsel görevler, deneyimler, amaçlar ve eylemler gibi bilişsel yapılara dair kişinin sahip olduğu bilgi olarak tanımlanmaktadır (Flavell, 1979). Diğer bir deyişle, kişinin belli bir durum karşısında kendi bilişsel kaynaklarında var olan bilgi ve inançlara ve onlarla ne yapabileceğinin farkında olmasına karşılık gelmektedir (Özsoy, 2008). Flavell (1979), üstbilişsel bilgiye örnek olarak bir çocuğun aritmetik alanındaki becerisinin hecelemeye göre daha iyi olduğuna dair bilgisini göstermiştir. Bu örneğe göre çocuk, iki bilişsel becerisini kıyaslamış, bununla ilgili bir sonuca varmış ve konuyla ilgili inancını oluşturmuştur. Wells (2009), üstbilişsel bilgiyi kişilerin düşünce süreçleriyle ilgili olarak sahip oldukları bilgiler olarak tanımlamıştır. Wells (2009) tanımından hareketle, bazı düşüncelerin zararlı olabileceğine veya kişinin belleğinin zayıf olduğuna dair inançların üstbilişsel bilgiye örnek olabileceğini ileri sürmüştür.

Flavell (1979), üstbilişsel bilgiyi kişi, görev ve strateji olmak üzere kendi içerisinde üç faktörde ele almıştır. Kişi kategorisi, bilişsel süreçlerde kişisel ve kişiler arası farklılıklara ve bilişsel genellemelere dair inançları içermektedir. Buna örnek olarak, bir kişinin dinleyerek daha iyi öğrendiğine yönelik bilgisi verilmiştir (Flavell, 1979). Görev kategorisi, kişinin bilişsel bir girişim sırasında elde ettiği bilgilere karşılık gelmektedir. Diğer bir deyişle, bilişsel işlemin ne kadar başarılı olduğuna, nasıl yürütüldüğüne ve hedefe ulaşip ulaşamadığına dair sahip olunan bilgidir (Flavell, 1979). Pintrich ve diğerleri (2000), bu kategorinin görev değişkenlerinin bilişi nasıl etkilediğine dair sahip olunan bilgiyi de içerdiğini bildirmiştir. Uzun ve karmaşık cümleleri hatırlama görevinin zor olduğuna dair bir bilgiye sahip olmak bu kategorinin bir örneği olabilir (Özsoy, 2008). Son olarak strateji kategorisi, bilişsel bir görev sırasında hangi stratejilerin etkili olduğuna dair sahip olunan bilgiye karşılık gelmektedir (Flavell, 1979). Hatırlama, akıl yürütme, sorun çözme, planlama, çalışma, okuma ve yazma gibi pek çok bilişsel işlem ve stratejiyi içine almaktadır (Pintrich vd., 2000). Örneğin, bir çocuk bir bilgiyi öğrenebilmek için ana noktalara dikkat ettikten sonra o noktaları kendi cümleleriyle ifade etmesinin öğrenmesine yardımcı olduğuna dair bir inanç geliştirmiş olabilir (Flavell, 1979). Pintrich ve diğerleri (2000), üstbilişsel bilginin diğer bilgilere benzer bir şekilde uzun süreli bellekte depolandığını ileri sürmektedirler.

Wells (2009), üstbilişsel bilgileri farklı kategorilerde de ele almakta ve bunların psikopatolojiyle olan bağlantılarını kurmaktadır. Açık üstbilişsel bilgi, sözel olarak ifade edilebilen bilgiler olarak tanımlanmaktadır. “Endişelenmek kalp krizi geçirmeme sebep olacak” inancı buna bir örnektir (Wells, 2009). Örtük üstbilişsel bilgi ise, doğrudan sözel olarak ifade edilemeyen, düşünceyi yönlendiren kurallar veya planlar olarak belirtilmektedir. Wells (2009), üstbilişsel bilgileri içeriklerine göre de iki kategoriye ayırmaktadır. Olumlu üstbilişsel inançlar, sürdürülen bilişsel etkinliğin yararları veya avantajlarına yönelik inançları içermektedir. “Tehdide odaklanmak yararlıdır” şeklindeki bir inanç bu kategoriye bir örnektir. Olumsuz üstbilişsel inançlar ise, düşünce ve bilişsel deneyimlerin kontrol edilemezliği, anlamı, önemi ve tehlike potansiyeline odaklanmış inançlar olarak belirtilmektedir. “Düşüncelerim üzerinde kontrolüm yok” şeklindeki bir inanç buna örnek olarak söylenebilmektedir (Wells, 2009).

2-Üstbilişsel Deneyim: Üstbilişsel deneyim, düşüncelerle ilgili bir etkinliğe eşlik eden bilinçli bilişsel ve duygusal yaşantılar anlamına gelmektedir. Bir başka tanıma göre, kişilerin zihinsel durumlarına ilişkin olarak yaptıkları durumsal değerlendirmeler ve hislerdir (Wells, 2009). Üstbilişsel deneyimler, bilişsel bir etkinlik sırasında, ondan önce veya sonra gerçekleşebilmektedir (Flavell, 1979). Flavell (1979), bu durumu sınav öncesi okuduğu bir parçayı anlamadığını düşünen bir öğrencinin yaşadığı hisle örneklendirmiştir. Wells (2009), endişeleri hakkında endişe yaşayan bir anksiyete bozukluğu hastasının hislerini üstbilişsel deneyime örnek olarak belirtmiştir. Nelson ve Narens (1990), üstbilişsel deneyimleri “bilme hissi” (feeling of knowing) kavramıyla açıklamışlardır. Pek çok kişinin başına gelen bilme hissinin tipik örneği, kişinin bir bilgiyi bildiğini güçlü bir şekilde hissetmesine rağmen hatırlayamamasıdır (Nelson ve Narens, 1990). Üstbilişsel deneyim adı verilen bu öznel hisler, öğrenme stratejileri veya geri getirme çabaları gibi davranışı etkileyen çeşitli stratejileri yönlendirmektedir (Wells, 2009).

3-Üstbilişsel Strateji: Üstbilişsel strateji, kişilerin kendini düzenleme ve kontrol süreçleri sırasında düşünce ve davranışlarını değiştirme veya duruma uygun şekle getirme becerilerini içeren çeşitli etkinlik türlerini içermektedir (Pintrich vd., 2000). Wells (2009) benzer şekilde üstbilişsel stratejiyi bilişsel ve duygusal kendini düzenleme süreçlerinde düşüncenin kontrolü ve değişimlenmesi olarak tanımlamıştır. Seçilen bu stratejilerin bilişsel etkinliğin doğasını pekiştirebileceği, bastırabileceği veya değiştirebileceği ileri sürülmektedir (Wells, 2009).

1.3.4. Psikopatolojinin Açıklanmasında Üstbilişsel Kuram

Wells (1991), üstbilişsel kuramı olgunlaştırmadan önceki çalışmalarında kendine odaklanma (self-focus) ve duygusal stres arasındaki ilişkiler üzerinde çalışmalarını yürütmüştür. Kendine odaklanmanın, normal şartlarda patolojik bir süreç olmamasına rağmen, esnek olmayan ve yoğun bir hale dönüştüğü takdirde kendini düzenlemeyi bozucu işlevlerinin olabileceğini ileri sürmüştür (Wells ve Matthews, 1994). Böyle bir durumda, kişilerin etkili başa çıkma girişimlerinin sınırlandığı ve kaçınma, geri çekilme gibi uyumsuz başa çıkma tarzlarının ortaya çıktığı savunulmuştur. Wells ve Matthews (1994), benlik uyuşmazlığının ortaya çıktığı durumlarda kendine odaklanmaya eşlik eden duyguların o sırada ortaya çıkan inancın içeriğine göre belirlendiğini ileri sürmüştür. Buna göre, eğer inanç kişisel tehlike içeriyorsa anksiyete belirtilerinin, kişisel kayıp ve umutsuzluk içeriyorsa depresif belirtilerin ortaya çıkacağı düşünülmüştür.

Wells ve Matthews (1994), bu kuramsal temellerden ve bilişsel yaklaşımlara getirdikleri eleştirilerden hareketle duygusal bozuklukların oluşması ve sürmesinde bilişsel süreçleri ve dikkat süreçlerini içine alan bütünleştirici bir model önerisinde bulunmuşlardır. Kendine odaklanmış dikkat ve duygusal stresle ilgili önermelerinden hareketle bilişsel olarak etkileşim halindeki süreçleri yöneten “Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli” adını verdikleri bir bilgi işleme modeli ile duygusal bozuklukların açıklanmasında yeni bir çerçeve çizmişlerdir (Wells ve Matthews, 1994).

1.3.5. Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli (Self-Regulatory Executive Function Model)

Wells ve Matthews (1994) tarafından ileri sürülen “Kendini Düzenleyen Yönetici İşlevler Modeli (K-DYİM)”, üstbilişsel kuramın temelinde yer alan kuramsal bir çerçeve olarak kabul edilmektedir. Dikkat süreçleriyle ilgili laboratuvar bulguları ve psikolojik bozukluklarda bilgi işleme süreçleriyle ilgili klinik gözlemler sonucunda ortaya çıkmış olan bu model, psikolojik bozuklukların sürmesindeki üstbilişsel etmenlerin ve üstbilişsel terapinin değişim sürecinin açıklanmasına temel oluşturmaktadır (Fisher ve Wells, 2009: 5)

Model, birbiriyle etkileşim halinde olan üç düzeyden oluşmaktadır: En alt düzey, otomatik ve refleksif süreçleri (düşük düzey işleme); ikinci düzey, düşünce ve davranışların bilinç düzeyinde işlenmesini (bilişsel tarz) ve en üst düzey de uzun süreli bellekte depolanan

üstbilişsel bilgi ve inançları içermektedir. Aşağıda, modele ve her düzeyle ilgili detaylı bilgilere yer verilmiştir.

Birinci Düzey (Düşük düzey): En alt düzey olarak bildirilen bu düzey, bilinçli farkındalığın dışında kalan, uyaranlar tarafından yönlendirilen düşük düzey işleme ağları olarak tanımlanmaktadır. Düşük düzey, genelde özgül bir uyarının varlığında otomatik şekilde çalışmaktadır ve bu düzeyde işleme baskın olarak bilinçli farkındalığın dışında gerçekleşmektedir (Wells, 2000). Düşük düzeyde üç tip bilgi olduğu varsayılmaktadır. Birincisi, dışsal uyaranlara dair bilgi; ikincisi bilişsel duruma dair bilgi (örn: bilişsel hatalar) ve üçüncüsü beden duyumlarına dair bilgidir (örn: kalp atışı, ağrı). İlişkisi güçlü şekilde kurulmuş uyaran-tepki örüntüleri de üst işleme düzeylerine geçmeden bu düzeyde işlenebilmektedir (Wells ve Matthews, 1994).

İkinci Düzey (Çevrimiçi düzey-Bilişsel tarz): Olayların bilinçli değerlendirilmesini, eylemlerin ve düşüncelerin kontrolünü içine alan çevrimiçi (on-line) işleme düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Düşünce ve davranışların bilinçli şekilde işlenmesi “bilişsel tarz” olarak adlandırılmaktadır. Bu düzeyde işleme süreçleri dikkat kaynaklarına bağlıdır ve süreçler bilinçli farkındalığın çeşitli seviyelerinde sürmektedir. İşleme gönüllüdür, kişi iradi bir kontrolünün olduğunu farkındadır, düşünce ve eylemler bilinçli bir şekilde izlenmekte ve kontrol edilmektedir. Çevrimiçi işleme, bağımsız bir şekilde hareket etmemekte, bellekte depolanmış olan benlik bilgisi veya inançlarından köken almaktadır (Wells, 2000).

İkinci düzeyde yer alan “Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu (BDOS), psikolojik bozuklukların ortaya çıkması ve sürmesinde etkili olan “toksik” (zehirleyici) bir düşünce tarzı/örüntüsü olarak belirtilmektedir. BDOS’un ısrarlı şekilde süregiden düşünceler (endişe ve ruminasyon), tehdit izleme, düşünce bastırma, kaçınma gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerinin sürdürülmesinden sorumlu olduğu ileri sürülmektedir. K-DYİM’nin yapı taşlarından biri olarak kabul edilen Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu aşağıda detaylı şekilde açıklanmıştır.

1.3.5.1. Bilişsel dikkat odaklanması sendromu-BDOS (Cognitive-attentional syndrome)

Wells (2009)’e göre, pek çok kişi hayatının çeşitli dönemlerinde üzüntü, kaygı, değersizlik gibi olumsuz olarak nitelendirilen duygularla karşı karşıya kalmaktadır ve pek çok kişi için bu duygular gelip geçici olmaktadır. Wells (2009), psikolojik bozuklukların oluşması ve sürmesinde “Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu” adı verilen olumsuz bir düşünce tarzının ortaya çıkmasında etkili olduğunu ileri sürmektedir. Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu etkin

hale geldiğinde, kişiler olumsuz duygu ve düşüncelerden sıyrılamamakta, uzamış ve tekrarlayan bir şekilde hoş gitmeyen bu duruma adeta kilitlenmiş durumda kalmaktadır.

Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu, “Ya olursa” şeklindeki endişe içerikli düşüncelerin veya olayların anlamına yönelik “Neden böyle hissediyorum?” şeklindeki ruminatif düşünce zincirlerinin devam etmesinden sorumludur. Endişe ve ruminasyon, kişinin bilgiyi yanlış bir şekilde olumsuz işlemlemesine neden olmaktadır. Bu da, kişinin kendisi ve dünyayla ilgili yanlış izlenimlerinin pekişmesini beraberinde getirmektedir. Diğer taraftan bu iki bileşen, kendini düzenleyici süreçler üzerinde de bozucu etkiler oluşturmaktadır. Örneğin, geçmişte yapılan hatalarla ilgili süregiden ruminasyonlar, bu yaşantılarla ilgili detayların ulaşılabilirliğini artırmaktadır. Kaygı ise, gelecekteki olası bir tehlike üzerinde odaklanmaya ve gerçekte bu tehlikenin meydana gelme olasılığının değerlendirilmemesine neden olmaktadır. Bir başka deyişle, endişe ve ruminasyon, dikkatin yönünü kaygı verici veya girici düşüncelere çevirmekte ve bu durum uygun başa çıkma girişimlerinin uygulanmasını engellemektedir. Kendine yoğun şekilde odaklanma, benlikle ilgili olumsuz inanç ve değerlendirmeler, dikkat yanlılığı ve bilişsel işleme kapasitesinde azalma gibi özelliklerin belirmesi, düşünce bastırma, madde kullanımı, kaçınma veya tehdit izleme gibi çeşitli uyumsuz başa çıkma girişimleri ortaya çıkmaktadır.

Bilişsel Dikkat Odaklanmasının bir başka ürünü olan tehdit izleme, benzer şekillerde kişinin işlevselliğini sekteye uğratmaktadır. Öznel tehlike hissini ayakta tutarak, duygusal uyarılmanın sürmesine ve artmasına neden olmakta, kişinin güvenli bir ortama yönelik biliş ihtiyacının normale dönmesi sürecini geciktirmektedir. Örneğin, diğer kişiler tarafından reddedilme konusunda hassasiyeti olan, benlik saygısı düşük bir kişi etrafta insanların onu sevmediğine dair işaretler arayabilmektedir. Hastalık bulaşma korkusu olan bir obsesif-kompulsif bozukluk hastası etrafta kendisini hasta edebilecek mikropları; sağlık kaygısı olan bir kişi de bedeninde hastalık belirtilerine ilişkin duyularının arayışını devam ettirmektedir. Her durumda, tehdit izleme olumsuz bilginin ulaşılabilirliğini artırarak tehdit hissini sürmesine neden olmaktadır (Fisher ve Wells, 2009: 9).

Düşünce bastırma, tehdit izlemeye benzer şekilde, normal duygusal işleme sürecini sekteye uğratmaktadır. Bastırma, düşünceleri durdurmaya yarar sağlamadığı gibi kişinin düşünceleri üzerindeki kontrol algısının da zayıflamasına neden olması nedeniyle sorun yaratmaktadır. Hem tehdit izleme hem de düşünce bastırma, rahatsız edici uyarının girici ve ısrarlı şekilde işlenmesine dayanmaktadır (Wells, 2009: 15).

Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunun etkinliğinin devam etmesinden en üst düzeyde bulunan üstbilişsel inançların sorumlu olduğu ileri sürülmektedir (Spada vd., 2010). Üstbilişlerin, değerlendirme ve başa çıkma süreçlerini kontrol edici işlevi ve kişinin içsel düşünce ve hisleriyle ilgili sağladığı bilgiler BDOS'un sürekliliğinde rol oynamaktadır (Wells, 2009: 22). İki tür üstbilişsel inanç, Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu için önemli kabul edilmektedir:

1-Olumlu inançlar: BDOS'nin devamına yönelik olumlu inançlardır. (Örneğin, “Eğer endişelenirsem, önemli herhangi bir şeyi atlamamış olurum”)

2- Olumsuz inançlar: Kontrol edilemezlik, tehlike ve düşüncelerin önemiyle ilgili inançları içermektedir. (Örneğin, “Zihnim üzerinde kontrolüm yok”)

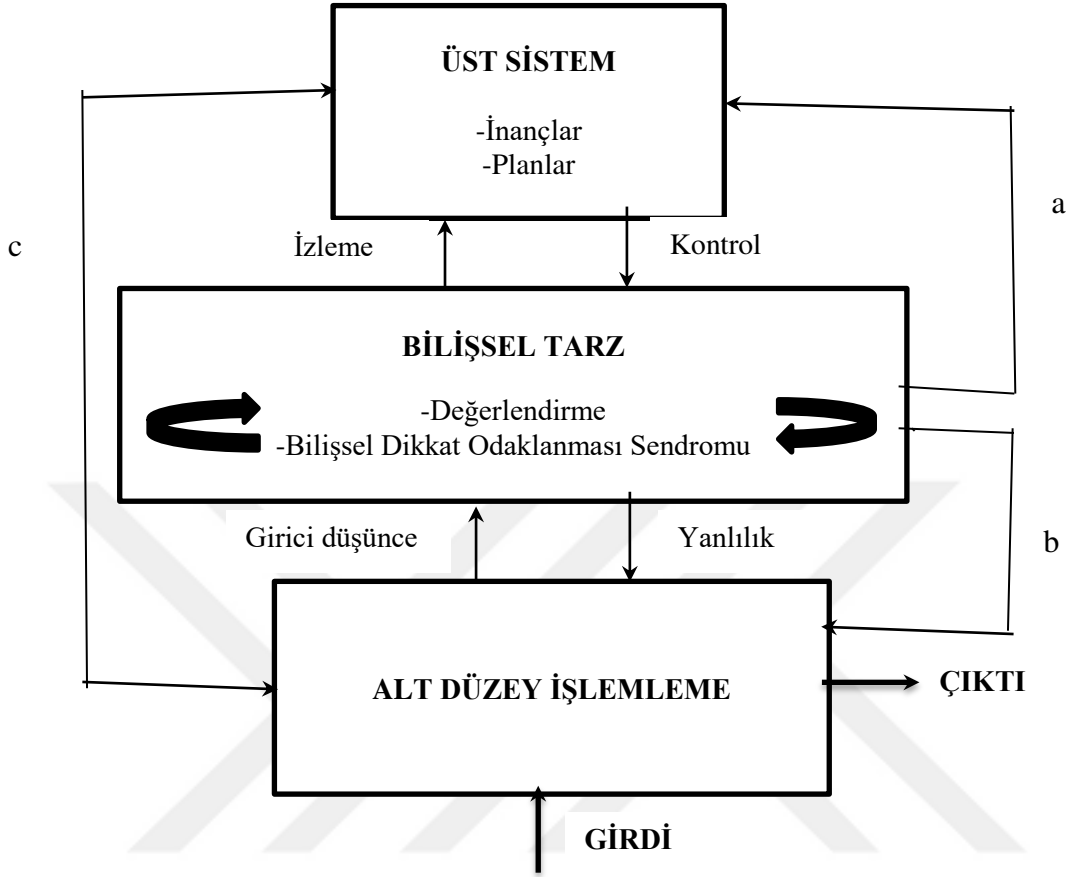
Olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar, Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu'nun etkinliğinde önemli rol oynamaktadır. Düşüncelerin yararına ilişkin olan inançlar, onların sürdürülmesinde bir anlamda pekiştirici rolü üstlenmektedir. Diğer yandan, buna dair olumsuz inançlar da kaçınma gibi işlevsel olmayan başa çıkma girişimlerini beraberinde getirmektedir.

Sonuç olarak, Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu, kişilerin olumsuz düşünce tarzlarına saplanıp kalmasına, çeşitli yararlı olmayan başa çıkma stratejilerinin gelişmesine neden olmasıyla psikopatolojinin temelinde yer alan bir düşünce örüntüsü olarak tanımlanmaktadır (Fisher ve Wells, 2009).

3.Düzyey (Üst düzey): Uzun süreli bellekte depolanan benlik bilgisi veya inançları olarak belirtilmektedir (Wells, 2000). Üst düzeyde, kendini düzenlemeyle ilişkili benliğe ve stratejilere dair inançlar yer almaktadır. K-DYİM etkin hale geldiğinde, durumun değerlendirilmesi ve başa çıkma yönteminin seçilmesi için burada depolanmış olan bilgilere başvurulmaktadır Bu düzeyde adı geçen “planlar”, değerlendirme ve başa çıkmaya yönelik olarak kişinin planlarını içine alan ve işleme sürecini yönlendiren üstbilişsel bir bileşen olarak tanımlanmaktadır. Planlar, değerlendirme ve başa çıkma sürecinin başarı veya başarısızlığına ilişkin ortaya çıkan geribildirimle göre değişebilmektedir (Wells, 2000: 20).

İkinci düzeydeki işleme sürecinde bahsedilen Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu, burada depolanmış olan bilgilerden köken almaktadır. Diğer bir deyişle, ikinci düzeydeki işleme süreci, üçüncü düzeydeki üstbilişsel bilgi ve inançların yönlendirici etkisiyle gerçekleşmektedir. Bu nedenle, özellikle psikopatolojilerin açıklanmasında benlik bilgisi ve inançların üzerinde durmaktadır. Kişilerin “Endişelenmek sorunlarımı çözmeme yardımcı olur”,

“Kötü şeyler düşünürsem, başıma kötü şeyler gelir” gibi olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlarının işleme ve yorumlama süreçlerini etkilediği düşünülmektedir.



Şekil 1.2 Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli (Wells, 1996).

Üç etkileşimsel düzeyden ve pek çok bileşenden oluşan Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli, bilişsel, duygusal ve davranışsal kendini düzenleme stratejileriyle ilgili olarak üstbilişsel bir süreç önerisi sunmaktadır (Wells ve Matthews, 1994). Etkileşimsel bu sistemin stresli durumlarda ortaya çıkan davranışsal ve bilişsel kendini düzenleme süreçlerini yönlendirdiği düşünülmektedir (Wells ve Matthews, 1994). Çalışma ilkesi, sisteme giren verilerin değerlendirilmesi, benlik uyumsuzluklarının ve benliğe yönelik tehditlerin en aza indirilmesi şeklindedir. Bu nedenle, sistemin işleyişinin en üst düzeyde yer alan benlik inançları tarafından tetiklendiği ileri sürülmektedir.

Şekil 1.2’de açıklanmış olan model, verilen bilgiler ışığında incelendiğinde, öncelikli olarak tüm düzeylerin birbiriyle etkileşim halinde olduğu görülmektedir. “A” okuna bakıldığında, ikinci düzeyde yer alan bilişsel değerlendirmelerin ve başa çıkma girişimlerinin üst düzeydeki inançları etkilediği görülmektedir. Örneğin, tehlide odaklanmak, bir tehlikenin var olduğuna dair inançları güçlendirmektedir (Wells, 2009: 13). “B” okuna bakıldığında ise, düşünce tarzlarının ve

başa çıkma girişimlerinin düşük düzeyde otomatik süreçleri ve duygu düzeyindeki işleme süreçlerini etkilediği göze çarpmaktadır. Son olarak “C” okuna bakıldığında, üst sistem ve en alttaki sistem arasında da doğrudan bir ilişki olduğu görülmektedir. Bir başka söyleyişle, basit düzeydeki uyaranlar benlik inançlarını ve kendini düzenleme girişimlerini doğrudan etkileyebilmektedir. Örneğin, alt düzeyden sisteme giren bir uyaran, otomatik olarak belli inanç veya planın ortaya çıkmasına neden olabilmekte bir anlamda hazırlık (prime) etkisi yaratabilmektedir (Wells, 2009: 14).

Üst düzey ve bilişsel tarz olarak adlandırılan ikinci düzey arasındaki ilişkilere bakıldığında Nelson ve Narens (1990) tarafından belirtilen üst (meta) mod - nesne modu ve izleme - kontrol etme işlevlerine dayalı bir çalışma prensibi dikkat çekmektedir. “Mod” terimi, model bağlamında kişinin düşünce ve inançlarına ilişkin aldığı bakış açısı anlamına gelmektedir. Modelde, üstbilişsel mod ve nesne modu olmak üzere iki mod üzerinde durulmaktadır. Nesne modunda, düşünceler ve algılar değerlendirilmeden, olayların kesin temsili olarak ele alınmaktadır. Diğer bir deyişle, düşünceler ve meydana gelen olaylar eş olarak düşünülmektedir. Üstbilişsel modda ise, kişilerin düşünceleriyle aralarına mesafe koymalarına, düşünce ve algıları gerçekliğin doğrudan bir temsili olarak kabul etmek yerine onların değerlendirilebileceğine yönelik görüşler yer almaktadır (Wells ve Matthews, 1994).

K-DYİM’in etkinliğinin sürmesinde pek çok etmenin etkili olabileceği söylenmektedir. Bu etmenlerin içinde en önemlisi, üstbilişsel inançlardır. Hem olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inançlar, modelin etkinliğinde görev almaktadır. Örneğin, endişenin etkili ve işe yarar bir başa çıkma girişimi olarak değerlendirildiği durumlarda, sistem devamlı etkin kalmaktadır. Üstbilişsel inançlara ek olarak sistemin etkinliğini sürdürücü farklı etmenler de bulunmaktadır. Kontrolle ilgili hatalı değerlendirmeler (örn: Kişinin kontrolün kendisinde olduğunu fark etmediği durumlar), kontrol hissini engelleyen işlevsiz başa çıkma yöntemleri (örn: Düşünce bastırma), benlik uyuşmazlığının devam etmesine yol açan başa çıkma girişimleri (örn: yanlış inancı değiştirebileceği bilgiye maruz kalabileceği stresli bir durumdan kaçınma) gibi etmenler de sistemin devamlılığında rol oynamaktadır.

Modele göre, psikolojik sıkıntılar düşüncelerin, duyguların ve tehditlerin değerlendirilmesi sürecindeki seçimler ve yürütücü işlevlerdeki yanlışlıklardan kaynaklanmaktadır (Fisher ve Wells, 2009, s.7). Stres altındaki bir kişinin biliş ve eylem çeşitliliği, işleme kaynaklarının kaybı ve bilişin yeniden yapılandırılmasındaki zorlanma nedeniyle oldukça daralmaktadır. Örneğin, bir panik atak sırasında kişi, kalp krizinin eşiğinde olduğunu düşünmekte

ve bilişsel kaynakları kardiyak tepkilere ve krizi önlemeye yönelmektedir. Böyle bir durumda, kişi sınırlı bilişsel kaynaklarla hareket etmekte ve tehdidi geçiştirmeye odaklanmakta zorlanmaktadır. Normal şartlarda pek çok kişi için stres ve yoğun duygular etkili değerlendirme ve başa çıkma girişimlerinin devreye girmesi sayesinde geçici olmaktadır. Aksi durumda, Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunda belirtildiği gibi, benlik uyumsuzlukları çözümlene kadar olumsuz duygular devam etmektedir.

Model, bir örnek üzerinden daha iyi anlaşılabilir. Beklenmedik anlarda ortaya çıkan panik ataklar, kişilerin hayatlarının belli bir döneminde karşılaşılabilecekleri belirtilerdir. Diğer yandan, beden duyularına fazla odaklanarak onların yanlış şekilde değerlendirilmesi (BDOS'nin bir sonucu olarak işlevsel olmayan bilişsel tarzın ortaya çıkması) ve sonraki ataklar için endişelenmek (BDOS'nin bir sonucu olarak uzamış kaygılı duyguduruma odaklanmak) anksiyeteyi uzatmakta ve panik atak belirtilerini tetiklemektedir. Böyle bir durumda, kişinin daha ısrarlı bir şekilde kaygılı uyarılma hissetmesi ve tekrarlayan panik ataklar geçirmesi beklenmektedir (Wells, 2009). Bu yaşantıların süregitmesi, kişinin kontrol edilemezlik ve anksiyetenin olumsuz sonuçlarıyla ilgili inançlarını da pekiştirmektedir (Wells, 2009). Kişi, durumu başa çıkamaz ve tehlikeli olarak algıladığı için endişesinin zararlarına ilişkin inançları da güçlenmektedir.

Özetle, aslında sıradan bir fiziksel duyum olan kalp çarpıntısının (1.düzeyde yer alan bir uyarıcı/girdi), ikinci düzeyde Bilişsel Dikkat Odaklanması nedeniyle yanlış bir şekilde değerlendirilerek tehlikeli algılanması ve kişinin devamlı kalp çarpıntısıyla ilgili belirtileri izlemesi (tehdit izleme) anksiyeteyi sürdürmektedir. Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu, kişinin en üst sistemindeki endişesinin kontrol edilemeyeceğine ve kendisine zarar vereceğiyle ilgili düşünceler (üstbilişler) tarafından etkin hale gelmekte ve kontrol işleviyle olumsuz yaşantının sürmesine neden olmaktadır. Diğer yandan, bu yaşantılar kişinin üstbilişsel inançlarını da etkilemektedir. Özetle, kişinin, üst düzeyde ortaya çıkan endişesine yönelik olumlu/olumsuz üstbilişsel inançları, ikinci düzeyde BDOS'yi etkin hale getirmiş; BDOS'nin etkin olmasıyla girici ve tekrarlayıcı düşünceler ve durumla başa çıkmak için tehdit izleme gibi uyumsuz başa çıkma girişimleri ortaya çıkmıştır. Bu işleyiş, en alt düzeyde yer alan fiziksel uyarıcının (kalp çarpıntısı) yanlış olarak değerlendirilmesine ve olumsuz yaşantının sürdürülmesine neden olmuştur.

Özetle, çoklu etkileşimsel bağlantıların yer aldığı bu sistem bilişsel, üstbilişsel, duygusal ve davranışsal pek çok bileşeni ve onların birbiriyle olan ilişkisini bir arada ele almaktadır.

Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli, kendine odaklanmış dikkat, endişe ve ruminasyon, tehdit izleme ve işlevsel olmayan başa çıkma girişimlerini içine alan Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunu temel bir yapı taşı olarak içinde barındırmaktadır. Model, Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunun psikopatolojinin başlangıcı ve sürmesinde temel bir rol oynadığını ileri sürmektedir. Stresli durumlarda ortaya çıkan bu hatalı işleme süreçleri ve uyumsuz başa çıkma girişimlerinin kişinin normal işlevselliğine geri dönmesinde etkili olan bilişsel uyum süreçlerini bozduğu düşünülmektedir. Bir cümleyle toparlandığında, bir tehdit veya stres kaynağının varlığında, işlemlenin nesne düzeyinde gerçekleşmesi, Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunun etkinleşmesi, ortaya çıkan işlevsel olmayan başa çıkma mekanizmaları sonucunda psikolojik bozuklukların ortaya çıktığı ve sürdüğü ileri sürülmektedir.

Tüm bu kuramsal temellerden hareketle, Wells (2009) duygusal bozuklukların açıklanmasında üstbilişsel yaklaşımın özelliklerini 7 maddede özetlemiştir:

1-Anksiyete ve üzüntü, kendini düzenleme süreçlerindeki uyumsuzluğun ve iyi oluşa yönelik tehdidin temel içsel sinyalleridir.

2-Kişiler, tehdidi azaltmak ve bilişi kontrol etmek için çeşitli başa çıkma stratejilerine başvurduğundan bazı duyguların süresi normal olarak sınırlıdır.

3-Psikolojik bozukluklar, duygusal tepkilerin sürdürülmesinden ileri gelir.

4-Duygusal tepkilerin sürdürülmesi, kişinin düşünme biçimi ve stratejilerinden kaynaklanır.

5-Endişe/ruminasyon, tehdit izleme, yararsız düşünce kontrol stratejileri ve kaçınma gibi diğer davranışları içine alan Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu yararsız bir tarz olarak tüm bozukluklarda ortak olarak ortaya çıkar ve işlevsel öğrenme süreçlerini sekteye uğratır.

6-Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu, düşünceyi ve duygudurumu kontrol eden ve yorumlayan hatalı üstbilişsel inançların bir sonucu olarak ortaya çıkar.

7-Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu, çeşitli özgül mekanizmalar aracılığıyla olumsuz duygusal yaşantının uzamasına ve yoğunlaşmasına neden olur.

1.3.6. Üstbilişsel (Metakognitif) Terapi

Wells (1995), empirik çalışmalar ve klinik gözlemler neticesinde üstbilişsel terapiyi ortaya koymuştur. Üstbilişsel kuramda açıklanan Kendini Düzenleyici Yönetici İşlevler Modeli ve onun bir parçası olan Bilişsel Dikkat Sendromu terapide temel alınmıştır. Buna göre, tedavi sürecinde

olumsuz otomatik düşüncelerin içeriği veya şemalar yerine üstbilişsel düzeyde çalışılması gerektiği ileri sürülmektedir. Temel ilke, danışanın tehditler ve olumsuz düşünceler karşısında nasıl tepki vereceğini öğrenmesidir (Wells, 2008). Terapi sürecinde, üç noktada sağlanan değişimin iyileşme sürecine katkı sağlayacağı söylenmektedir. Birincisi, düşünce tarzlarında değişiklikler yani BDOS etkinliğinin (endişe, ruminasyon, tehdit izleme, uyumsuz başa çıkma girişimleri vb.) ortadan kaldırılması; ikincisi yanlış üstbilişsel inançlarda değişiklikler; üçüncüsü işleme süreçleri ve öznel yaşantıları yönlendirecek yeni işlemsel bilgilerin kazandırılması olarak özetlenmektedir (Wells, 2009: 22). Diğer bir deyişle, terapi sürecinde kişinin içsel yaşantılarına daha esnek ve mesafeli olarak nasıl yaklaşacağını öğrenmesi değişim süreci için önemli görülmektedir.

Terapi sürecinde, ikinci kuşakta yer alan klasik bilişsel-davranışçı yaklaşımlardan farklı olarak nesne düzeyinde (bilişler) değil üst düzeyde (üstbilişler) çalışılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bunu gerçekleştirmek için farklı tekniklerden yararlanıldığı görülmektedir. Dikkat eğitimi, üstbilişsel düzeyde sokratik sorgulama, yeni planların geliştirilmesi, üstbilişsel düzeyde kanıt arama ve düşüncelere mesafeli farkındalık gibi yöntemler dikkat çekmektedir (Wells, 2009).

Danışanı, nesne düzeyinden üstbilişsel işleme düzeyine çekmek için terapinin kullandığı temel tekniklerden biri “düşüncelere mesafeli farkındalık” (detached mindfulness) olarak belirtilmektedir (Wells ve Matthews, 1994). Bu kavram, temel olarak düşünce veya inançlarının farkında olmak ve benlik ile düşünce arasında ayrım yapmayı sağlayabilmek anlamını taşımaktadır. Danışana bu beceriyi kazandırmak amacıyla çeşitli yollar izlenmektedir. Örneğin, danışana “Düşüncelerine hiç dışarıdan bakmayı denedin mi?” gibi çeşitli sorular sorulabilmektedir (Wells, 2009: 83). Ayrıca, bu süreçte danışanların kavramasını kolaylaştıran farklı benzetmelere (metafor) yer verilmektedir. Örneğin, “Bulut” benzetmesinde, danışanlara bulutların dünyanın iklim sisteminin bir parçası olduğu, bulutları kontrol etmeye çalışmanın imkansız ve gereksiz olduğu, bulutların gökyüzünden zaman içinde gelip geçtikleri söylenerek düşüncelerin de bulutlara benzedikleri anlatılmaktadır (Wells, 2005).

Alanyazın gözden geçirildiğinde, üstbilişsel terapinin etkililiğiyle ilgili olarak pek çok çalışma göze çarpmaktadır. Normann ve diğerleri (2014), yaptıkları meta-analiz çalışmasında, üstbilişsel terapinin anksiyete ve depresyonun tedavisinde bekleme listesine ve bilişsel-davranışçı terapiye göre daha fazla yarar sağladığını göstermiştir. Bir başka çalışmada da benzer şekilde, üstbilişsel terapinin yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının tedavisinde bilişsel terapiden daha

etkili olduğu bulunmuştur (Nordahl vd., 2018). Yakın zamanda yapılan bir derleme çalışmasında, üstbilişsel terapinin özellikle anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili olduğuna dair çok sayıda çalışmanın mevcut olduğu vurgulanmıştır (McEvoy, 2019). Bunlara ek olarak, üstbilişsel terapinin depresif belirtilerin azalmasında ve iyilik halinin korunmasında etkili olduğu gösterilmiştir (Hjemdal vd., 2019).

Sonuç olarak, üstbilişsel terapi, bilişin çoklu düzeyleri arasındaki etkileşimi ele alan yaklaşımı, terapinin temel amaçları ve kendine özgü teknikleriyle klasik bilişsel-davranışçı terapilerden ayrılmaktadır. Alanyazın bulguları, terapinin etkililiğine dair çok sayıda veri sunmaktadır. Tüm bu bilgilerden hareketle, üstbilişsel terapinin üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapiler içerisinde yer alan kanıta dayalı bir psikoterapi biçimi olduğu ve alanyazında ilgi gördüğü söylenebilmektedir.

1.3.7. Bilişsel-Üstbilişsel Kuram Farkları ve ABC Modelinin AMC Olarak Yeniden Oluşturulması

1980'lerin sonunda ve 1990'ların başında dikkat yanlılığı ve endişe otomatik süreçler olarak görülmektedir. Aynı zamanda, duygudurum ve anksiyete bozuklukları düşünce tarzlarından ziyade olumsuz düşüncelerin içeriğine bağlanmaktadır. Bilişi merkeze alan Beck (1976)'in bilişsel kuramı gibi kuramlar bilişsel yanlılık ve işlevsel olmayan düşünceleri psikopatolojinin açıklanmasında temel olarak görmektedir. Bu düşünceler, kişinin dünyaya, sosyal ve fiziksel benliğe dair inançları olarak kabul edilmektedir ve üstbilişsel özellikten uzaktır. Diğer bir deyişle, bu düşüncelerin bir nesnesi mevcuttur. Düşüncelerin içeriği ön plandadır.

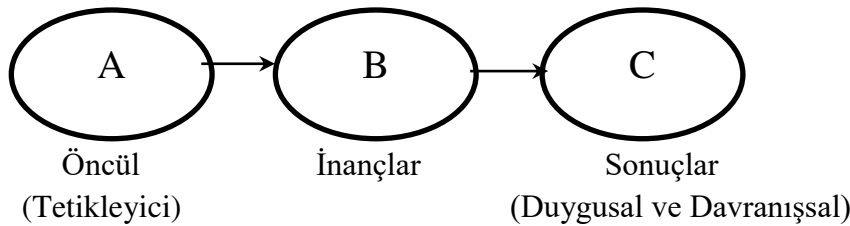
Bu açıklamaların aksine, üstbilişsel kuramın olgunlaşmaya başladığı bu zamanlarda Wells ve arkadaşları, dikkat yanlılığı ve endişenin kişinin tehdit değerlendirme ve tehditle başa çıkma sürecindeki bilinçli stratejilerine yakından bağlı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bunun yanı sıra, bir psikolojik bozukluğun ortaya çıkması ve sürmesinde düşünce tarzının ve kontrolünün düşünce içeriğinden daha önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir (Wells ve Matthews, 1994). Bir başka deyişle, üstbilişsel kuram insanların “ne” düşündüğü ile değil, “nasıl” düşündüğü ile ilgilenmektedir (Fisher ve Wells, 2009, s.5). Üstbilişsel yaklaşım, psikolojik bozuklukların ortaya çıkması ve sürmesinde düşünce süreçleri ve bu süreçler üzerindeki kontrolün düşünce içeriklerine göre daha merkezi bir rol oynadığını ileri sürmektedir (Hjemdal vd., 2013). Psikolojik bozuklukların sürmesinde düşünce içeriklerinin mi yoksa üstbilişsel inançların mı daha etkin rol oynadığını araştıran bazı çalışmalar, üstbilişsel inançların depresyon ve anksiyete belirtilerinin

yordanmasında bilişsel etmenlerden daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (Yılmaz, 2007; Hjemdal vd., 2013; Yılmaz vd., 2014)

Üstbilişsel kuram, bilişsel-davranışçı kuramlardan farklı olarak psikolojik sorunları otomatik işleme yanlılıklarından veya şemaların içeriklerinden ziyade kişilerin bilinçli stratejileriyle açıklamaktadır (Fisher ve Wells, 2009, s.7). Psikopatolojinin açıklanmasında dikkati temel bir süreç olarak ele almaktadır (Fisher ve Wells, 2009, s.12). Örneğin, duygusal Stroop testindeki dikkat yanlılıkları, şemaların veya otomatik süreçlerin etkinleşmesinden ziyade kişinin strateji seçimine atfedilmektedir (Fisher ve Wells, 2009, s.7). Psikolojik bozukluklarda da, kişi dikkatini tehdit kaynağına yönlendirmektedir (Fisher ve Wells, 2009, s.7). Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunun önemli bir ürünü olan tehdit izleme üzerinden iki kuramın farkı açıklandığında ayrım daha net bir şekilde görülebilmektedir. Özellikle şemaya dayanan bilişsel kuramlarda, tehdit izleme kişinin “Ben zayıfım” şeklindeki genel inançlarının otomatik bir işlevi olarak kabul edilmektedir. Diğer taraftan üstbilişsel kuram, tehdit izlemeyi dikkati kontrol eden üstbilişsel inançlarla açıklamaktadır. Bu nedenle üstbilişsel kurama dayalı terapilerde, düşünce içeriğinden ziyade dikkatin yönlendirilmesiyle ilgili girişimlerde bulunmaktadır (Fisher ve Wells, 2009, s.12).

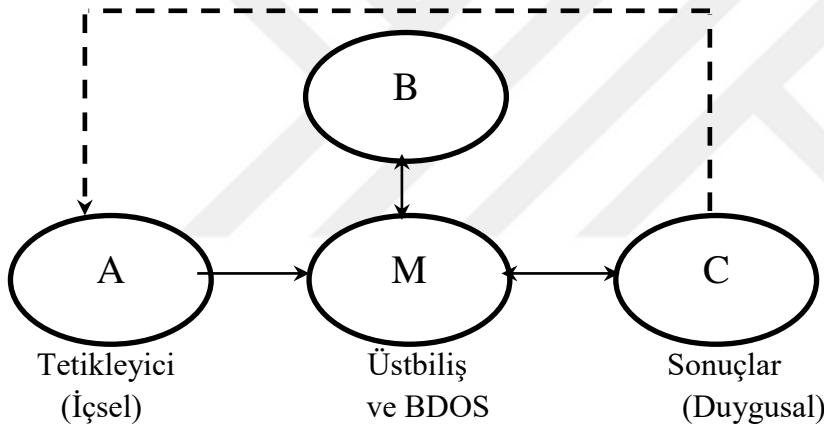
Üstbilişsel kuramla bilişsel kuramların farkı ABC modeli üzerinden daha net bir şekilde açıklanabilmektedir. Bilişsel Davranışçı terapilerde terapist olumsuz otomatik düşüncelere ve akılcı olmayan inançlara odaklanmaktayken üstbilişsel terapide kişinin inançlarını ortaya çıkaran düşünce tarzlarına olan tepkilerini ele almaktadır (Fisher ve Wells, 2009, s.13).

ABC modelinde aşağıdaki şekilde (Şekil 1.3.) gösterildiği üzere A, şemayı veya akılcı olmayan inancı ortaya çıkaran etkinleştirici olay; B ortaya çıkan akılcı olmayan inanç ve C de duygusal ve davranışsal sonuçlar olarak isimlendirilmektedir (Ellis, 1991). Wells (2000), psikolojik bozuklukları açıklayan bilişsel kuramların, sıradan olumsuz değerlendirme veya inançların nasıl dirençli olumsuz düşünce ve duygular haline geldiğini açıklamada yetersiz kaldığını ileri sürmektedir.



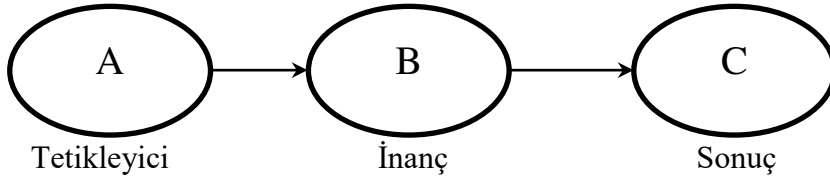
Şekil 1.3. ABC Modeli, (Wells, 2009).

Üstbilişsel kuram, ABC modelini yeniden ele alarak üstbilişsel inançları merkeze koymakta ve modeli AMC (Şekil 1.4) olarak isimlendirmektedir. Etkinleştirici olay (öncül), üstbilişsel modelde, dışsal bir olaydan ziyade üstbilişsel inançları harekete geçiren bir düşünce, inanç veya duygu olarak belirtilmektedir (Fisher ve Wells, 2009, s. 13). Üstbilişsel kuramda, olumsuz otomatik düşünceler bilişsel kuramdan farklı olarak işlevsel olmayan işleme tarzlarını tetikleyen içsel uyaranlar olduğu için önemli görülmektedir (Wells, 2009: 197). Modele eklenen (M), üstbilişsel inançları ve Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunu temsil etmektedir. Olumsuz değerlendirme ve inançların (B), üstbilişsel süreçlerden etkilendiği ve bu süreçler tarafından kullanıldığı söylenmektedir. Üstbilişsel inançların ve Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunun da duygusal sonuçlarla ilişki içinde olduğu görülmektedir (Wells, 2009). Bu modelden hareketle, üstbilişsel yönelimli bir terapistin karşısına gelen bir danışanın olaylarla ilgili inançlarından ziyade düşüncelerine ilişkin inançlarına odaklanması beklenmektedir (Fisher ve Wells, 2009 :14).



Şekil 1.4. AMC Modeli (Wells, 2009)

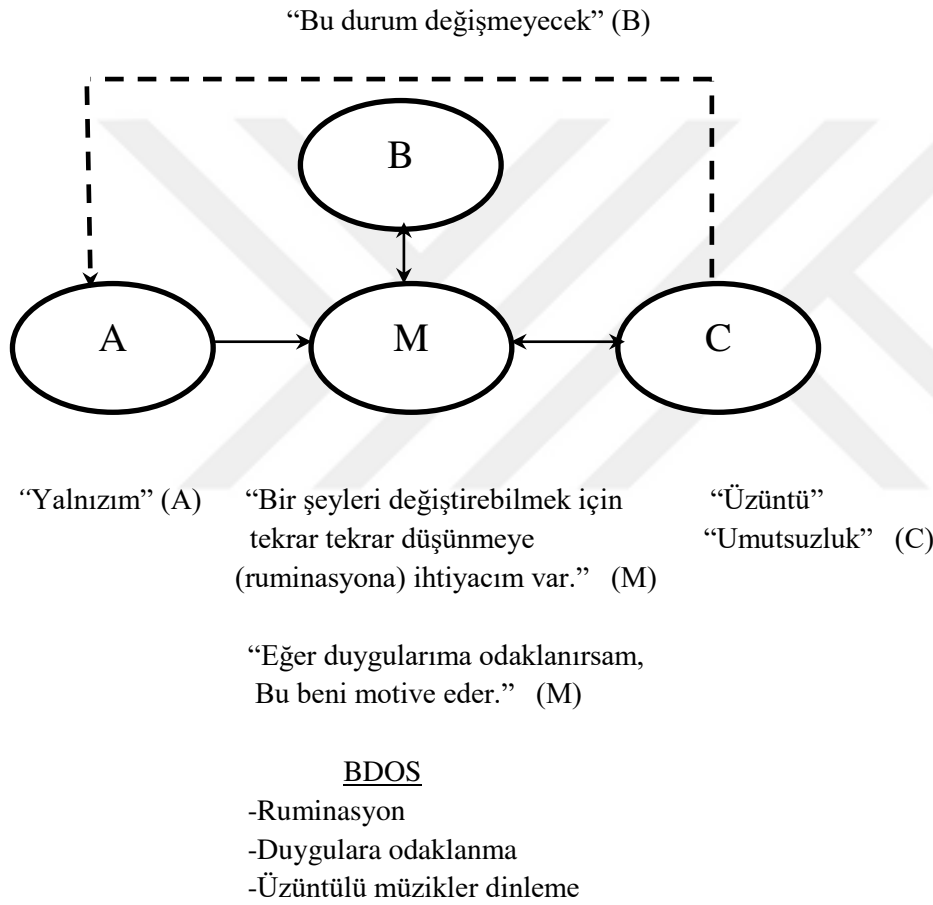
Wells (2009) tarafından verilen bir örnekle iki model arasındaki farklılıklar daha iyi açıklanabilmektedir. İki yıldır depresif belirtiler gösteren ve intihar düşünceleri olan 30 yaşındaki bir kadın hasta, yapılan değerlendirme sırasında yalnız olduğundan yakınmış ve düşüncelerinin bu durumun değişmeyeceğine odaklandığı görülmüştür. Bu vaka üzerinden ABC formülasyonu aşağıda belirtilen şekilde oluşturulmaktadır: (Şekil 1.5.)



“Yalnız olmak” “Bu durum değişmeyecek” “Üzüntü ve umutsuzluk”

Şekil 1.5. ABC Modelinin Örneklenmesi

Üstbilişsel açıdan yeniden ele alınan modelde ise, olgu aşağıdaki şekilde düzenlenmektedir (Şekil 1.6.)



Şekil 1.6. BMC Modelinin Örneklenmesi

Örnek üzerinden tekrar değerlendirildiğinde, klasik ABC modeli ile üstbilişsel kuramın öne sürdüğü BMC modeli arasındaki farklar belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır. ABC modelinde hedef, umutsuzlukla ilişkili inanç olan “Bu değişmeyecek” düşüncesi iken, BMC modelinde hedef, ısrarlı ve tekrarlayan üzüntü ve umutsuzlukla ilişkili görülen üstbilişler ve Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromudur. Ayrıca, bir diğer fark öncülde (A) kendini göstermektedir. ABC

modelinde A bir duruma karşılık gelirken, AMC modelinde A bir içsel tetikleyici olarak belirtilmektedir.

Özetle, üstbilişsel kuram, bilişsel kuramdan farklı olarak düşüncelerin içeriği ile değil kişilerin nasıl düşündükleriyle ilgilenmekte ve düşünce tarzlarının psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Bu kapsamda, yaygın olarak bilinen ve kullanılan ABC modelinde değişiklikler yapılarak hem psikolojik bozukluklarının sürmesindeki etkenler farklı bir yolla ortaya konulmakta hem de tedavi sürecinde de bilişsel kuramlardan farklı olarak odak noktasını değiştirmektedir.

1.3.8. Üstbilişsel Yaklaşım Göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Wells (1995, 1997) yaygın anksiyete bozukluğunun üstbilişsel mekanizmasını açıklarken endişeyi (worry) merkeze almaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğunda, aşırı ve kontrol edilemez endişe hali bozukluğun en temel özelliği olarak görülmektedir (Wells, 1995). Modelde, endişe sadece anksiyetenin belirtisel bir sonucu olarak değil, kişinin inançları tarafından yönlendirilen aktif bir değerlendirme ve tehditle başa çıkma tarzı olarak ele alınmaktadır (Wells, 2000: 158). Diğer bir deyişle, endişe beklenen tehlike ve tehditler karşısında bir başa çıkma aracı olarak kullanılmaktadır. Endişeyle ilgili işlevsel olmayan olumsuz inançların yaygın anksiyete bozukluğunun etiyolojisindeki temel taşlardan biri olduğu düşünülmektedir (Wells, 2005). Üstbilişsel model, bilişsel modelden dünyanın tehlikeli bir yer olduğuna ilişkin işlevsel olmayan inançlardan ziyade üstbilişlerin rolüne vurgu yaparak ayrılmaktadır (Wells, 2000: 158).

Modelde, Tip 1 ve Tip 2 olmak üzere iki tür endişeden bahsedilmektedir (Wells, 1997). Tip 1 endişe, dışsal olaylar ve bilişsel kaynaklı olmayan içsel olaylarla (örn: fiziksel belirtiler) ilişkilidir. Buna karşılık Tip 2 endişe, kişinin kendi düşünce süreçlerinin olumsuz değerlendirmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Wells, 2000). Diğer bir deyişle bu durum “endişe üzerine endişe” veya “üst-endişe” (meta-worry) olarak tanımlanmaktadır (Wells, 2000). Üst-endişe, endişenin doğası ve endişelenmenin sonuçlarına ilişkin olumsuz inançlarla yakından ilişkilidir. Kişilerin endişenin tehlikeli ve kontrol edilemez olduğuna ilişkin inançlarının yaygın anksiyetenin gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (Wells, 2005).

Şekil 1.7.’de görüldüğü üzere, endişe tetikleyici karşısında bir başa çıkma stratejisi olarak başlamaktadır. Bu tetikleyici, istenmeyen bir düşünce veya görüntü olabileceği gibi “Ya...” ile başlayan bir soru (örn: “Ya eşim trafik kazası geçirirse?”) da olabilmektedir (Wells, 2000). Tetikleyicinin ardından ortaya çıkan olumlu üstbilişsel inançlar, endişelenmenin faydalarına

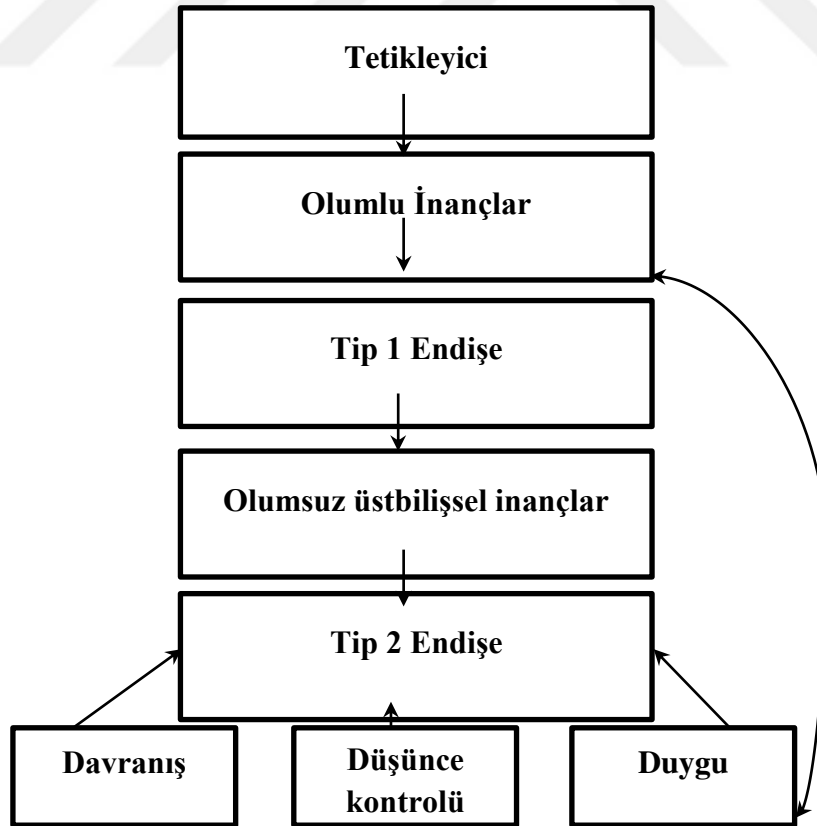
yönelik düşünceleri (“Endişelenmek beni hazırlar”; “Endişelenmek başa çıkmamı sağlar”) beraberinde getirmektedir. Bu aşamada her zaman bir sorun ortaya çıkmayabileceği, kişilerin endişelerinin tehlikeyi önlemede bir araç olabileceğine dair düşüncelerinin bir başa çıkma tarzı olarak belirebileceği ve bu endişelerin yaygın anksiyete bozukluğuna özgü olmadığı söylenmektedir (Wells, 2000; Wells, 2009). Tip 1 endişe sürecinde, duruma uygun bir başa çıkma tarzı edinildiğinde anksiyetenin azalacağı öngörülmektedir (Wells, 2009). Diğer taraftan, olumsuz inançların devreye girmesiyle yaygın anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmaya başladığı düşünülmektedir. Olumsuz üstbilişsel inançların belirmesiyle birlikte, kişi endişesini olumsuz olarak yorumlamaya başlamakta, endişesiyle ilgili endişelenmekte ve bu durum anksiyetesini artırmakta ve başa çıkamama hislerine neden olmaktadır (Wells, 2009). Kişilerin fiziksel ve psikososyal işlevselliğinde endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesine yönelik üstbilişsel inançlar ön plana çıkmaktadır (Fisher ve Wells, 2009).

Tip 2 endişenin ortaya çıkmasıyla kişi kontrolü kaybettiğine veya delireceğine ilişkin endişeler yaşamaktadır. Endişelenme ve beraberinde gelen belirtilerin felaketleştirilerek yorumlanması (örn: “Kalp krizi geçiriyorum”) durumunda anksiyete düzeyinde hızlı yükselmeler ve panik atak dönemleri görülebilmektedir (Wells, 2000; Wells, 2009). Tip 2 endişenin bir kere etkin hale gelmesiyle anksiyete ve diğer duygusal yanıtların yoğunlaştığı söylenmektedir (Wells, 2000).

Tip 2 endişe, sorunun sürdürülmesinde iki etmenle daha ilişkilidir: Davranışsal tepkiler ve düşünce kontrol stratejileri. Başa çıkma davranışları, kaçınma, dikkat dağıtma, alkol kullanımı gibi çeşitli davranışları içermektedir. Bunlar, endişeyi kontrol altına alma veya ondan kaçınma girişimleridir (Wells, 2005). Bu davranışlar, kişinin dış etmenler üzerinde kontrol kurmaya çalışmasına bağlı olarak kendini kontrol (self-control) süreçlerini bozarak olumsuz değerlendirmelerin ve endişeyle ilgili inançların sürdürülmesine yol açabilmektedir. Örneğin, bir kadın eşinin güvende olup olmadığından emin olmak için her gün belli saatlerde telefon ettiğinde endişesini yatıştırabilmektedir. Bu durumda, endişesinin kendi kontrolünde olduğunu keşfedemediği için endişenin kontrol edilememezliği ile ilgili inançları devam etmektedir (Wells, 2000). Bazı kişiler de endişelerini yatıştırmak için internette bilgi arama yoluna gidebilmektedir. Örneğin, kolunda bir leke gören kişinin internette bunun ne olabileceğine ilişkin bilgi araması anksiyetesini azaltmaya yönelik bir arayıştır. Diğer taraftan, karşısına çıkabilecek diğer tehlikeli olasılıklar da endişesini sürdürmeye yol açmaktadır. Kişi, istediği bilgiye ulaşarak endişesini yatıştırırsa bile, endişeyle başa çıkma konusunda kendi kontrolünün olduğunu öğrenememektedir (Wells, 2000).

Düşünce kontrol stratejileri ise, endişeyi bastırmaya yönelik girişimleri içermektedir. Bastırma, endişeyi ortaya çıkaran tetikleyici düşünceleri düşünmemeye çalışmak olarak tanımlanmaktadır. Bastırmanın etkili olmaması kontrol kaybıyla ilgili inançları güçlendirmektedir (Wells, 2000).

Modeli bir örnek üzerinden daha anlaşılır şekilde ele almak mümkündür. Örnekte ele alınan kişi, sosyal anksiyetesi olan ve kalabalık bir arkadaş grubuyla bir açılışa katılacak biridir. İlk aşamada tetikleyici kişinin durumla ilgili düşünceleridir (“Açılışa ne yapacağım?/Bu durumla nasıl başa çıkacağım?”). Kişinin durumla ilgili etkin olan olumlu üstbilişsel inançları “Endişelenmek kontrolü elimde tutmamı sağlar” şeklinde ortaya çıkabilir. Tip 1 endişe, açılışa gitmekle, orada olabilecek olumsuzluklarla ilgili endişeler olarak kendini gösterebilir. Olumsuz üstbilişsel inançlar, kişinin endişesini kontrol edemeyeceğine ve endişeleri yüzünden aklını kayıracağına yönelik düşüncelerini içerebilir. Beraberinde Tip 2 endişe “Kontrolümü kaybedeceğim”, “Kendime zarar vereceğim” şeklindeki düşüncelerle kendini gösterebilir. Son olarak bu kişi davranışsal olarak durumdan kaçınma, alkol alma gibi başa çıkma yollarına gidebilir; düşünce bastırma yoluyla endişe verici düşünceleri aklına getirmemeye çalışabilir ve duygusal olarak anksiyete ve gerilim hissedebilir (Wells, 2000).



Şekil 1.7. Üstbilişsel Modele Göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Özetle, herkesin endişe yaşamasının beklendiği olduğu, olumlu inançların ortaya çıktığı ve Tip 1 endişenin görüldüğü durumların her zaman yaygın anksiyeteye işaret etmediği söylenmektedir. Diğer yandan, özellikle endişenin kontrol edilemezliğine ve tehlikesine yönelik inançların ortaya çıkması (örn: Endişelenmek delirmeme sebep olacak) ve beraberinde Tip 2 endişenin (örn: Kontrolümü kaybedeceğim) kendini göstermesiyle yaygın anksiyete bozukluğunun temellerinin atıldığı belirtilmektedir. Kişi hem Tip 1 hem de Tip 2 endişe durumunda anksiyete ve gerilim hislerine kapılabilir. Bu süreçte, kişiler endişeyle başa çıkabilmek için davranışsal ve bilişsel olarak çeşitli başa çıkma yollarına gitmekte ancak bu yollar işe yaramadığı takdirde endişenin azalmasına değil tersine daha da artmasına sebep olmaktadır.

1.3.8.1. Üstbiliş ve anksiyete alanyazını

Alanyazın gözden geçirildiğinde, Wells (1997) tarafından yaygın anksiyete bozukluğunun üstbilişsel açıdan ele alınmasının ardından üst endişe, anksiyete ve üstbilişler arasındaki ilişkileri inceleyen pek çok çalışmaya rastlanmıştır. Çalışmalar, önce klinik olmayan örneklemdeki çalışmalar sonra klinik örneklemde yürütülen çalışmalar olacak şekilde derlenmiştir. Ayrıca, her bir bölümde önce ileriye yönelik, sonra kesitsel çalışmalara yer verilmiştir.

1.3.8.2. Klinik olmayan örneklemde yürütülen çalışmalar

Nordahl ve arkadaşları (2019b) tarafından yakın zamanda yapılan bir çalışmada, araştırmacılar hem kesitsel hem de boylamsal olarak üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyonu nasıl yordadığını incelemiştir. Çalışmanın kesitsel bölümünde uygulanan yapısal eşitlik modeli sonuçlarına göre, depresyon varyansının % 64'ünün ve sürekli (trety) anksiyete varyansının %83'ünün üstbilişsel inançlarla açıklandığı görülmüştür. Endişeyle ilgili olumlu inançların ve düşünceleri kontrol ihtiyacının ne anksiyete ne de depresyon için anlamlı bir yordayıcı olmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer taraftan, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların hem anksiyete hem de depresyon için varyansın büyük kısmını açıkladığı bildirilmiştir. Bilişsel güvensizliğin sadece depresyonun; bilişsel farkındalığın ise sadece anksiyetenin yordayıcısı olduğu söylenmiştir. Çalışmanın boylamsal tarafında, sürekli anksiyete ile üstbilişsel inançlar arasındaki potansiyel nedensel ilişkilerin incelenmesi amacıyla bir dizi hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Öncelikle ilk ölçümdeki üstbilişsel inançlar, ilk ölçümden iki ay sonra alınan anksiyete ve depresyon ölçümlerinin yordayıcıları olarak analize dahil edilmiştir. Sonuçlar, hem anksiyete hem de depresyon için endişeyle ilgili olumlu inançların ve kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ileriye yönelik birer yordayıcı olduğunu göstermiştir. Depresyon ve anksiyetenin yordayıcı olduğu ters modele göre ise, kontrol

edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların sürekli anksiyeteyi yordadığı görülmüş ve karşılıklı bir ilişki olabileceği ileri sürülmüştür. Diğer taraftan, endişeyle ilgili olumlu inançlar için bu karşılıklılık bulunmamıştır. Sonuç olarak, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve anksiyete arasındaki ilişkinin karşılıklı olabileceğine dikkat çekilmiştir.

Yakın zamanda yürütülen benzer bir çalışmada, araştırmacılar anksiyete ve paranoya belirtilerinin açıklanmasında kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz üstbilişsel inançların rolünü incelemiştir. Geniş bir örnekleme (N=2291) yürütülen çalışmada, bir yıl arayla iki ölçüm alınarak ileriye yönelik bir desen kurgulanmıştır. Yapısal eşitlik modellemesi sonuçları, olumsuz üstbilişsel inançların anksiyete belirtileriyle iki yönlü bir ilişki içerisinde olduğunu göstermiştir. Bir başka deyişle, olumsuz inançların ve anksiyetenin birbiri için sürdürücü niteliğinde olduğu söylenmiştir. Diğer yandan bu iki yönlü ilişki olumsuz inançlar ve paranoya için bulunmamış, olumsuz inançların tek yönlü olarak paranoya belirtilerini yordadığı bildirilmiştir (Sun vd., 2019). Bir önceki çalışmaya benzer olarak, bu çalışma da kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ile anksiyete arasındaki ilişkilerin karşılıklı olabileceğine dair alanyazına güncel bulgular sunmaktadır.

Yılmaz ve arkadaşları (2011) tarafından yürütülen bir çalışmada üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon belirtilerini yordayıp yordamadığı ileriye yönelik bir çalışma deseniyle ve yaşam olaylarının da etkisi değerlendirilerek incelenmiştir. Regresyon analizi sonucuna göre, olumsuz yaşam olaylarının kontrol edildiği durumda kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların anksiyete ve depresyon belirtilerini ileriye yönelik olarak yordadığı görülmüştür. Bir diğer sonuca göre, bilişsel güvensizlik boyutunun anksiyeteyi bağımsız olarak yordamadığı ancak gündelik sıkıntılarla etkileşiminin anksiyeteyi ileriye yönelik olarak yordadığı bulunmuştur. Bu bulgulardan hareketle, anksiyetenin ileriye yönelik olarak yordanmasında üstbilişsel inançların iki boyutunun rolü olduğu sonucuna varılmıştır.

İleriye yönelik olarak yürütülen bir başka çalışmada araştırmacılar üniversite öğrencisi olan örneklemden yedi ay içerisinde üç kez ölçüm alarak üstbilişsel inançların ve endişenin anksiyetenin yordanmasındaki rolünü incelemiştir. Sonuçlar, endişe (worry) düzeyinin kontrol edildiği durumda üstbilişsel inançların (ÜBÖ-30 toplam puan) anksiyetenin zaman içindeki yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Yapılan analizler, özellikle kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların anksiyetenin gelişmesinde önemli bir yordayıcı olduğunu ortaya çıkarmıştır (Ryum vd., 2017). Bu sonuç, üstbilişsel modelin anksiyetenin açıklanmasında kontrol

edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançları merkeze koyma öngörüsünü destekler niteliktedir.

Algılanan stres ve anksiyete arasındaki ilişkide olumsuz üstbilişsel inançların düzenleyici rolünün incelendiği bir çalışmada araştırmacılar üniversite öğrencilerinden üç ay arayla iki ölçüm alarak ileriye yönelik bir araştırma deseni kurgulamıştır. Sonuçlar, öncelikle kesitsel olarak üstbilişsel inançların yüksek olmasının, anksiyete ve algılanan stres düzeyinin yüksek olmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu ilişkinin kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar boyutunda en yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan, boylamsal olarak bakıldığında üstbilişsel inançların tek başına uzun süreli anksiyeteyi yordamadığı bulunmuştur. Bir başka sonuç olarak, olumsuz üstbilişsel inançların ileriye yönelik olarak anksiyeteyi yordamadığı ancak düzenleyici bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca, takip ölçümündeki yüksek anksiyete düzeyinin ve yüksek algılanan stres düzeyinin olumsuz üstbilişsel inançların da yüksek olması durumunda ortaya çıktığı bildirilmiş ve düzenleyici bir etkiden söz edilmiştir (Ramos-Cejudo ve Salguero, 2017). Bu araştırmanın sonuçları, ileriye yönelik olarak üstbilişsel inançların anksiyete belirtilerini bağımsız olarak yordamadığını bildirmesi açısından dikkat çekmektedir.

İleriye yönelik olarak kurgulanan bir başka çalışmada, araştırmacılar üniversite öğrencisi olan örneklemden dört hafta arayla ölçüm alarak olumlu inançların stres ve endişe arasında düzenleyici bir rolü olup olmadığı incelemiştir. Regresyon analizi sonuçları, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların ileriye yönelik olarak endişenin bağımsız yordayıcıları olmadığını göstermiştir. Diğer taraftan, etkileşimsel ilişkiler gözden geçirildiğinde olumlu inançların endişenin yordanmasında düzenleyici bir role sahip olduğu bulunmuştur. Bir başka deyişle, stresli bir olay yaşayan ve yüksek olumlu üstbilişsel inançlara sahip kişilerin daha fazla endişe deneyimlediği söylemiştir (Iijima ve Tanno, 2013). Bu çalışma da, bir önceki çalışmaya benzer olarak ileriye yönelik olarak üstbilişsel inançların anksiyete üzerinde bağımsız yordayıcılığının olmadığını göstermektedir.

Bir başka çalışmada araştırmacılar, üstbilişsel inançlar, endişe, obsesif-kompulsif belirtiler ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkileri ileriye yönelik olarak mercek altına almıştır. Üniversite öğrencilerinden dört ay arayla alınan ölçüm sonuçları analiz edildiğinde, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların takip ölçümündeki endişenin ve obsesif belirtilerin yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Ayrıca, takip ölçümündeki işlevsel olmayan başa çıkma tarzları ile birinci ölçümdeki olumlu inançların ve bilişsel farkındalığın ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Diğer bir deyişle, üstbilişsel inançların yüksek olmasının daha fazla işlevsel olmayan başa çıkma

tarzıyla ilişkili olduğu söylenmiştir. (Sica vd., 2007). Çalışma, başa çıkma tarzlarını da ele alması bakımından önemli görülmektedir.

Sağlık alanında yürütülen bir çalışmada, araştırmacılar meme veya prostat kanseri tanısı almış katılımcıların anksiyete, depresyon ve travma belirtileri ile üstbilişsel inançları arasındaki ilişkiyi ileriye yönelik şekilde ele almıştır. İki ölçüm alınarak verileri elde edilen çalışmada, ilk ölçüm tedavi öncesi alınırken ikinci ölçüm tedavinin başlamasından 1 yıl sonra alınmıştır. Regresyon analizi sonuçları, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ve bilişsel güvensizliğin takip ölçümündeki anksiyete, depresyon ve travma belirtilerini yordadığını göstermiştir. Kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların her üç belirti grubunda da en yüksek katkıyı yaptığı sonucuna varılmıştır. Diğer taraftan, birinci ölçüm zamanındaki stres düzeyinin kontrol edildiği durumda yapılan analizler sonucunda sadece bilişsel güvensizliğin anksiyete ve depresyonun ileriye yönelik yordayıcısı olduğu dikkat çekmiştir. Ayrıca, üstbilişsel inançların anksiyete, depresyon ve travma belirtileri varyansına kanserle ilgili olumsuz düşüncelerden daha fazla katkı yaptığı bildirilmiştir (Cook vd., 2015). Sonuç olarak, ileriye yönelik yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada anksiyetenin yordanmasında bilişsel güvensizliğin ön plana çıktığı görülmüştür.

Kesitsel çalışmalara gelindiğinde, konuyla ilgili yapılan ilk çalışmalardan birinde Wells ve Carter (1999), yaygın anksiyete bozukluğunda endişenin olumsuz değerlendirilmesinin yani üst-endişenin (meta-worry) patolojik endişeyle olan ilişkisini ele almak için bir çalışma ortaya koymuştur. Yaygın anksiyete bozukluğunun bilişsel olarak yeniden ele alınmasını sağlayan ve üniversite öğrencileriyle yürütülen bu çalışmanın sonuçları, katılımcıların endişeyle ilgili sorun düzeylerine 100 üzerinden verdikleri puanların (“Ne kadar endişe sizin için sorun yaratır?”) sadece üst endişe ve patolojik endişe tarafından yordandığını göstermiştir. Patolojik endişenin sürekli anksiyete ve tip 1 endişeden bağımsız olarak üst endişe ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

Benzer bir çalışmada Wells (2005), üst endişeyi yaygın anksiyete ve somatik anksiyete belirtileriyle karşılaştırmalı olarak incelemiştir. Sonuçlar, yaygın anksiyetesi olan kişilerin üst endişelerinin somatik anksiyetesi olan veya anksiyete belirtisi göstermeyen kişilere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, üst endişenin yaygın anksiyete bozukluğu grubunu somatik anksiyeteden ve anksiyetesi olmayan gruptan ayırt ettiği bulunmuştur.

Yakın zamanda yapılan kesitsel bir çalışmada, araştırmacılar duygusal tepkisellik ve anksiyete arasındaki ilişkide üstbilişsel inançların düzenleyici rolünü incelemiştir. Katılımcılarda

olumsuz duyguları uyandırmak için üzerinde uçak kazası, bıçak, kan gibi görsellerin yer aldığı kartlar gösterilmiştir. Bu uygulamadan önce ve sonra katılımcıların duygusal tepkisellikleri değerlendirilmiştir. Üstbilişle ilgili ölçümler manüplasyondan önce alınmıştır. Sonuçlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili üstbilişsel inançların yüksek olması durumunda duygusal tepkisellik ve anksiyete arasındaki ilişkinin güçlendiğini göstermiştir. Diğer taraftan, olumsuz üstbilişsel inançların düşük olduğu durumda ve olumlu üstbilişsel inançlar için aynı düzenleyici etki elde edilmemiştir. Bu durumda, olumsuz üstbilişsel inançların yüksek olması durumunda duygusal tepkiselliğin anksiyete düzeyini yükselttiği sonucuna varılmıştır (Clauss vd., 2019).

Nordahl ve diğerleri (2019a), yaptıkları çalışmada ortak psikopatolojik mekanizmaların açıklanmasında ortak bir üstbilişsel model test etmişlerdir. Model, psikopatoloji (depresyon, yaygın anksiyete, sosyal anksiyete) belirtileriyle üstbilişsel inançların ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Yapısal eşitlik modellemesi sonuçlarına göre, öncelikle üstbilişsel inançların tüm alt boyutları ve dikkat kontrolü psikopatoloji belirtileriyle ilişkili bulunmuştur. Diğer bir deyişle, üstbilişsel inançlar arttıkça ve dikkat kontrol kapasitesi azaldıkça psikopatoloji belirtileri de artış göstermektedir. Psikopatoloji belirtileriyle en güçlü ilişki kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında bulunmuştur. Üstbilişsel inançların ve dikkat kontrol etmeninin birlikte depresyon, sosyal anksiyete ve yaygın anksiyete belirtilerinden oluşan psikopatolojik belirti varyansının %93'ünü açıkladığı görülmüştür. Üstbilişsel inançların varyansa en yüksek katkıyı sağladığı dikkat çekmiştir. Sonuç olarak, psikolojik bozuklukların açıklanmasında kuramın öngördüğü gibi temel bir modelin desteklendiği görülmüştür.

Bir başka çalışmada, üstbilişsel inançlar, duygu düzenleme sorunları, endişe ve yaygın anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Üniversite öğrencisi olmayan normal bir örneklem üzerinde yürütülen çalışmada, öncelikle yüksek üstbilişsel inançların daha fazla duygu düzenleme sorunlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Üstbilişsel inançlar, duygu düzenleme sorunları, endişe ve yaygın anksiyete bozukluğunun duygusal belirtileri arasındaki ilişkileri ele alan yapısal eşitlik modellemesi sonuçları, duygu düzenleme sorunlarının kontrol edildiği durumda üstbilişsel inançların patolojik endişe ve yaygın anksiyetenin duygusal belirtileri üzerinde bağımsız bir etkisinin olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan, üstbilişsel inançların kontrol edildiği durumda duygu düzenleme sorunlarının patolojik endişe üzerinde bağımsız bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu durumda araştırmacılar, üstbilişsel kuramın öngördüğü şekilde (Wells, 2000) yaygın anksiyete bozukluğunda endişe ve duygusal belirtilerin

yordanmasında üstbilişsel inançların nedensel bir etkisinin olabileceğini ileri sürmüştür (Salguero vd., 2019).

Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada, üstbilişsel inançların ve dikkatin kontrolünün durumluk anksiyetenin yordayıcısı olup olmadığı incelenmiştir. Ölçümler, öğrencilerin stresli olarak varsayıldığı dönem sonu sınavlarının üç hafta öncesinde alınmıştır. Olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacının durumluk anksiyete ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Regresyon analizleri sonucunda ise, üstbilişsel faktörlerden sadece kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların durumluk anksiyetenin yordayıcısı olduğu görülmüştür (Spada vd., 2010). Diğer çalışmalarla benzer olarak, anksiyetenin yordanmasında olumsuz inançların ön plana çıktığı görülmüş ancak stresli bir dönemde ölçüm alınmasına karşın bunun etkileriyle ilgili bir ölçüm yapılmamıştır.

Nordahl ve Wells (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, psikolojik incinebilirliğin (vulnerability), psikopatoloji tanısıyla mı yoksa üstbilişsel inançlarla mı daha iyi açıklandığı incelenmiştir. Psikolojik incinebilirlik, çalışmada sürekli (treit) anksiyete olarak ele alınmış ve Sürekli Kaygı Envanteri ile değerlendirilmiştir. Regresyon analizleri sonucunda, tanı konmuş bir psikopatolojinin kontrol edildiği durumda üstbilişsel inançların (olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı) anksiyeteyi yordadığı görülmüştür. Regresyon analizinin ilk basamağında kontrol değişkenleri yaş ve cinsiyetin yanı sıra tanı konmuş psikopatolojinin anksiyete varyansının %9'unu açıkladığı ancak ikinci basamakta üstbilişsel inançların analize dahil edilmesiyle açıklanan varyansın %45'e yükseldiği bulunmuştur. Sonuç olarak, psikolojik incinebilirliğin kişinin tanı alıp almamasından ziyade, üstbilişsel inançlarla daha iyi açıklandığı görülmüştür.

Üniversite öğrencileriyle yürütülen kesitsel bir çalışmada, anksiyetenin ve obsesif-kompulsif belirtilerin üstbilişsel yordayıcıları incelenmiştir. Regresyon analizi sonuçları, ölçülen sürekli (treit) anksiyetenin bilişsel güvensizlik ve olumsuz inançlar tarafından yordandığını göstermiştir. Ayrıca, çalışmanın hipotezleri doğrultusunda yapılan aracılık analizi sonucunda, obsesif-kompulsif belirtilerle anksiyete arasındaki ilişkiye üstbiliş toplam puanının tam aracılık ettiği bulunmuştur (Irak ve Tosun, 2008). Sonuçlar, üstbilişsel modeli destekler niteliktedir. Anksiyete belirtilerinin açıklanmasında olumsuz inançların yanında bilişsel güvensizliğin de etkili olduğu dikkat çekmiştir.

Davis ve Valentiner (2000), üstbilişsel kuram çerçevesinde anksiyete ve patolojik endişeyi mercek altına almışlardır. Sonuçlar, sürekli endişe ve sürekli anksiyetenin kontrol edildiği

durumda üstbilişsel inançlardan sadece bilişsel güvensizlik boyutunun anksiyetenin yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Ayrıca, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların yaygın anksiyete belirtileri gösteren ve göstermeyen katılımcıları ayırt edebildiği bulunmuştur. Sonuçlar, Wells (1997) tarafından ileri sürülen yaygın anksiyete modelinin desteklendiğini göstermiştir.

Bir başka çalışmada araştırmacılar sağlıklı üniversite öğrencisi örnekleminde olumsuz çocukluk yaşantıları, üstbiliş, ruminasyon, depresyon ve endişe arasındaki ilişkileri incelemiştir. Araştırmacılar, psikiyatrik değerlendirme yaparak örneklemin herhangi bir psikopatolojiye sahip olmadığından emin olmuştur. Sonuçlar, olumsuz çocukluk yaşantılarına maruz kalan grupta ruminasyonla ilgili hem olumlu hem de olumsuz inanışların daha yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir. Ayrıca, daha fazla olumsuz çocukluk yaşantılarına maruz kalmış olmanın daha yüksek kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, bilişsel farkındalık, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve üstbiliş toplam puanıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar, bulgulardan hareketle henüz bir psikopatolojiye sahip olunmasa da, yüksek üstbilişsel inançların stresli yaşam olayları durumunda psikopatoloji gelişmesi açısından bir risk etmeni olabileceğini ileri sürmüştür (Gündüz vd., 2019).

Sağlık alanında yürütülen bir diğer çalışmada, araştırmacılar epilepsi hastalarında duygusal stres, hastalık algısı ve üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkileri incelemiştir. Hiyerarşik regresyon analizleri sonucunda, demografik değişkenlerin, epilepsiyle ilgili değişkenlerin (tanı konma yaşı, ataklara ilişkin kaygı vs) ve hastalığa ilişkin algının kontrol edildiği durumda kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inanışların hem anksiyete hem depresyon düzeyini; bilişsel güvensizlik, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarının ise sadece depresyon düzeyini yordadığı bulunmuştur (Fisher vd., 2018). Sonuç olarak, hastalıkla ilgili değişkenlerden ziyade üstbilişsel inançların hem anksiyete hem de depresyonun yordanmasında daha etkili olduğu görülmüştür.

Klinik olmayan örnekleimde yürütülen anksiyete ve üstbiliş ilişkisini inceleyen çalışmalar gözden geçirildiğinde, genel olarak kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların anksiyete belirtilerinin hem kesitsel hem de ileriye yönelik bir yordayıcısı olduğu dikkat çekmiştir. Bu durum, üstbilişsel kuramın öngörülerıyla de tutarlı görünmektedir. Ayrıca, yakın zamanda yapılan iki çalışma, üstbilişsel inançlar ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkileri iki yönlü olarak ele almayı amaçlamıştır (Nordahl vd., 2019b; Sun vd., 2019). Her iki çalışmada da, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve anksiyete arasında karşılıklı bir ilişkinin olabileceği sonucuna varılmıştır. Bu anlamda, alanyazında üstbiliş ve anksiyete-

depresyon arasındaki karşılıklı ilişkilerin incelenmesine yönelik çalışmaların yaygınlaşmaya başladığı düşünülmüştür.

1.3.8.3. Klinik örnekleme yürütülen çalışmalar

Thielsch ve diğerleri (2015), yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış hastaları bir hafta boyunca izleyerek üstbilişsel inançlar, endişe ve uyku kaliteleri arasındaki ilişkileri değerlendirmiştir. Bir hafta boyunca katılımcılar günde dört kere ölçüm almışlardır. Yapısal eşitlik modellemesi sonuçlarına göre, olumsuz üstbilişsel inançlar ve endişe arasında tek yönlü; endişe ve uyku kalitesi arasında çift yönlü bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, olumsuz üstbilişsel inançların yüksek olmasının daha yüksek endişe düzeyleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma, yalnızca bir haftalık ölçümlere dayanmasına karşın, alanyazında üstbilişsel inançlar ve endişe arasındaki ilişkiyi ilk inceleyen çalışmalardan biri olarak dikkat çekmektedir.

Bir başka çalışmada, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk ve majör depresyon hasta grupları ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kontrol grubu üstbilişsel inançlar açısından incelenmiştir. Her bir hasta grubunda ve kontrol grubunda 24 kişi yer almıştır. Sonuçlar, yaygın anksiyete bozukluğu grubunun kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar bakımından diğer hasta gruplarından ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığını göstermiştir. Olumlu üstbilişsel inançlar bakımından ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya konmuştur. Ayrıca, yaygın anksiyete bozukluğu grubunda diğer gruplardan farklı olarak Tip 2 anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Wells ve Carter, 2001). Sonuç olarak, yaygın anksiyete bozukluğunda kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ayırıcı bir özelliği olabileceği düşünülmüştür.

Yakın zamanda yürütülen bir çalışmada araştırmacılar, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış grupla sağlıklı kontrol grubunu üstbilişsel inançlar ve duygu tanıma becerileri üzerinden karşılaştırmıştır. Üç grup karşılaştırıldığında, sağlıklı kontrol grubunun tanı almış iki gruba göre olumlu üstbilişsel inançlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ise panik bozukluk grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu alt boyutun, yaygın anksiyete bozukluğu ve sağlıklı kontrol grubunda farklılık göstermediği bildirilmiştir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutunun hasta gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan analizler sonucunda, olumlu üstbilişsel inançların negatif yönde; kontrol edilemezlik ve tehlike ile düşünceleri kontrol ihtiyacının pozitif yönde psikiyatrik bozukluğu yordadığı

bulunmuştur. Diğer bir deyişle, olumlu üstbilişsel inançların yüksek olması durumunda daha az psikiyatrik rahatsızlığın ortaya çıkacağı; kontrol edilemezlik ve tehlike ile düşünceleri kontrol ihtiyacıyla ilgili olumsuz inançların daha fazla psikiyatrik rahatsızlıkla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Aydın vd., 2019). Endişeyle ilgili olumlu üstbilişsel inançların alanyazında genellikle anksiyete belirtileriyle pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın bulguları bu açıdan farklılaşmaktadır.

Bir başka çalışmada, araştırmacılar panik bozukluk tanısı almış kişilerin üstbilişsel inançlarını incelemiştir. Panik bozukluk tanısı almış 84 kişi ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 65 kişinin katıldığı çalışma sonuçlarına göre, panik bozukluk grubunun kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve üstbiliş toplam puanında kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Ayrıca katılımcıların anksiyete düzeyleri ile kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve üstbiliş toplam puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki grubunda üstbilişsel inançların daha yüksek olduğu görülmüştür.

Barahmand (2009), farklı psikiyatrik bozukluklarda üstbilişsel inançların nasıl değiştiğini göstermeyi amaçlamıştır. Her grupta 60 kişi olmak üzere yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve depresif bozukluk tanısı almış 180 hasta ve 60 kişilik kontrol grubuyla çalışma yürütülmüştür. Sonuçlar, öncelikle üstbilişsel inançların kontrol grubuna göre her bir hasta grubunda daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, yaygın anksiyete bozukluğunda kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ve bilişsel güvensizliğin ön plana çıktığını buna karşın obsesif-kompulsif grupta bilişsel farkındalığın ön plana çıktığını göstermiştir. Depresif grupta ise, endişeyle ilgili olumlu inançların obsesif-kompulsif gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, yaygın anksiyete bozukluğu grubunda diğer çalışmalara paralel şekilde kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ve bilişsel güvensizliğin ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca, farklı tanımlar arasında üstbilişsel inançlar bakımından da farklılıklar olduğu dikkat çekmiştir.

Dragan ve Dragan (2014), çalışmalarında mizaç ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkide üstbilişsel inançların aracı rolünü incelemiştir. Anksiyete bozukluğu tanısı almış 216 kişilik bir örneklem üzerinde yürütülen araştırmada duygusal tepkisellik, perseverasyon ve hareketlilik mizaç özelliklerini ele alarak yapısal eşitlik modellemesi yapılmıştır. Analiz sonuçları, her üç mizaç özelliği ve anksiyete arasındaki ilişkiye üstbilişsel inançların tam aracılık ettiğini göstermiştir. Ayrıca, duygusal tepkiselliğin olumsuz inançlarla, perseverasyonun ise hem olumlu

inançlar hem de olumsuz inançlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Mizaç-anksiyete ilişkisinde üstbilişsel inançların etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerle yürütülen bir çalışmada araştırmacılar bu kişilerdeki depresif belirtilerde üstbilişsel inançların rolünü incelemiştir. Regresyon analizi sonuçları, sosyal anksiyetesi olan kişilerin kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlarının ve bilişsel güvensizliklerinin yüksek olması durumunda daha fazla depresif belirti yaşadığını göstermiştir. Üstbilişsel inançların analize dahil olmasıyla depresif belirtilerin varyansının %35'inin açıklandığı, sosyal fobiye dair inançlar, kaçınma, olumsuz değerlendirilme korkusu gibi değişkenlerin bağımsız yordayıcılıklarının olmadığı dikkat çekmiştir (Nordahl vd., 2018). Sonuç olarak, üstbilişsel inançların sosyal anksiyete bozukluğundaki depresif belirtilerin açıklanmasında, bilişsel değişkenler ve kaçınma gibi işlevsel olmayan bir başa çıkma tarzından daha etkili olduğu görülmüştür. Bu çalışma, bir anksiyete bozukluğundaki depresif belirtileri ele alması açısından önemlidir.

Görgü (2014) yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında, anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerle tanı almayan kontrol grubunu üstbilişsel inançlar açısından karşılaştırmıştır. Sonuçlar, anksiyete bozukluğu grubunun ÜBÖ-30 ölçeğinin hem toplam puanı hem de tüm alt boyutları açısından kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldığını ortaya koymuştur. Bu durum, anksiyete bozukluğu olan kişilerin daha fazla işlevsel olmayan üstbilişsel inançlara sahip olduğunu ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilere göre farklılık gösterdiğine işaret etmektedir. Ayrıca, regresyon analizi sonuçlarına göre, anksiyete bozukluğu olan grupta patolojik endişe, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar tarafından yordanmaktadır. Sonuç olarak, diğer çalışmalara benzer şekilde hasta grubunun üstbilişsel inançlar bakımından sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür.

Köseoğlu (2013), uzmanlık tezi kapsamında yürütmüş olduğu çalışmasında majör depresif bozukluk ve panik bozukluk hasta gruplarıyla sağlıklı kontrol grubunu üstbilişsel inançlar açısından karşılaştırmıştır. Sonuçlar, hem panik bozukluk hem de depresyon grubunun kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar alt boyutunda kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığını göstermiştir. Ayrıca, panik bozukluk hastalarının bilişsel farkındalık; depresyon hastalarının bilişsel güvensizlik alt boyutlarında sağlıklı kontrol grubundan farklılaştığı bulunmuştur.

Bir başka uzmanlık tezi çalışmasında, araştırmacı panik bozukluk tanısı almış kişilerle panik bozukluğun yanı sıra depresyon eş tanısı da olan kişileri üstbilişsel inançlar bakımından

karşılaştırmıştır. Sonuçlar, depresyon eş tanısı olan grubun üstbiliş toplam puanı, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında depresif belirtileri olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığını göstermiştir (Çipil, 2018).

Klinik örnekleme yürütülen anksiyete ve üstbiliş ilişkisini inceleyen çalışmalar gözden geçirildiğinde, genel olarak çalışmaların farklı tanı gruplarının karşılaştırılmasına dayandığı görülmektedir (örn: Barahmand, 2009; Köseoğlu, 2013). Bu araştırmaların tamamında, klinik grupların üstbilişsel inançlarının normal örneklem grubuna göre daha yüksek olduğu sonucuna varıldığı dikkat çekmektedir. Ayrıca, ileriye yönelik olarak yapılan çok az sayıda çalışmanın olduğu göze çarpmaktadır (örn: Thielsch, 2015). Thielsch ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışma, üstbilişsel inançlar ve anksiyete arasındaki ilişkileri karşılıklı olarak ele alması açısından dikkat çekmiştir ancak bu çalışmada sadece bir hafta devam eden bir ölçüm söz konusudur. Diğer yandan, klinik olmayan örnekleme ve depresif belirtiler ile üstbilişsel inançların incelenmesinde karşılaşıldığı üzere (örn: Kraft vd., 2019; Nordahl vd., 2019; Sun vd., 2019) karşılıklı ilişkileri inceleyen çalışmaların son zamanlarda dikkat çekmeye başladığı görülmüştür. Sonuç olarak, klinik örnekleme ileriye yönelik ve karşılıklı ilişkiler ele alarak yürütülen daha fazla üstbiliş çalışmasına ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

1.3.9. Üstbilişsel Yaklaşım Göre Depresyon

Wells ve Matthews (1994), Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modelini ve beraberinde Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunu temel alarak diğer psikolojik bozukluklar gibi depresyonun üstbilişsel açıklamasını yapmaya çalışmışlardır. Bu bağlamda, depresyonun ortaya çıkması ve sürmesinden sorumlu olan Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromunun ruminasyon tarafından tetiklendiğini ileri sürmüşlerdir (Wells, 2009: 198). Bir tanıma göre ruminasyon, kişinin hisleri ve sorunları üzerine tekrarlı olarak sürdürdüğü bir düşünce süreci olarak belirtilmektedir (Nolen-Hoeksema vd., 2008). Nolen-Hoeksema (1991) tarafından depresif ruminasyonun açıklanması üzerine geliştirilen Tepki Tarzları Kuramı'na göre ruminasyon, kişilerin tekrarlı bir şekilde depresif yakınmalarına, bu yakınmaların sebep ve sonuçlarına yoğunlaşması anlamına gelmektedir.

Üstbilişsel modele göre depresyon, bilişsel kontrolü ve kendini düzenleme süreçlerini bozduğu düşünülen ruminasyon gibi başa çıkma tarzlarının sürdürücü etkileriyle kendini göstermektedir (Wells ve Matthews, 1994: 217). Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu'nda ruminasyon gibi tekrarlayıcı olumsuz düşünce biçimlerinin stresle başa çıkma girişimi olarak

kullanıldığı ve psikolojik bozuklukların sürmesinde etkili olduğunu ileri sürülmektedir. Buna göre kişiler, stresli durumlarda veya tehdit karşısında başa çıkma yöntemi olarak kaçınmayı veya durum üzerinde tekrarlayıcı şekilde düşünmeyi kullanmaktadır (Capobianco vd., 2018).

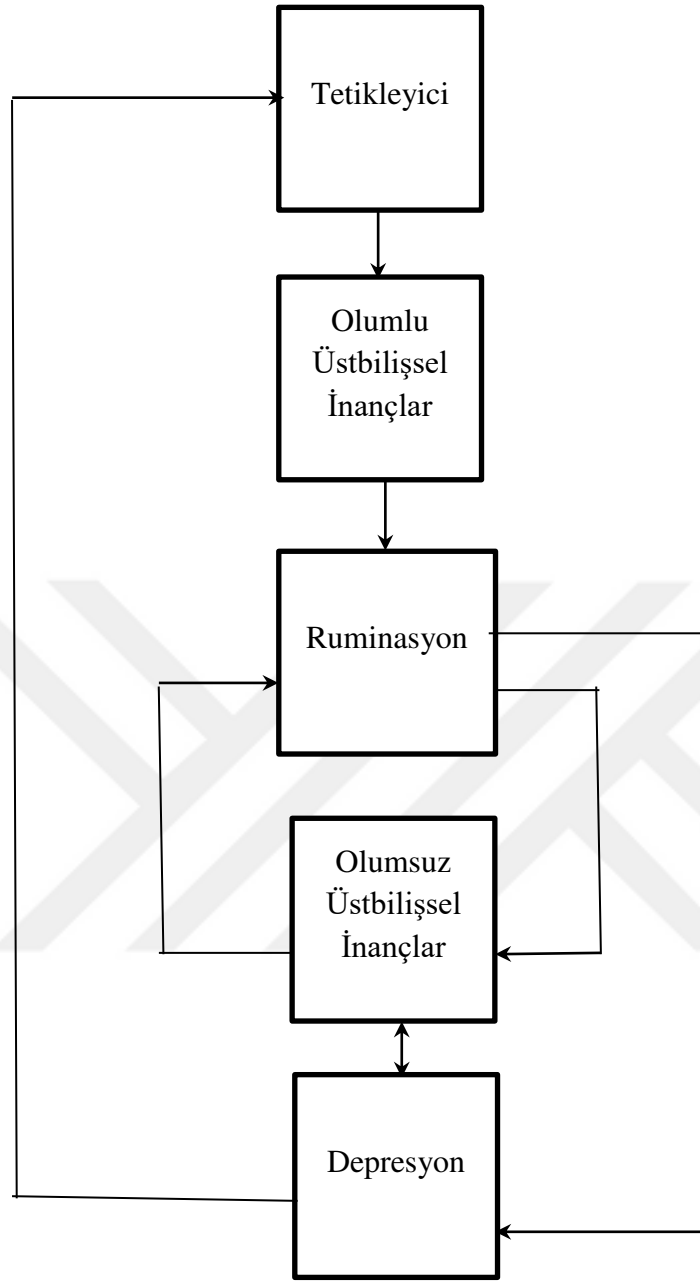
Üstbilişsel kuramın temel öngörülerinden hareketle Papageorgiou ve Wells (2001), ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların depresyonla olan ilişkisini ortaya koymuştur. Bununla ilgili olarak yürüttükleri ilk çalışmada, depresif kişilerin ruminasyonla ilgili olarak olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışlarının olduğunu ve bunların depresyonun ortaya çıkması ve sürmesinde önemli rol oynadığını bulmuşlardır. Bu çalışmanın ardından Papageorgiou ve Wells (2003), depresyonun üstbilişsel modelini ilk şekliyle ortaya koymuştur. Hem depresif hasta grubu hem de normal örneklem üzerinde yürütülen çalışmada, kesitsel olarak ruminasyon, üstbilişsel inançlar ve depresyon arasındaki ilişkiler mercek altına alınmıştır. Ruminasyonun gerekliliğine ve yararlarına yönelik olumlu üstbilişsel inançların ruminatif etkinliğin devam etmesi yönünde kişileri güdülediği ileri sürülmüştür. Örneğin, depresif bir kişinin “Tekrar tekrar düşünmek (ruminasyon) geçmişteki hatalarımı ortaya çıkarmak için bana faydalı oluyor” şeklindeki düşüncelerinin kişinin bu düşünce tarzını sürdürmesinde etkili olduğu söylenmiştir (Papageorgiou ve Wells, 2003). Klinik grupta, ruminasyon ve depresyon arasındaki ilişkiye ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların aracılık ettiği görülmüştür. Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar, ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi üzerine olan düşünceler (“Geçmişte olan kötü olayları tekrar tekrar düşünmemek mümkün değil”) ve ruminasyonun sosyal sonuçları üzerine olan düşünceler (“İnsanlar kendimle ilgili bu kadar fazla tekrar tekrar düşündüğümü bilseler beni terk ederler”) olarak ikiye ayrılmaktadır. Ortaya konulan bu ilk modelde, Papageorgiou ve Wells (2003) bilişsel güvensizlik boyutunun da ruminasyonla ilgili inanışlara katkıda bulunduğunu ileri sürmüş ancak beklenen ilişkinin ortaya çıkmaması sonucu sonraki düzenlemelerde modelden bu değişken çıkarılmıştır.

Wells (2009), depresyonun ortaya çıkmasında ve sürmesinde temel olarak dört anahtar kavrama vurgu yapmıştır:

- 1- Depresif duyguların üstesinden gelmek ve sorunlara bir cevap bulmak amacıyla ruminasyonla ilgili ortaya çıkan olumlu inanışlar
- 2- Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi, depresif yaşantıların tehlikesi ve kişinin kendisinin psikolojik olarak ne kadar incinebilir olduğuyla ilgili olumsuz inanışlar
- 3- Kişilerin içinde bulunduğu ruminatif düşünce tarzına ilişkin azalmış üstbilişsel farkındalık

4- Bilişsel Dikkat Odaklanmasının ruminasyon, tehdit izleme ve uyumsuz başa çıkma girişimleri gibi çeşitli sonuçları

Modele göre, depresyon durumunda, kişilerin kendilerine, geleceğe, dünyaya yönelik olumsuz düşünceleri veya üzüntü, yorgunluk gibi hisleri tetikleyici olarak ele alınmaktadır. Bu tetikleyicilerin ardından tekrarlayıcı düşünce tarzları olan ruminasyonlar ve diğer bilişsel işleme süreçleri kendini göstermektedir. Olumlu üstbilişsel inançlar ise bu noktada devreye girerek ruminasyonun ve depresif ruh halinin uzamasına ve kişilerin depresyonun işaretlerini izlemelerine yol açmaktadır (Wells, 2009: 200). Kişiler, ortaya çıkan durumun anlamına ve nedenlerine yönelik olarak tekrar tekrar düşünerek durumun yarattığı zararların üstesinden gelmeye yönelik bir başa çıkma çabası içine girmektedir (Yılmaz, 2016; Capobianco vd., 2018). Ruminasyonun tersine etkisinden dolayı bu düşünce tarzının sürmesiyle birlikte bir sonraki aşamada ise, ruminasyonla ilişkili olumsuz üstbilişsel inançlar devreye girmektedir. Kişiler ruminatif düşünce sürecinin tehlikeli olduğuna ve kontrol edilemez olduğuna yönelik inançlar geliştirmeye başlamaktadır. Bunun yanı sıra, ruminasyonun yol açtığı yıkıcı kişiler arası ve sosyal sonuçlara yönelik olumsuz üstbilişsel inançlar da kendini göstermektedir (Wells, 2009: 200). Bu tür üstbilişsel inançların da ortaya çıkışıyla birlikte depresif belirtilerin artış gösterdiği ileri sürülmektedir. Diğer yandan, model ruminasyonun depresyonla hem doğrudan hem de dolaylı bir ilişkisi olduğunu belirtmektedir. Ayrıca bu süreçte, kişilerin üstbilişsel farkındalıklarının azalmasının depresif belirtilerle ve olumsuz üstbilişsel inançlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Wells, 2009: 200). Model, aşağıda (Şekil 1.8.) yer alan şekilde özetlenmektedir.



Şekil 1.8. Üstbilişsel Modelde Depresyon (Wells, 2009).

Şekilde (Şekil 1.8.) görüldüğü üzere, üstbilişsel kurama göre depresyon durumunda kişiler bir döngü içerisinde saplanıp kalmaktadır. Olumsuz düşünceler veya beden duyuları içsel tetikleyiciler olarak, ruminasyonla ilgili olumlu üstbilişsel inançları harekete geçirmekte ve bu inançlar, ruminatif etkinliğin devamında rol oynamaktadır. Süregiden ruminasyonla birlikte bu sürecin verdiği rahatsızlık sonucunda, ruminasyonun kontrol edilemezliğine, zararlarına yönelik düşünce ve endişeler baş göstermektedir. Ruminatif etkinlik sürdükçe bununla ilgili olumsuz

üstbilişsel inançlar artmakta ve bu inançlar da yine kişileri ruminatif tarzda düşünmeye sevk etmektedir. Ayrıca, kişinin ruminasyonun sonuçlarına ilişkin üstbilişsel farkındalığının da azalmış olduğu söylenmektedir (Wells, 2009: 203). Diğer bir deyişle, kişi içinde bulunduğu düşünce tarzının sonuçlarına ilişkin üst (meta) düzeyinde bir değerlendirme yapamamaktadır. Sonuç olarak, depresif belirtiler davranış, düşünce ve duygulanım alanlarında kendini göstermekte ve bunlar aynı zamanda içsel tetikleyiciler olarak da rol oynamaktadır.

Model bir örnek üzerinden açıklandığında daha anlaşılır olmaktadır. Örneğin, insanların kendisini beğenmediğini, istemediğini düşünen bir kişi için tetikleyici bu yöndeki düşünceleri olabilir. “Kimse benimle görüşmek istemiyor” düşüncesinin ardından bununla ilgili düşünmeye yönelik olumlu inanışlar (“Bu düşünceler, durumu kabullenmeme yardımcı olur”, “Bu düşünceler kendimle ilgili bir şeyler yapmam noktasında beni güdüler”) ortaya çıkmaktadır. Olumlu inanışlar, kişinin tekrarlayıcı düşünce örüntülerini pekiştirmekte ve “İnsanlar beni neden istesin ki?”, “Zaten işe yaramazın biriyim.”, “Çok sıkıcıyım” şeklinde düşüncelerin artışı beraberinde getirmektedir. Ortaya çıkan bu ruminatif düşünce zincirlerinin ardından kişinin olumsuz inanışları kendini göstermektedir. “Bunları düşünürken delireceğim”, “Kontrolden çıkıyorum” şeklindeki ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ruminasyonun artmasına neden olmaktadır. Kişi, durumla başa çıkmak için sosyal ortamlardan uzak kalmayı seçtiğinde de, ruminatif düşüncelere daha fazla zaman ayırmakta ve istenmediğiyle ilgili düşünceleri pekişmektedir. Sonuçta, kişinin hem duygusal (örn: üzüntü) hem davranışsal (örn: insanlardan uzaklaşma) olarak depresif belirtilerinin sürdüğü görülmektedir.

Sonuç olarak, depresyonun üstbilişsel modeli, işleyiş olarak diğer psikolojik bozukluklarda olduğu gibi BDOS’a dayanmakta ancak depresyona özgün olarak ruminasyonu, ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışları içinde barındırmaktadır.

1.3.9.1. Üstbiliş ve depresyon alanyazını

Alanyazın incelendiğinde, depresyonu üstbilişsel kuram çerçevesinde ele alan ilk çalışmaların ardından son yıllarda benzer çalışmaların artış gösterdiği göze çarpmaktadır. Papageorgiou ve Wells (2001), ruminasyonla ilişkili olumlu üstbilişsel inançların bir başa çıkma yöntemi olarak kullanıldığını; ruminasyonla ilişkili olumsuz üstbilişsel inançların ise kontrol edilemezlik, tehlike ve karşılaşılan kişiler arası ilişkilerle ilgili sorunlar temalarıyla kendini gösterdiğini ortaya koymuştur (Papageorgiou ve Wells, 2001). Bu çalışmanın ardından gerçekleştirdikleri bir diğer çalışmada ise, ruminasyon, ruminasyonla ilişkili olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ve bilişsel güvensizlik değişkenleriyle test ettikleri bir yapısal eşitlik modeli

sonucunda depresyonun üstbilişsel mekanizmasını ortaya koymuşlardır (Papageorgiou ve Wells, 2003). Kendini Düzenleyen Yönetici İşlevler Modeli çerçevesinde oluşturulan modele göre olumlu üstbilişsel inançların ruminasyonun sürdürücüsü olduğu, ruminasyon ile depresyon arasındaki ilişkiye de olumsuz üstbilişsel inançların aracılık ettiği bildirilmiştir (Papageorgiou ve Wells, 2003: 270).

Papageorgiou ve Wells (2001, 2003) tarafından depresyon üzerine oluşturulan modelin ardından alanyazında benzer çalışmaların hem klinik örnekleme hem de klinik olmayan örnekleme yürütülmeye başlandığı görülmektedir. Çalışmalar, önce klinik olmayan örnekleme yürütülenler sonra klinik örnekleme yürütülenler olarak sıralanmıştır. Ayrıca, her bir bölüm başta ileriye yönelik çalışma deseni olan araştırmalara, sonrasında kesitsel çalışmalara yer verilerek ve benzer ölçeklerin kullanıldığı çalışmalar alt alta olacak şekilde düzenlenmiştir.

1.3.9.2. Klinik olmayan örnekleme yürütülen çalışmalar

Papageorgiou ve Wells (2009) tarafından yürütülen çalışmada, depresif belirtiler, ruminasyon ve ruminasyonla ilgili olumsuz inançlar arasındaki ilişkiler ileriye yönelik olarak üniversite öğrencisi örnekleminde test edilmiştir. Depresif belirtiler on iki hafta arayla değerlendirilmiştir. Regresyon analizi sonuçları, temel ölçüm depresyon ve ruminasyon düzeyinin kontrol edildiği durumda, takip ölçümündeki depresif belirtilerin ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili olumsuz inanışlar tarafından yordandığını göstermiştir. Bir başka boyut olan ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının depresif belirtileri yordamadığı bulunmuştur. Sonuç olarak, ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesinin üstbilişsel modelde öngörüldüğü gibi depresif belirtileri yordadığı görülmüş ancak ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar bu çalışmada ele alınmamıştır.

Bir başka çalışmada, araştırmacılar, üniversite öğrencileriyle ileriye yönelik olarak yürütülen, depresyon ve anksiyete belirtilerin yordayıcısı olarak otomatik düşüncelerin ve üstbilişsel inançların karşılaştırıldığı bir çalışma ortaya koymuşlardır. Üç ay arayla hem depresyon ve anksiyete belirtilerinin hem de üstbilişsel inançlar ve otomatik düşüncelerin değerlendirildiği bu çalışmanın sonuçları, üstbilişsel inançların (Üstbilişler Ölçeği-30 uygulanarak elde edilen toplam puan) ileriye yönelik olarak hem depresyon hem de anksiyete belirtilerinin yordayıcısı olduğunu ortaya koymuştur. Diğer yandan, otomatik düşüncelerin kontrol edildiği durumda üstbilişsel inançların depresif belirtileri yordamadığı dikkat çekmiştir. Üstbilişsel inançların depresif belirtilerden ziyade anksiyete belirtileri için daha güçlü bir ileriye yönelik yordayıcı olduğu belirtilmiştir (Hjemdal vd., 2013). Çalışmada, toplam puan üzerinden

üstbilişsel inançların yordayıcılığına bakılmış, alt boyutlar göz önünde bulundurulmamıştır. Bu anlamda, hangi üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyonu ne yönde yordadığı bildirilmemiştir.

Weber ve Exner (2013), ileriye yönelik olarak kurguladıkları çalışmalarında, depresif belirtiler, ruminasyon ve ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar arasındaki ilişkileri incelemiştir. Sonuçlar, öncelikle ruminasyonla ilgili olumlu inanışların ileriye yönelik olarak ruminasyonu ve depresif belirtileri yordadığını göstermiştir. Ayrıca, yapılan aracılık analizleri sonucunda ruminasyonun ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur. Çalışmada, üstbilişsel modelde yer alan ruminasyonla ilgili olumlu inanışların yordayıcılığı ve ruminasyonun aracı etkileri ele alınmış ancak olumsuz inanışların yordayıcılığı test edilmemiştir.

Depresyonun üstbilişsel modelinin üniversite öğrencileriyle test edildiği bir başka çalışmada araştırmacı, ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların depresif belirtilerle olan ilişkisini ele almıştır (Yılmaz, 2016). Bulgulara göre, ruminasyonla ilgili olumlu inançların ruminasyonu arttırdığı, artan ruminasyonun ruminasyonun olumsuz sonuçlarına yönelik inançları tetiklediği ve sonuç olarak depresif belirtilerin ortaya çıktığı görülmüştür. Ruminasyonla ilişkili olumsuz inançların ruminasyon ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık ettiği sonucuna varılmıştır. Sonuçlar, Papageorgiou ve Wells (2003) tarafından ileri sürülen depresyonun üstbilişsel modelinin Türkiye’de de geçerli olduğunu göstermiştir.

Bir başka çalışmada araştırmacılar, depresif belirtiler üzerinde bilişlerin ve üstbilişsel inançların katkılarını karşılaştırmışlardır (Yılmaz vd., 2015). Bilişsel bir değişken olarak işlevsel olmayan şemalar, üstbilişsel bir değişken olarak ise ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inançların depresif belirtilerle olan ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlar, işlevsel olmayan şemalardan ziyade ruminasyonla ilgili hem olumlu hem de olumsuz inanışların depresif belirtilerin varyansının büyük bir kısmını açıkladığını göstermiştir. Diğer bir deyişle, depresif belirtilerin açıklanmasında bilişsel etmenlere göre üstbilişsel etmenlerin daha fazla katkısının olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bakımdan, kuramın öngördüğü gibi düşüncelerin içeriklerinden ziyade kişilerin nasıl düşündüğünün daha önemli olduğu görüşü desteklenmiştir.

Solem ve diğerleri (2016), yaptıkları çalışmada geniş bir Norveç örneklemini üzerinde depresyonun üstbilişsel modelini test etmişlerdir. Sonuçlar öncelikle, üstbilişsel inançlar, ruminasyon ve depresif belirtilerin pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Yapılan patika analizi sonuçları, Papageorgiou ve Wells (2003) tarafından ileri sürülen ve depresyonu açıklayan

üstbilişsel modelin desteklendiğini ortaya koymuştur. Buna göre, ruminasyonla ilgili olumlu inançların ruminasyonu; ruminasyonla ilgili olumsuz inançların depresif belirtileri yordadığı görülmüştür.

Bir başka çalışmada araştırmacılar benzer şekilde, depresif belirtiler üzerinde ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inançların rolünü incelemiştir. Bilişsel modelin depresyon için ileri sürdüğü etkenlerden biri olan işlevsel olmayan tutumların ve ruminasyonla ilgili inanışların depresyonu açıklamadaki etkileri karşılaştırılmıştır. Regresyon analizi sonuçları, ruminasyon ve işlevsel olmayan tutumların kontrol edildiği durumda ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi boyutunun depresyonun bağımsız bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Yapılan aracılık analizi sonuçları, ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt boyutu ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye ruminasyonun kısmi olarak; ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye ise tam aracılık ettiğini ortaya koymuştur (Huntley ve Fisher, 2016). Sonuç olarak, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların bilişsel etmenlerin kontrol edildiği durumda hala depresif belirtiler için yordayıcılığını koruduğu görülmüştür. Olumlu inanışların ise yordayıcılığı bulunmamış, bu bakımdan üstbilişsel model kısmi olarak desteklenmiştir.

Bir başka çalışmada araştırmacılar üstbilişsel inançlarla duygusal stres (anksiyete ve depresyon) arasındaki ilişkileri incelemiştir. Yapısal eşitlik modellemesi sonuçlarına göre, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların hem depresyonun hem de anksiyetenin en güçlü yordayıcısı olduğu görülmüştür. Ayrıca, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık boyutlarının depresif belirtileri zayıf bir şekilde yordadığı, anksiyete belirtilerini ise yordamadığı bulunmuştur (Spada vd., 2008).

Cinsiyet açısından karşılaştırma yapılan bir başka çalışmada, araştırmacılar üstbilişsel inançların depresyonla olan ilişkisini mercek altına almışlardır (Lenzo, vd., 2016). Yapılan analizler sonucunda araştırmacılar, öncelikle üstbilişsel inançların kadın ve erkek grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Depresif belirtilerle olan ilişkiler incelendiğinde, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların her iki grupta da depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Alanyazında klinik olmayan örnekleme, depresif belirtiler ve üstbiliş ilişkisini ele alan çalışmalar genel olarak ele alındığında, çalışmalarda ölçüm aracı olarak hem Üstbilişler Ölçeği-30'nin hem de Ruminasyonla İlişkili Olumlu ve Olumsuz İnanışlar Ölçekleri'nin kullanıldığı dikkat çekmiştir. Bazı çalışmalar, depresyonun üstbilişsel modelini test etme amacı taşıırken (örn:

Solem vd., 2016; Yılmaz, 2016) bazı çalışmalar ruminasyon, depresyon ve üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkileri ele almayı amaçlamış (örn: Spada vd., 2008) bazı çalışmalar da bilişsel etkenlerle üstbilişsel etkenlerin depresyon üzerindeki yordayıcı etkilerini karşılaştırmayı amaç edinmiştir (örn: Huntley ve Fisher, 2016; Yılmaz vd., 2015). Araştırma sonuçları, genel olarak üstbilişlerin çeşitli boyutların depresyonu hem kesitsel hem de ileriye yönelik yordadığına ilişkin veriler sağlamaktadır. İleriye yönelik çalışmalar gözden geçirildiğinde, ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların depresif belirtileri yordadığını gösteren çalışmalar olduğu görülmektedir. Diğer yandan, ileriye yönelik bu çalışmaların birinde olumlu inanışlar, diğerinde olumsuz inanışlar ve bir başkasında Üstbilişler Ölçeği-30 toplam puanı ele alınmıştır. Bu anlamda, incelenen çalışmalarda aynı çalışma içinde ileriye yönelik olarak hem olumlu hem de olumsuz inanışların etkileri veya üstbilişsel inançların farklı boyutlarının yordayıcılığı test edilmemiştir.

1.3.9.3. Klinik örnekleme yürütülen çalışmalar

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, araştırmacılar depresyonun üstbilişsel modelini ileriye yönelik olarak test etmeyi amaçlamışlardır. Depresif bozukluk tanısı almış ve düzelme (remisyon) döneminde olan katılımcılardan bir yıllık zaman dilimi boyunca beş kere ölçüm alınmıştır. Yapısal eşitlik modellemesiyle araştırmacılar ruminasyonla ilgili inanışlar ve depresyon arasındaki ilişkileri iki yönlü olarak ele almıştır. Sonuçlar, saplantılı düşünmenin (brooding), ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların depresyon düzeyini yordadığını, saplantılı düşünmenin kontrol edildiği durumda ise sadece olumsuz inanışların yordayıcılığının devam ettiği bulunmuştur. Üstbilişsel modelden farklı olarak, olumsuz inanışların ve ruminasyonun belirti yollarını (trajectory) yordamadığı söylenmiştir. Diğer bir deyişle, üstbilişsel inançların azalmasının depresif belirtilerde azalmayı sağlayacağı ancak nüksü önlemede yetersiz kalacağı ifade edilmiştir. Geri bildirim etkilerine bakıldığında, depresif belirtilerin ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışları ve saplantılı düşünmeyi yordadığı ortaya konmuştur. Kalıntı (residual) depresif belirtileri olan kişilerin ruminasyona devam ettiği, ruminasyonun tehlikesi ve yararlarına ilişkin inançlarını sürdürdüğü belirtilmiştir (Kraft vd., 2019). Sonuç olarak, bu çalışma üstbilişsel modeli klinik bir örnekleme ileriye yönelik olarak test etmesi ve karşılıklı ilişkileri ele alması bakımından önemlidir. Diğer çalışmalardan farklı olarak, depresif belirtilerin de ruminasyonla ilgili inanışları yordadığını ortaya koyması dikkat çekmiştir.

Bir başka çalışmada, araştırmacılar depresif belirtilerle bilişsel ve üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkileri ileriye yönelik olarak ele almıştır. Depresyon hastalarından alınan temel ölçümün ardından dört hafta sonra, altı ay sonra ve üç buçuk yıl sonra ölçümler alınarak değerlendirme yapılmıştır. Sonuçlar, üç buçuk yıl içinde depresif belirtilerin değişiminin temel ölçüm depresyon düzeyi, fonksiyonel olmayan tutumlar ve üstbilişsel inançlar (kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı) tarafından yordandığını göstermiştir. Bilişsel ve üstbilişsel faktörler karşılaştırıldığında işlevsel olmayan tutumların üstbilişsel inançların alt boyutlarına göre daha fazla varyans açıkladığı görülmüştür. Ayrıca, üstbilişsel inançların bilişsel inançlara göre zaman içerisinde daha az değişim gösterdiği yani daha durağan bir yapı sergilediği belirtilmiştir. Bu nedenle, üstbilişsel inançlar depresyon için bir risk etmeni olarak gösterilmiştir (Faissner vd., 2018).

Ruminasyonla ilişkili üstbiliş ölçeklerinin Türk örneklemindeki psikometrik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, araştırmacılar hem klinik örnekleme hem de klinik olmayan örnekleme analizler yaparak ölçeklerin geçerlik ve güvenirliklerine dair bir sonuç ortaya koymuşlardır. Klinik örneklem grubu, major depresif bozukluk, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerden oluşmuştur. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği'nin her iki örneklemden psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir. Sonuçlar, öncelikle ölçeklerin özgün formundaki faktör yapılarının korunduğunu, güvenirlik ve geçerlik değerlerinin iyi düzeyde olduğunu göstermiştir. Ölçeklerin psikometrik özellikleriyle ilgili detaylı bilgilere yöntem kısmında yer verilmiştir. Çalışmanın bir başka sonucu olarak, ölçeklerin klinik örnekleme klinik olmayan örneklemden ayırt edebildiği ancak majör depresif bozukluk grubunu panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu grubundan ayırt edemediği bulunmuştur. Diğer yandan, üstbilişsel modelden farklı olarak klinik örnekleme ruminasyonla ilgili olumlu inanışların depresif belirtilerle ilişkili olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak, ruminasyonla ilgili inanışları ele alan bu ölçüm araçlarının geçerli ve güvenilir olduğu ancak farklı klinik gruplar üzerinde çalışmalar yapılarak da incelenmesi gerektiği söylenmiştir (Yılmaz vd., 2014).

Watkins ve Moulds (2005), yaptıkları çalışmada, şu anda depresif belirtileri olan, daha önce depresif belirtiler geçirmiş olan ve daha önce hiç depresif belirti göstermemiş olan katılımcıların oluşturduğu üç grubu, Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği ile üstbilişsel açıdan karşılaştırmıştır. Sonuçlar, hem depresif olan hem de daha önceden depresif belirtiler gösteren grupların ruminasyonla ilişkili olumlu inanışlarının hiç depresif belirti göstermemiş gruba göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Diğer bir deyişle, üstbilişsel modelin

öngördüğü şekilde depresif bozuklukların açıklanmasında ruminasyonla ilgili olumlu inanışların rol oynadığı görülmüştür ancak ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar bu çalışmada göz önünde bulundurulmamıştır.

Bir diğer çalışmada araştırmacılar majör depresif bozukluk tanısı alan, şizofreni tanısı alan ve hiçbir tanısı bulunmayan sağlıklı kontrol gruplarını üstbilişsel inançlar açısından karşılaştırmıştır (Valiente vd., 2012). Sonuçlar, öncelikle klinik grubun üstbilişsel inançlarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Depresif gruba ilgili bulgular gözden geçirildiğinde, üstbilişsel inançların bilişsel güvensizlik, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında hem sağlıklı kontrol grubuna hem de şizofreni grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Bir başka deyişle, bu üç boyutun depresif grubu ayırt edebildiği ortaya konulmuştur.

Bir başka çalışmada araştırmacılar, majör depresyon tanısı almış olan, intihar girişiminde bulunan hastaların üstbilişsel inançlarını incelemişlerdir. İntihar girişimi olmayan majör depresyon tanısı almış hasta grubuyla karşılaştırıldığında, intihar girişiminde bulunan grubun bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Diğer bir deyişle, intihar girişiminde bulunan majör depresyon hastalarının bellek ve dikkat gibi bilişsel süreçlerine ve düşüncelerini kontrol etmeyle ilgili konulara şüpheyile yaklaştığı sonucuna varılmıştır. Üstbilişin diğer alt boyutları olan kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık, olumlu inançlar alanlarında ve üstbiliş toplam puanlarında bir farklılaşma bulunmamıştır (Ak vd., 2013). Sonuç olarak, intihar girişimi olan depresif bozukluk hastalarının farklılaşan bir üstbiliş örüntüsü olduğu ve müdahalelerinin buna göre düzenlenebileceği söylenebilir.

İntihar girişimi olan hastalarla yürütülen bir başka çalışmada, kontrol grubu ile karşılaştırma yapılarak üstbilişsel inançlar ve başa çıkma tarzları değerlendirilmiştir. Sonuçlar, intihar girişimi bulunan grubun depresif belirtilerinin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, üstbiliş toplam puanı, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında intihar girişimi olan grubun anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. Ayrıca, bilişsel güvensizliğin yüksek olmasının ailedeki ve kişideki intihar geçmişiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bir başka bulgu olarak, işlevsel olmayan başa çıkma tarzlarının bilişsel güvensizlik, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve

düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarıyla pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğu söylenmiştir. Bir önceki çalışmayla benzer olarak, bu çalışmada da intihar girişimi olan grubun üstbilişsel inançlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve kontrol grubundan farklılaştığı görülmüştür. Bu çalışmada, diğerlerinden farklı olarak bir başka önemli nokta da başa çıkma girişimlerinin ele alınmasıdır (Torun-Yazıhan vd., 2019).

Karşılaştırmalı bir çalışmada, araştırmacılar tek uçlu ve iki uçlu depresyon grubundaki katılımcıların ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların üstbilişsel inançlarını ele almışlardır (Sarısoy vd., 2014). Sonuçlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ile düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında hem tek uçlu hem de iki uçlu depresyon gruplarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığını göstermiştir. Ayrıca her iki hasta grubunda üstbilişsel inançların depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, depresif grubun üstbilişsel inançlar bakımından kontrol grubundan farklı bir örüntü sergilediği söylenmiştir.

Üstbilişsel inançlar ve düşünce kontrol stratejilerinin depresif belirtilerle ilişkisinin ele alındığı bir çalışmada araştırmacılar şu anda depresif belirtileri olan, daha önce depresif belirtiler geçirmiş olan ve daha önce hiç depresif belirtisi olmayan katılımcıları karşılaştırmışlardır. Sonuçlar, özellikle üstbilişsel inançların kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar boyutunun üç grubu birbirinden ayırmada önemli bir etmen olduğunu göstermiştir. Buna göre, şu anda depresif belirtileri olan kişilerin daha önce depresif belirtileri olan ancak şu anda bu belirtileri taşımayan kişilerden; daha önce depresif belirtileri olan ancak şu anda bu belirtileri taşımayan kişilerin de daha önce hiç depresif belirtisi göstermemiş kişilerden üstbilişsel inançlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Diğer bir deyişle, olumsuz üstbilişsel inançların en fazla olduğu grubun şu anda depresif olan grup olduğu en az olduğu grubun ise daha önce hiç depresif belirtisi göstermeyen grup olduğu sonucuna varılmıştır (Halvorsen vd., 2015). Bu sonuç, üstbilişsel inançların depresif belirtileri en yüksek olan grupta en fazla olduğunu ortaya koyarak klinik grubun bu şekilde normal örneklem grubundan ayrıldığını göstermiştir.

Karşılaştırmalı bir başka çalışmada, araştırmacılar majör depresyon tanısı almış kişilerin, obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerin ve sağlıklı kontrol grubunun üstbilişsel inançlarını incelemişlerdir (Yılmaz vd., 2016). Sonuçlar, üstbilişsel inançların her iki bozukluk grubunda da sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Major depresif bozukluk grubunda depresif belirtilerin kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, endişeyle ilgili olumlu inançlar ve bilişsel güvensizlik alt boyutlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır.

Araştırmacılar, majör depresif bozukluk, panik bozukluk tanısı alan ve herhangi bir tanısı olmayan kişilerin üstbilişsel inançları incelenmiştir (Özsoy ve Kuloğlu, 2017). Sonuçlar, hem majör depresif bozukluk hem de panik bozukluk gruplarındaki kişilerin üstbilişsel inançlarının sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, majör depresif bozukluk grubunda üstbilişin alt boyutu olan endişeyle ilişkili olumlu inançların sağlıklı kontrol grubundan ve panik bozukluk grubundan anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Diğer çalışmalarla benzer olarak, üstbilişsel inançların kontrol grubundan farklılaştığı sonucuna varılmıştır.

Çalışmalar gözden geçirildiğinde, klinik örnekleme yürütülen üstbiliş ve depresyon araştırmalarının genelde farklı grupların (tanı grupları, intihar etme durumu) karşılaştırılmasına dayandığı görülmektedir (örn: Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Halvorsen vd., 2015). Bu araştırmaların tamamında, klinik grupların üstbilişsel inançlarının normal örneklem grubuna göre daha yüksek olduğu sonucuna varıldığı dikkat çekmektedir. Ayrıca, ileriye yönelik olarak yapılan az sayıda çalışmanın olduğu göze çarpmaktadır. Kraft ve diğerlerinin (2019) yakın zamanda yaptıkları çalışmada, sadece üstbilişsel inançların depresyonu nasıl yordadığı değil aynı zamanda depresif belirtilerin de üstbilişsel inançlar üzerindeki etkisinin test edilmesi alanyazın için güncel ve diğerlerinden farklı bir yaklaşım olarak ön plana çıkmaktadır.

1.3.10. Üstbilişsel Yaklaşım Göre Stres ve Başa Çıkma

Stres, pek çok farklı bakış açısıyla uzun yıllardır açıklanmaya çalışılan karmaşık bir kavramdır (Biggs vd., 2017: 351). Lazarus ve Folkman (1984), ileri sürdükleri etkileşimsel (transaksiyonel) stres modelinde bir değerlendirme sürecinden bahsetmekte ve kişinin tehdit edici olarak değerlendirdiği bir uyaran karşısında baş etme kaynaklarının yetersiz kalması durumunda stres yaşantısının ortaya çıkacağını söylemektedir. Kurama göre, kişiler çevrelerindeki uyarıları değerlendirmekte ve bu değerlendirme sonucunda tehdit edici veya zarar verici olup olmadığına karar vermektedir. Bu değerlendirme sürecinin bir sonucu olarak da başa çıkma davranışları ortaya çıkmaktadır. Lazarus ve Folkman'a (1984) göre, stres verici durumun başa çıkma davranışı sonucunda çözümlenmesi olumlu duyguları beraberinde getirirken, başa çıkma girişimlerinin sonuçsuz kalması stres düzeyini artırmakta ve kişiyi bir başka başa çıkma seçeneğine yönlendirmektedir.

Lazarus ve Folkman (1984), stres ve başa çıkma kavramlarını iki farklı değerlendirme süreci üzerinden açıklamıştır. Birincil değerlendirmede, kişi çevrede kendi iyi oluşunu tehdit edecek bir uyaran olup olmadığını kontrol etmektedir. Başka bir deyişle kişi, benlik saygısına,

fiziksel sağlığına veya değer yargılarına zarar verecek bir durum olup olmadığına karar vermektedir. İkincil değerlendirmede ise, kişi zarar verici durumun nasıl üstesinden gelebileceğini, iyi oluşunu nasıl koruyabileceğini değerlendirmekte ve pek çok başa ıkma yolunu gözden geçirmektedir (Folkman ve ark., 1986). Bir başka ifadeyle, bir durum stresli olarak algılandığında (birincil değerlendirme) ve üstesinden gelmek için ıaba gerektirdiğinde (ikincil değerlendirme) başa ıkma girişimleri ortaya ıkılmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1988).

Wells ve Matthews (1994), etkileşimsel stres kuramlarını kendini düzenleme becerilerini içine alan bir bilgi işleme süreci içerisinde bir araya getirerek açıklamaya çalışmıştır. Bu yaklaşımda stres ve başa ıkma süreçleri, yanlı üstbilişsel işleme sistemleriyle açıklanarak çok düzeyli bir bilişsel yapı içerisinde ele alınmıştır. Üstbilişsel model, stresin biyolojik açıklamalarına dayanan bir yaklaşım olmasa da, stresli yaşam olayları karşısında ortaya ıkan uyumlu olan veya olmayan tepkilere yönelik bilgi işleme sistemlerine yönelik bir açıklama sunmaktadır (Capobianco vd., 2018).

Wells ve Matthews (1994) tarafından ileri sürölen üstbilişsel modele göre psikolojik bozuklukların etiyolojisinde ve sürdürölmesinde bir bilgi işleme süreci olan Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev modeli rol almaktadır. Bu modele göre kişinin düşünceleriyle, duygularıyl ve stresle bařa ıkma tarzları duygusal stresin sürmesinde ön plana ıkılmaktadır. Modele göre, psikolojik bozukluklar düşünceler, tehditler ve duygularla bařa etmede kullanılan süreçlerin yanlı olarak sečilmesiyle ortaya ıkılmaktadır. Kiřinin tehdit karşısında seçmiş olduğu stratejinin olumsuz duygusal yaşantının süresini uzattığı söylenmektedir. Bir başka deyişle, olumsuz üstbilişsel inanırlar stres karşısında verilen duygusal tepkiyi artırıp olumsuz duygudurum süresini uzatarak stres tepkileri üzerinde rol oynamaktadır (Capobianco vd., 2018).

Modele göre, strese maruz kalma ve duygusal bozukluklar arasındaki yol olumsuz tekrarlayıcı düşünceler, tehdide odaklanma gibi bilişsel düzenleme girişimlerini içeren Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu'yla oluşmaktadır (Wells, 2000). Stresli durumlara verilen duygusal tepkiler ve başa ıkma tarzlarının tercihi bu çok düzeyli bilişsel yapıdan etkilenmektedir. Başka bir deyişle, üstbilişler stresli durumlar karşısında ortaya ıkan başa ıkma tarzına etki etmektedir (Spada vd., 2008). Örneğin, daha önce bir hırsızlık olayı sonucu travma belirtileri göstermiş bir kişi devamlı tehdit arama yoluna giderek etrafında kendine göre tehlikeli bir kişi olup olmadığını kontrol edebilir. Bu girişim, dikkatin tehditle fazlaca meşgul olmasına ve tehdidin olduğundan daha abartılı algılanmasına neden olabilir. Böyle durumlarda, endişe ve ruminasyon bir başa ıkma girişimi olarak kullanılabilir (Wells, 2000: 25). Kişiler, endişeyi

stresle başa çıkma ve gelecekteki tehlikelere karşı hazır olma amacıyla sürdürebilmektedir (Wells, 2005). Olumsuz duygu ve düşüncelerden kaçınmak için başvuru kaçınma ve madde kullanımı gibi başa çıkma tarzlarının da kişinin o duygu veya durumun tehlikeli olmadığına ilişkin keşfinin önüne engel olması nedeniyle sorun yarattığı söylenmektedir. Gelecekte başına bir tehlike geleceğine ilişkin endişe, uyumlu olmayan başa çıkma girişimlerinin olumsuz düşünce ve inançların gerçekliğinin test edilmesine imkan vermemesi nedeniyle devam etmektedir (Wells, 2009: 15).

Alanyazın gözden geçirildiğinde, üstbilişsel inançlar, stres ve başa çıkma ilişkisini ele alan sınırlı sayıda çalışma göze çarpmaktadır.

Yılmaz ve diğerleri (2011) tarafından strese yatkınlık çerçevesinde yürütülen ve anksiyete alanyazını derlenirken de bahsedilen ileriye yönelik bir çalışmada, araştırmacılar üstbilişsel inançların stresli yaşam olaylarının etkisinden bağımsız olarak anksiyete ve depresyon belirtilerini yordadığını ileri sürmüştür. Sonuçlar, yaşam olaylarının etkisinin kontrol edildiği durumda kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların hem depresyon hem de anksiyete için ileriye yönelik bir yordayıcı olduğunu; bilişsel güvensizlik boyutunun da gündelik sıkıntılarla etkileşiminin depresyon için yordayıcı olduğunu göstermiştir. Bulgular üstbilişsel kuramın öngörülerine göre değerlendirildiğinde, yaşanan stresin doğasına paralel olarak farklı üstbilişsel inançların ve farklı duygusal belirtilerin ortaya çıkabileceği söylenmektedir. Ayrıca, bilişsel güvensizliğin gündelik sıkıntılara maruz kalındığı durumda anksiyetenin gelişimi için bir yatkınlık faktörü haline geldiği ileri sürülmektedir.

Roussis ve Wells (2008) tarafından yürütülen ileriye yönelik bir çalışmada üstbiliş, düşünce kontrolü, stres ve anksiyete arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Son yedi gün içerisinde stresli bir yaşam olayı geçirmiş üniversite öğrencileri üç ay arayla iki ölçüm alınarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar, stresli bir yaşam olayının ardından düşünce kontrol stratejisi olarak endişeyi kullanmanın ileriye yönelik olarak stres belirtilerini yordayan üstbilişsel bir faktör olduğunu göstermiştir. İki yönlü yapılan korelasyon analizleri sonucunda, birinci zamandaki stres belirtilerinin takip ölçümündeki endişenin bir düşünce kontrol stratejisi olarak kullanılmasıyla ilişkili olmadığı ama tam tersi durumda bu stratejinin takip ölçümündeki stres belirtileriyle ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durumda, düşünce kontrol stratejilerinin stres belirtilerine neden olabileceği ileri sürülmüştür. Bu çalışma, üstbiliş ve stres arasındaki ilişkileri ileriye yönelik ve iki yönlü olarak ele alması açısından önemlidir. Diğer taraftan, alanyazından farklı olarak bu çalışmada, yaygın olarak kullanılan Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) kullanılmamıştır.

Ramos-Cejudo ve Salguero (2017) da üstbilişsel inançlar, algılanan stres ve anksiyete arasındaki ilişkileri inceledikleri ileriye yönelik çalışmalarında kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların algılanan stres ve takip ölçümündeki anksiyete arasındaki ilişkiye düzenleyici olarak etki ettiğini göstermiştir. Bir başka ileriye yönelik çalışmada Iijima ve Tanno (2013), stres ve endişe arasında olumlu üstbilişsel inançların düzenleyici bir role sahip olduğunu ortaya koymuştur.

İleriye yönelik bir çalışmada, başa çıkma tarzları ve üstbilişsel inançların etkisi incelenmiştir. Sonuçlar, takip ölçümündeki işlevsel olmayan başa çıkma tarzları ile birinci ölçümdeki olumlu inançların ve bilişsel farkındalığın ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Diğer bir deyişle, üstbilişsel inançların yüksek olmasının daha fazla işlevsel olmayan başa çıkma tarzıyla ilişkili olduğu söylenmiştir (Sica vd., 2007).

Bir başka çalışmada, araştırmacılar deneysel bir desenle üstbilişsel inançlar ve stres arasındaki ilişkiyi mercek altına almıştır. Deney koşulundaki katılımcılara, sahte bir EEG gösterilerek bunun olumsuz düşünceleri tespit etmeye yaradığı söylenmiştir. Olumsuz düşünce tespiti durumunda da, yüksek bir ses duyacakları bildirilmiştir. Kontrol koşulunda ise, rastlantısal olarak yüksek bir ses gelebileceği söylenmiştir. Sonuçlar, öncelikle fizyolojik ölçümler arasında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Diğer taraftan, deney koşulundaki katılımcıların stres karşısında daha fazla olumsuz duygulanım sergilediği ve stresten kurtulma süresinin geciktiği görülmüştür. Sonuç olarak, kişilerin düşünceleriyle ilgili inançlarının değişimlenmesi (manüplasyon) durumunda stres tepkilerinde bir farklılaşma olacağı söylenmektedir. Ancak bu farklılaşma fizyolojik ölçüm sonuçlarına yansımamaktadır (Capobianco vd., 2018).

Spada ve diğerleri (2008), araştırmacılar üstbilişsel inançlar, algılanan stres ve olumsuz duygular (anksiyete ve depresyon) arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Korelasyon analizi sonuçları, üstbilişsel inançlar arttıkça algılanan stres düzeyinin de arttığına işaret etmektedir. Ayrıca, üstbilişsel inançların (kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı) olumsuz duygular ve algılanan stres arasındaki ilişkiye düzenleyici bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar, sonuçlardan hareketle, üstbilişsel inançların stresli durumlarda kişileri işlevsel olmayan başa çıkma davranışlarına (tekrarlı düşünme, kaçınma, tehdit izleme vs) sevk edebileceğine işaret etmektedir.

Matthews ve diğerleri (1999) tarafından yapılan bir çalışmada test anksiyetesi, üstbilişsel inançlar ve işlevsel olmayan başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sonuçlar,

öncelikle duygu odaklı başa çıkma ile olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, test anksiyetesinin iki farklı bilişsel etmenle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunlardan biri genel bir üstbiliş etmeni ile endişe, diğeri ise işlevsel olmayan duygu odaklı başa çıkma tarzları olarak belirtilmiştir.

Safrancı (2010) tarafından yürütülen bir yüksek lisans tez çalışmasında, üstbilişsel inançlar ve psikolojik belirtiler arasında başa çıkma tarzlarının düzenleyici rolleri incelenmiştir. Sonuçlar, sorun odaklı başa çıkma yaklaşımının düşük, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili inançların yüksek olduğu durumun daha fazla depresif belirtille ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, sorun odaklı başa çıkmanın düşük bilişsel farkındalığın yüksek olduğu durumun daha fazla sosyal anksiyete belirtisiyle ilişkili olduğunu göstermiştir.

Bir başka çalışmada, intihar girişimi olan psikiyatri hastalarında işlevsel olmayan başa çıkma tarzının bilişsel güvensizlik, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacıyla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bir diğer deyişle, işlevsel olmayan başa çıkma yaklaşımlarının fazla olması, üstbilişsel inançların da daha fazla olması anlamına gelmektedir. Ayrıca, sosyal destek aramayla bilişsel güvensizlik ve kontrol edilemezlik ve tehlike boyutlarının negatif yönde ilişki gösterdiği yani sosyal destek arama girişimlerinin yüksek olmasının daha az bilişsel güvensizlik ve kontrol edilemezlikle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Torun-Yazıhan vd., 2019). Sonuç olarak, üstbilişsel inançların işlevsel olmayan başa çıkma tarzlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür.

Muneer ve Malik (2018), yaptıkları bir çalışmada üst endişe, duygu odaklı başa çıkma, üstbilişsel inançlar, iyi oluş ve cinsiyet arasındaki ilişkileri incelemiştir. Sonuçlar, duygu odaklı başa çıkmanın artmasıyla ruminasyonla ilgili olumlu inanışlarda da artış olacağını göstermiştir. Ayrıca, ruminasyonla ilgili olumlu inanışların artmasının iyi oluşun azalmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ve duygu odaklı başa çıkma arasındaki ilişkiye üst endişenin aracılık ettiği bulunmuştur. Son olarak, cinsiyetin ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ve duygu odaklı başa çıkma ile ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ve üst endişe arasındaki ilişkilerde düzenleyici bir rol oynadığı bildirilmiştir. Bu çalışma, ruminasyonla ilgili inanışları endişe ve başa çıkma açısından ele alması bakımından diğerlerinden farklılaşmaktadır.

Benzer bir çalışmada araştırmacılar duygu odaklı başa çıkma ve ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar arasındaki ilişkide üst endişenin aracı rolünü incelemiştir. Sonuçlar öncelikle, duygu odaklı başa çıkma girişimleri ve üst endişe arttıkça ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların da artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Regresyon analizi sonuçları, ruminasyonla ilgili olumsuz

inanişların duygu odaklı başa çıkma ve üst endişe tarafından yordandığını göstermiştir. Son olarak, duygu odaklı başa çıkma ve ruminasyonla ilgili olumsuz inanişlar arasındaki ilişkiye üst endişenin aracılık ettiği bulunmuştur (Kashif vd., 2019). Başa çıkma girişimleri açısından değerlendirildiğinde, sorun odaklı olmayan duygu odaklı başa çıkmanın bir önceki çalışmada olduğu gibi ruminasyonla ilgili inanişlarla ilişkili olduğu; ruminasyonla ilgili inanişlar arttıkça duygu odaklı başa çıkma girişimlerinin de artış gösterdiği dikkat çekmiştir

Üstbilişsel inançlar, stres ve başa çıkma alanyazını gözden geçirildiğinde, çalışmaların algılanan stresi ölçenler ve yaşam deneyimlerini değerlendirenler olarak ikiye ayrıldığı görülmektedir. Bulgular, algılanan stres arttıkça olumsuz üstbilişsel inançların da artış gösterdiğine işaret etmektedir. Yılmaz, Gençöz ve Wells (2011)'e göre de üstbilişsel inançlar yaşam olaylarının etkisinden bağımsız olarak psikolojik belirtileri yordamaktadır. Ayrıca, işlevsel olmayan başa çıkma tarzlarının fazla olmasının üstbilişsel inançlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yakın zamanda yapılan iki çalışma (Muneer ve Malik, 2018; Kashif vd., 2019) ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanişların artması durumunda duygu odaklı başa çıkmanın da artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, işlevsel olmayan başa çıkma tarzlarının fazla olmasının üstbilişsel inançlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak, yapılan çalışmaların büyük bir kısmının klinik olmayan örnekleme yürütüldüğü, kesitsel olduğu, stres ya da başa çıkma kavramlarından sadece birini ele aldığı dikkat çekmiştir.

2. BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1.Katılımcılar

Çalışmanın örnekleme, amaçlı örnekleme yoluyla oluşturulmuştur. Birinci ölçümün oluşturduğu örneklem, Adnan Menderes Üniversitesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuru yapan toplam 183 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların 130'u kadın (% 61.75), 53'ü (% 38.25) erkektir. Yaşları 19 ile 67 arasında değişmekte olan katılımcıların yaş ortalaması 38.61 (ss=12.48) olarak bulunmuştur. Psikiyatriye yapılan ilk başvuru yaşının ortalaması ise 31.20 (ss=11.51) olarak hesaplanmıştır. Birinci ölçüme dahil olan katılımcıların demografik özellikleriyle ilgili veriler Tablo 2.1.'de, sağlıkla ilişkili değişkenlere dair bilgiler Tablo 2.2.'de belirtilmiştir.

Çalışmanın takip ölçümü için araştırmaya dahil olan katılımcı sayısı 71'dir. Takip ölçümünde, katılımcı sayısında % 61.75 oranında bir kayıp olduğu göze çarpmaktadır. Bu kaybın bulgulara etki edip etmediğinin anlaşılması amacıyla takip ölçümüne dahil olan ve olmayan katılımcılar, bu çalışmada incelenen değişkenler açısından karşılaştırılmış ve iki grup arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Takip ölçümüne dahil olan katılımcıların 50'si kadın (% 71.4) 21'i (%28.6) erkektir. Yaşları 19 ila 67 arasında değişmekte olan katılımcıların yaş ortalamaları 41.40 (ss=13.41) olarak hesaplanmıştır. Ayrıca katılımcıların psikiyatriye başvuru yaşları 31.70 (ss=12.75) olarak bulunmuştur. Takip ölçümüne dahil olan katılımcıların demografik özellikleriyle ilgili diğer veriler Tablo 2.3. 'te, sağlık değişkenleriyle ilgili veriler Tablo 2.4.'te belirtilmiştir.

Tablo 2.1. Birinci Ölçüme Dahil Olan Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	N	%
Cinsiyet		
Kadın	130	61.75
Erkek	53	38.25
Medeni Durum		
Bekar	55	30.10
Evli	101	55.20
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	27	14.70
Eğitim Durumu		
Okur-yazar ve İlkokul	50	24.80
Ortaokul	21	14.30
Lise	53	28.60
Üniversite ve üstü	59	32.80
İş Durumu		
Çalışıyor	68	37.20
Çalışmıyor	114	62.30
Algılanan Gelir Düzeyi		
Düşük	57	31.10
Orta	117	63.90
Yüksek	5	2.70
Evde Yaşayan Kişi Sayısı		
Yalnız yaşıyor	16	6.60
2-3	136	74.30
4 ve üstü	35	19.10
En Uzun Yaşanan Yer		
Büyükşehir	34	18.60
Şehir	70	38.30
İlçe/Kasaba	48	26.20
Köy	30	16.4

Tablo 2.2. Birinci Ölçüme Dahil Olan Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellikleri

Değişken	N	%
Kronik Hastalık		
Var	68	37.20
Yok	114	62.30
Psikiyatriye Başvuru Sıklığı		
İlk başvuru	30	16.40
1 ay	88	48.10
2-4 ay	28	15.30
5 ay ve üstü	19	10.40
İlaç Kullanma Durumu		
Kullanıyor	154	84.20
Kullanmıyor	28	15.30
Terapi Alma Durumu		
Alıyor	31	16.90
Almıyor	152	83.10
Hastane Sisteminde Belirtilen Tanı		
Depresyon	100	55.2
Anksiyete	42	24.1
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	19	10.50
Panik Bozukluk	6	3.30
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	5	2.80
Yeme Bozukluğu	2	1.10
Somatoform Bozukluk	3	1.60

Tablo 2.3. Takip Ölçümüne Katılan Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	N	%
Medeni Durum		
Bekar	17	24.3
Evli	42	60.0
Boşanmış/eşi vefat etmiş	11	15.7
Eğitim Durumu		
İlkokul	17	24.3
Ortaokul	10	14.3
Lise	20	28.6
Üniversite ve üstü	23	32.8
İş Durumu		
Çalışıyor	27	38.6
Çalışmıyor	42	60
Algılanan Gelir Düzeyi		
Düşük	28	40
Orta	39	55.7
Yüksek	2	2.9
Evde Yaşayan Kişi Sayısı		
Yalnız yaşıyor	5	7.1
2-3	49	70
4 ve üstü	16	22.8
En Uzun Yaşanan Yer		
Büyükşehir	15	21.4
Şehir	24	34.3
İlçe/Kasaba	18	25.7
Köy	13	18.6

Tablo 2.4. Takip Ölçümüne Katılan Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellikleri

Değişken	N	%
Kronik Hastalık		
Var	29	41.4
Yok	41	58.6
Psikiyatriye Başvuru Sıklığı		
1 ay	37	52.9
2-4 ay	16	22.8
5 ay ve üstü	6	8.16
İlaç Kullanma Durumu		
Kullanıyor	63	90
Kullanmıyor	7	10
Terapi Alma Durumu		
Alıyor	20	28.6
Almıyor	50	71.4
Hastane Sisteminde Belirtilen Tanı		
Depresyon	34	48.6
Anksiyete	15	21.4
OKB	12	17.1
Panik Bozukluk	4	5.7
Sosyal Fobi	2	2.9
TSSB	1	1.4
Uyum Bozukluğu	1	1.4
Somatoform Bozukluk	1	1.4
Yeme Bozukluğu	-	-

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formunda, katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi, yaşanan yerin özellikleri, fiziksel bir hastalığının

olup olmadığı, almış olduğu psikiyatrik tanı ve psikiyatri polikliniğine başvuru sıklığı gibi araştırmayla ilişkili olabilecek çeşitli kişisel bilgiler yer almaktadır. Formun bir örneği EK 2’de sunulmuştur.

2.2.2. Üstbilişler-30 Ölçeği (ÜBÖ-30)

Psikolojik bozuklukların ortaya çıkması ve sürmesine ilişkin bir yaklaşım sunan üstbilişsel model çerçevesinde çeşitli üstbilişsel inançların değerlendirilmesi amacıyla Wells ve Cartwright-Hatton (2004) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. 30 maddeden oluşmakta, öz bildirim şeklinde uygulanmakta ve dördümlük likert şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişmektedir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Puanın yükselmesi, patolojik üstbilişsel inançlarda bir artış olduğu anlamına gelmektedir. Ölçek, beş alt boyuttan oluşmaktadır:

- 1)Endişe ile ilgili Olumlu İnançlar: Kişinin endişelerinin işlevselliğine dair inançlarını ölçmektedir (Örn: “Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur”).
- 2)Endişe ile ilgili Olumsuz İnançlar: Kişinin endişelerinin kontrol edilebilirliği ve tehlikeli olup olmadığına dair inançlarını değerlendirmektedir (Örn: “Endişelerim benim için tehlikelidir”)
- 3)Bilişsel Güvensizlik: Kişinin belleğine olan güvenini ölçmektedir (Örn: “Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır”)
- 4)Düşünceleri Kontrol İhtiyacı: Kişinin düşünceleri kontrol etme gerekliliğine ve kendi düşüncelerini kontrol edememesinin yol açabileceğini düşündüğü sonuçları ölçmektedir (Örn: “Endişe verici bir düşüncüyü kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur”)
- 5)Bilişsel Farkındalık: Kişinin kendi düşüncelerini izleme ve onların farkına varma (monitoring) eğilimini, dikkatin içedönük olarak odaklanmasını değerlendirmektedir (Örn: Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım.”)

Ölçeğin geliştirildiği çalışmada, araştırmacılar tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısını 0.93 olarak belirtmiştir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarına bakıldığında, bilişsel güvensizlik alt ölçeğinin 0.93, endişe ile ilgili olumlu inançlar ve bilişsel farkındalık alt ölçeklerinin 0.92, endişe ile ilgili olumsuz inançlar alt ölçeğinin 0.91 ve son olarak düşünceleri kontrol ihtiyacı ölçeğinin 0.72 olarak bulunduğu görülmüştür.

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Yılmaz ve diğerleri (2008) tarafından üniversite öğrencileri ve üniversite öğrencisi olmayan yetişkinler örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin özgün formunda olduğu gibi beş boyutlu bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık incelemeleri sonucunda, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının tüm ölçek için 0.87, endişe ile ilgili olumlu inançlar için 0.89, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar için 0.80, bilişsel güvensizlik için 0.89, düşünceleri kontrol ihtiyacı için 0.73 ve bilişsel farkındalık için 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iki yarım güvenirliği tüm ölçek için .90, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise .80 olarak elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlar, ölçeğin Türkiye örnekleminde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir (Yılmaz vd., 2008).

2.2.3. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ-OLUMLU)

Papageorgiou ve Wells (2001) tarafından ruminasyonun yararlarıyla ilgili olumlu inanışları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 9 maddeden oluşmakta, özbildirim şeklinde uygulanmakta ve dördümlük likert şeklinde değerlendirilmektedir. Öleekten alınabilecek puanlar, 9 ile 36 arasında değişmektedir. Maddeler arasında ters puanlanan madde yer almamaktadır. Öleekte, ruminasyonun yararlarına dair düşüncelerin değerlendirilmesi için “Geçmişte başıma gelen kötü şeylerden bir anlam çıkarabilmek için olanlar hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.”, “Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek en önemli şeylere odaklanmama yardımcı olur” şeklinde ifadeler yer almaktadır. Puanın artması, kişinin ruminasyonla ilgili olumlu inanışlarının artması anlamına gelmektedir. Araştırmacılar tarafından yapılan analizler sonucunda, öleceğin tek faktörlü bir yapısının olduğu görülmüş, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89, test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur. Klinik örneklem üzerinde yapılan analiz sonucunda, öleceğin majör depresif bozukluk tanısı almış katılımcıları, tanı almamış kontrol grubundan, agorafobili panik bozukluk ve sosyal fobi tanı gruplarından ayırt edebildiği görülmüştür (Papageorgiou ve Wells, 2001).

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Yılmaz ve diğerleri (2014) tarafından üniversite öğrencileri ve majör depresif bozukluk, panik bozukluk ve sosyal fobi tanıları almış klinik bir örneklem üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin özgün formunda olduğu gibi tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları klinik olmayan grup için 0.92, majör depresif bozukluk grubu için 0.91 ve kaygı bozuklukları grubu için 0.93 olarak bulunmuştur. Test-tekrar-test güvenirlik katsayısı klinik olmayan örneklem için 0.70 olarak hesaplanmıştır.

2.2.4. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ-OLUMSUZ)

Papageorgiou ve Wells (2001) tarafından ruminasyonun yararlarıyla ilgili olumsuz inanışları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 13 maddeden oluşmakta, özbildirim şeklinde uygulanmakta ve dörtlü likert şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 13 ile 52 arasında değişmektedir. Maddeler arasında ters puanlanan madde yer almamaktadır. Puanın artması, kişinin ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlarının artması anlamına gelmektedir. Ölçek, 2 alt boyuttan oluşmaktadır. 8 madde ruminasyonun kontrol edilemezliğine ve tehlikeli olduğuna ilişkin üstbilişsel inançları (Örn: Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni fiziksel olarak hasta eder); 5 madde ise ruminasyonun olumsuz sosyal ve kişiler arası sonuçlarını (Örn: Eğer tekrarlayıcı biçimde düşünürsem insanlar beni reddeder) değerlendirmektedir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt ölçeği için 0.80, ruminasyonun olumsuz kişiler arası ve sosyal sonuçları için 0.83; test-tekrar-test güvenirlik katsayıları aynı sırayla 0.66 ve 0.68 olarak bulunmuştur (Luminet, 2004).

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Yılmaz ve diğerleri (2014) tarafından üniversite öğrencileri ve majör depresif bozukluk, panik bozukluk ve sosyal fobi tanıları almış klinik bir örneklem üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin özgün formunda olduğu gibi iki faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt ölçeği 6 maddeden (1,2,3,6,9,11), ruminasyonun sosyal ve kişiler arası sonuçları alt ölçeği 7 maddeden (4,5,7,8,10,12,13) oluşmaktadır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları klinik olmayan grup için .83, majör depresif bozukluk grubu için 0.89 ve kaygı bozuklukları grubu için 0.85 olarak bulunmuştur. Test-tekrar-test güvenirlik katsayısı klinik olmayan örneklem için 0.73 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçekler incelendiğinde, Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayıları ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt ölçeği için klinik olmayan grupta 0.78, majör depresif bozukluk grubunda 0.85 ve kaygı bozuklukları grubunda 0.83 olarak bulunmuştur. Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları alt ölçeğinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının gruplarda sırasıyla 0.74, 0.82 ve 0.64 olarak bulunduğu görülmüştür (Yılmaz vd., 2014).

2.2.5. Yaşam Olayları Ölçeği

Kişilerin son altı ay veya bir yıl içerisinde başlarından geçmiş olan yaşam olaylarını değerlendirmek için Sarason ve diğerleri (1978) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin özgün formunda 57 yaşam olayı yer almakta ve ölçek özbildirim şeklinde uygulanmaktadır. Ölçek, iki ayrı bölüme ayrılmakta ve hem yaşanan olayları listelemeye hem de bunların kişinin yaşamına olan etkisine yönelik algılarını değerlendirmeye imkan vermektedir. Kişiler, başlarından geçen

olayların etkisini “çok olumsuz”dan (-3) “çok olumlu”ya (+3) uzanan yedili likert şeklinde değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeler sonucunda, ölçekten olumlu yaşam olayları, olumsuz yaşam olayları ve toplam değişim şeklinde üç ayrı puan elde edilmektedir. Bu çalışmada, yaşam olayı sayısından ziyade, kişilerin yaşadıkları olaydan ne kadar olumsuz etkilendikleri değerlendirilerek olumsuz yaşam olayları puanı hesaplanmıştır. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada test-tekrar-test güvenirlik katsayıları olumsuz yaşam olayları için 0.53, olumsuz yaşam olayları için 0.88 ve toplam değişim için 0.64 olarak bulunmuştur (Sarason vd., 1978).

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması, Aslanoğlu (1985) tarafından bir tez çalışması kapsamında yapılmış, bazı maddeler kültüre uygun olarak düzenlenmiştir. Uyarlama çalışmasında, ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.68 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin, üniversite öğrencilerine yönelik olan son 10 maddesi Tüzün (1997) tarafından uyarlanmıştır. Tüzün (1997), ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayılarını olumsuz yaşam olayları için 0.66, toplam değişim için 0.67 olarak bildirmiştir. Ölçek, Yılmaz (2007) tarafından güncellenip psikometrik özellikleri gözden geçirilerek yeniden kullanılmıştır. Yılmaz (2007) çalışmasında, Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayılarını tüm ölçek için 0.74, olumsuz yaşam olayları için 0.79, olumlu yaşam olayları için 0.61 olarak belirtmiştir. 24 kişiyle iki-üç hafta arayla yapılan test-tekrar-test sonuçlarına göre korelasyon katsayıları tüm ölçek için 0.64, olumsuz yaşam olayları için 0.67 ve olumlu yaşam olayları için 0.62 olarak bulunmuştur (Yılmaz, 2007).

2.2.6. Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği

Kişilerin stresli bir olaya yönelik davranışsal ve bilişsel başa çıkma tarzlarını değerlendirmek amacıyla Lazarus ve Folkman (1980) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 66 maddeden oluşmakta, öz bildirim şeklinde uygulanmakta ve dörtlü likert şeklinde değerlendirilmektedir.

Ölçek, ülkemizde ilk olarak Siva (1991) tarafından yeni maddeler eklenerek 74 maddelik bir form halinde kullanılmıştır. Daha sonra, Şahin ve Durak (1995) tarafından 30 maddelik daha kısa bir forma dönüştürülerek kullanılmaya başlanmıştır. Ölçeğin uyarlama çalışması, üç ayrı grup üzerinden tamamlanmıştır. İlk grubu üniversite öğrencileri, ikinci grubu kamu ve özel banka çalışanları ve üçüncü grubu Ankara’da ikamet eden yetişkinler oluşturmuştur (Şahin ve Durak, 1995). Ölçek, bu uyarlama çalışması sonunda özgün formunda olduğu gibi öz bildirim şeklinde uygulanmakta ve dörtlü likert şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar, 30

ile 120 arasında değişmektedir. 1. ve 9. maddeler ters şekilde puanlanmaktadır. Ölçek, iki etkili ve üç etkisiz başa çıkma biçimini değerlendiren beş alt ölçekten oluşmaktadır:

1)Kendine Güvenli Yaklaşım: Stresle başa çıkmada etkili yöntemlerden biri olarak ele alınmakta ve kişilerin sorun karşısında aktif olarak çözüm üretme ve plan yapma yaklaşımlarını değerlendirmektedir. 7 maddeden (8,10, 14, 16, 20, 23, 26) oluşmaktadır. (Örn: Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.)

2)İyimser Yaklaşım: Stresle başa çıkmada etkili yöntemlerden biri olarak ele alınmakta ve kişilerin olaylara karşı olan iyimserliğini değerlendirmektedir. 5 maddeden (2, 4, 6, 12, 18) oluşmaktadır. (Örn: Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.)

3)Sosyal Destek Arama: Stresle başa çıkmada etkili yöntemlerden biri olarak ele alınmakta ve kişilerin sorunlar karşısında yardım isteme ve sorunu paylaşma yaklaşımlarını değerlendirmektedir. 4 maddeden (1, 9, 29, 30) oluşmaktadır. (Örn: Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.)

4)Çaresiz Yaklaşım: Stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerden biri olarak ele alınmakta ve kişilerin sorunlar karşısında kendini suçlama yaklaşımlarını ve kendini çaresiz hissetme duygularını değerlendirmektedir. 8 maddeden (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28) oluşmaktadır. (Örn: Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.)

5)Boyun Eğici Yaklaşım: Stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerden biri olarak ele alınmakta ve kişilerin kaderci yaklaşımlarını değerlendirmektedir. 6 maddeden (5, 13, 15, 17, 21, 24) oluşmaktadır. (Örn: Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.)

Ölçeğin uyarlamasının yapıldığı çalışmada, alt ölçeklerin Cronbach alfa güvenirlik katsayılarının 0.45 ile 0.80 arasında değiştiği görülmektedir. Üniversite öğrencileri ve banka çalışanları grubunda Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı en yüksek olan alt ölçeğin Kendine Güvenli Yaklaşım (sırasıyla, 0.80 ve 0.77), Ankara’da ikamet eden yetişkinler grubunda ise Çaresiz Yaklaşım (0.68) olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencileri ve banka çalışanları grubunda Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı en düşük olan alt ölçeğin Sosyal Destek Arama (sırasıyla 0.47 ve 0.45) olduğu dikkat çekmiştir. Ankara’da ikamet eden yetişkinler grubunda ise en düşük Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısına sahip alt ölçeğin Boyun Eğici Yaklaşım (0.47) olduğu görülmüştür. Şahin ve diğerleri (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, alt ölçekler etkili ve etkisiz başa çıkma yolları olarak ele alınmış ve Cronbach alfa iç

tutarlılık güvenirlik katsayıları etkili başa çıkma yolları için 0.82, etkisiz başa çıkma yolları için 0.78 olarak bulunmuştur.

2.2.7. Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonun duygusal, bilişsel, vejetatif ve motivasyonel bileşenlerini değerlendirmek üzere oluşturulan ölçek Beck ve diğerleri (1961) tarafından yılında geliştirilmiştir. Ölçek, daha sonra Beck ve diğerleri (1988) tarafından güncellenerek günümüzdeki şeklini almıştır. Ölçek, 21 maddeden oluşmakta, öz bildirim şeklinde uygulanmakta ve dörtlü likert şeklinde değerlendirilmektedir. Kişilerden bugün dahil son bir haftayı göz önünde bulundurarak değerlendirme yapmaları istenmektedir. Öleekten alınabilecek puanlar 0 ile 63 arasında değişmektedir. Puanın yükselmesi, depresif belirtilerin arttığı anlamına gelmektedir. Beck Depresyon Öleeei'nin kullanıldığı çalışmaların bir araya getirilmesiyle ortaya çıkan sonuçlar, öleeeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının psikiyatrik örneklem için 0.86, psikiyatrik olmayan örneklem içinse 0.81 olduğunu göstermiştir (Beck vd., 1988).

Ülkemizde ilk olarak Teğın (1980) tarafından uyarlanan öleeeğin daha sonra geçerlik-güvenirlik çalışmaları Şahin (1988, 1989) tarafından yapılmıştır. Psikiyatrik örneklemde yapılan çalışma sonucunda öleeeğin MMPI-D skalası ile arasındaki korelasyon katsayısı 0.63 olarak elde edilmiştir (Şahin, 1988). Aynı çalışmada, öleeekten alınan 17 puan ve üstünün %90'ın üzerinde bir olasılıkla klinik depresyonu ayırt edebileceği belirtilmiştir. Klinik örneklemde yürütölen bir başka çalışmada, öleeeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (Arkar ve Şafak, 2004). Şahin (1989) tarafından üniversite öğrencileri örnekleminde yapılan çalışmada, öleeeğin güvenirlik incelemeleri için yürütölen madde analizi sonucunda korelasyon katsayısı 0.80 ve yarıya bölme tekniğı sonucunda korelasyon katsayısı 0.74 olarak elde edilmiştir.

2.2.8. Beck Anksiyete Öleeei

Öleee, Beck ve diğerleri (1988) tarafından anksiyete belirtilerini depresyon belirtilerinden ayırt edebilmek amacıyla geliştirilmiş olan öleee, 21 maddeden oluşmakta, öz bildirim şeklinde uygulanmakta ve dörtlü likert şeklinde değerlendirilmektedir. Kişilerden bugün dahil son bir haftayı göz önünde bulundurarak değerlendirme yapmaları istenmektedir. Öleeekten alınabilecek puanları 0 ile 63 arasında değişmektedir. Puanın yükselmesi, anksiyete belirtilerinin artması anlamına gelmektedir. Beck ve diğerleri (1988) tarafından yapılan çalışmada, öleeeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0.92 olarak bulunduğı bildirilmiştir.

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmaları, Ulusoy ve diğerleri (1998) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar, ölçeğin anksiyete belirtileri olan hastaları başarılı bir şekilde ayırt edebildiğini ve ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0.93 olduğunu ifade etmişlerdir (Ulusoy vd., 1998).

2.3. İşlem

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinlerin alınmasının ardından veri toplama işlemine 2017 yılının şubat ayı içerisinde başlanmış ve toplamda bir yıl boyunca devam etmiştir. İlk ölçümlerin alınmasından üç ay sonra katılımcılar telefonla aranarak takip ölçümü için psikiyatri polikliniğine davet edilmişlerdir. Ölçüm zamanını sabitleyebilmek amacıyla, ilk uygulamadan üç ay sonraki gün belirlendikten sonra, katılımcılar en erken bu tarihten bir hafta önce ve en geç bir hafta sonrasına kadar polikliniğe çağırılmıştır. Her iki ölçüm zamanında da tüm veri toplama araçları uygulanmıştır.

Veri toplama işlemi Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'nde kâğıt-kalem yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara, Bilgilendirilmiş Onam Formu ve ön yüzünde çalışmayla ilgili bir bilgilendirmenin bulunduğu veri toplama araçları sunulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dışlanma kriterlerine sahip olmayan katılımcılar, poliklinikte bulunan test odasında Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu ve verilen ölçekleri doldurmuşlardır. Katılımcılara çalışma ve yönerge araştırmacı tarafından aynı cümlelerle yüz yüze açıklanmış, uygulama sırasındaki soruları yine araştırmacı tarafından cevaplandırılmıştır. Katılımcılara, araştırmanın iki aşamalı olduğu ve üç ay sonra ölçekleri tekrar doldurmaları için psikiyatri kliniğine gelmelerinin rica edileceği sözlü olarak da bildirilmiştir. Ölçeklerin uygulanması yaklaşık olarak 30-45 dakika arasında sürmüştür. Uygulanan ölçekler, sıra etkisinin kontrol edilmesi amacıyla farklı sıralarda düzenlenerek katılımcılara uygulanmıştır.

2.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu imzalayan, 18 yaşın üzerinde olan, okur-yazar olan, görme işlevleriyle ilgili sorunu olmayan, poliklinik hizmeti için başvuru yapmış, depresyon bozuklukları, kaygı bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, beslenme ve yeme bozuklukları şemsiyeleri altında tanılar almış hastalar

araştırmaya dahil edilmiştir. Hastaların almış oldukları tanılar, sistemden kontrol edilerek bu tanılara sahip katılımcılar araştırmaya davet edilmiştir.

2.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya katılmaya gönüllölük göstermeyen, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu’nu imzalamak istemeyen, 18 yaşından küçük olan, okuma-yazma bilmeyen, görme işlevleriyle ilgili sorun yaşayan, sağlık kurulu veya adli sistem tarafından yönlendirilmiş, şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar, bipolar ve ilişkili bozukluklar, nörogelişimsel bozukluklar, nörobilişsel bozukluklar, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları şemsiyeleri altında tanısı bulunan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.



3. BÖLÜM

3.BULGULAR

Bulgular beş başlık altında toplanmıştır. İlk bölümde asıl analizlere geçmeden önce veri setinin düzenlenmesine ve temel varsayımların karşılanmasına ilişkin yürütülen ön çalışmalarla ilgili ve temel analizlere yönelik bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde, çalışmada incelenen değişkenlerin betimsel istatistiklerine ve değişkenler arası korelasyon değerlerine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde, anksiyete ve depresyon belirtilerinin kesitsel olarak yordanmasına ilişkin çoklu hiyerarşik regresyon analizi sonuçları bildirilmiştir. Dördüncü bölümde ruminasyonla ilgili inanışlar ve depresyon arasındaki ilişkide başa çıkma tarzlarının aracı etkileri incelenmiştir. Son olarak beşinci bölümde, üstbilişsel inançlar ve depresyon ile anksiyete belirtilerinin ileriye yönelik yordanması amacıyla yürütülen regresyon analizlerine, nedensel ilişkileri incelemek amacıyla yürütülen cross-lagged analizinin bulgularına ve ardından üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon belirtilerini yordayıp yordamadığını sınamak için yürütülen regresyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

3.1. İstatistiksel Analizler

Öncelikle araştırmada incelenecek değişkenler, normallik açısından mercek altına alınmıştır. Alt boyutlarla birlikte tüm değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş, +/- 1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2001) aralığı normal dağılım olarak kabul edilmiş ve analiz edilecek değişkenlerin değerlerinin bu aralıkta olduğu tespit edilmiştir.

SPSS 22.0 (IBM, 2013) programı kullanılarak kayıp veri analizi yapılmış ve tüm alt boyutlarda eksik verilerin rastlantısal olarak dağıldığı tespit edilmiştir. Eksik veriler, seri ortalama atama yöntemi kullanılarak tamamlanmıştır.

Değişkenler arasında oto-korelasyon olup olmadığı Durbin-Watson testiyle incelenmiştir. Bu teste göre, 0-4 arasında değişen değerlerin 2'ye yakın olması hataların ilişkili olmadığı anlamına gelmektedir (Field, 2009: 236). Analiz sonuçları, değişkenler arasındaki değerlerin 1.62 ile 1.92 arasında değiştiğini göstermektedir. Hatalar arasında ilişki bulunmamaktadır.

Değişkenler arasında çoklu bağlantı (multicollinearity) sorunu olup olmadığını tespit etmek için VIF (variance inflation factor) değerleri incelenmiştir. Myers (1990), bu değer 10'un üstünde olması durumunda çoklu bağlantı sorununu irdelenmek gerektiğini ileri sürmüştür.

Yapılan analiz sonuçlarına göre, VIF değerlerinin 1.04 ile 1.50 arasında değiştiği, çoklu bağlantı sorunu bulunmadığı görülmüştür.

Çalışma kapsamında, öncelikle üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon belirtileriyle olan ilişkileri Pearson korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir. Anksiyete ve depresyon belirtilerinin kesitsel ve ileriye yönelik olarak yordanması amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Üstbilişsel inançlar ve duygusal belirtiler arasındaki ilişkiye başa çıkma yaklaşımlarının aracı etkileri SPSS 22 (IBM, 2013) programına eklentili olan PROCESS (Hayes, 2016) uygulamasında 4 numaralı model kullanılarak paralel çoklu aracılık modeli şeklinde yapılmıştır. Üstbilişsel inançlar ve duygusal belirtiler arasındaki karşılıklı ilişkilerin incelenmesi için ileriye yönelik araştırmalarda önerilen Cross-Lagged model denenmiştir. Bu modelin ardından, yine karşılıklı ilişkilerin incelenmesi amacıyla duygusal belirtilerin bağımlı değişken olduğu ters regresyon analizleri yürütülmüştür.

3.2. Değişkenlerin Betimsel İstatistikleri ve Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Tablo 3.1. İncelenen Değişkenlerin Betimsel İstatistik Sonuçları (Birinci Ölçüm Verileri)

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	Alınabilecek En Düşük-Yüksek Puan	Cronbach Alfa Katsayıları
ÜBÖ-30 Toplam	63.74	13.08	30-120	0.89
ÜBÖ-1 Olumlu İnançlar	10.20	3.74	6-24	0.81
ÜBÖ-2 Olumsuz İnançlar	14.00	4.70	6-24	0.83
ÜBÖ-3 Bilişsel Güvensizlik	11.89	4.52	6-24	0.87
ÜBÖ-4 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	12.90	4.19	6-24	0.75
ÜBÖ-5 Bilişsel Farkındalık	14.24	3.46	6-24	0.69
RUMİ Olumlu İnanışlar	20.17	6.54	9-36	0.89
RUMİ Olumsuz İnanışlar	25.99	8.08	13-52	0.87
RUMİ Olumsuz-1	13.84	4.44	6-24	0.82
RUMİ Olumsuz- 2	12.27	4.44	7-28	0.80
Stres- Kendine Güvenli Yaklaşım	19.82	4.38	7-28	0.73

Stres- Çaresiz Yaklaşım	21.65	4.57	8-32	0.74
Stres- Boyun Eğici Yaklaşım	13.21	3.28	6-24	0.59
Stres- İyimser Yaklaşım	13.40	3.36	5-20	0.79
Stres- Sosyal Destek	11.23	2.61	4-16	0.64
Yaşam Olayları- Olumsuz Değişim	-8.38	7.67	-58/-1	0.65
BDÖ Toplam	19.00	11.47	0-63	0.91
BAÖ Toplam	21.58	12.93	0-63	0.94

ÜBÖ-30: Üstbilişler Ölçeği-30; RUMİ Olumlu İnanışlar: Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği; RUMİ Olumsuz İnanışlar: Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği; RUMİ Olumsuz-1: Ruminasyonun Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi; RUMİ Olumsuz-2: Ruminasyonun Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçları; Stres: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; Yaşam Olayları: Yaşam Olayları Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

Değişkenlerin betimsel özellikleri klinik örnekleme yapılan çalışmaların alanyazını temelinde gözden geçirildiğinde, üstbiliş değişkenlerinin ortalamalarının alanyazınla benzer olduğu görülmüştür (Görgü, 2014; Watkins ve Moulds, 2005).

Tablo 3.2. İncelenen Değişkenlerin Betimsel İstatistik Sonuçları (Takip Ölçümü Verileri)

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	Alınabilecek En Düşük-Yüksek Puan	Cronbach Alfa Katsayıları
ÜBÖ-30 Toplam	63.18	15.70	30-120	0.93
ÜBÖ-1 Olumlu İnançlar	10.59	3.61	6-24	0.80
ÜBÖ-2 Olumsuz İnançlar	13.51	5.00	6-24	0.90
ÜBÖ-3 Bilişsel Güvensizlik	11.65	5.21	6-24	0.92
ÜBÖ-4 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	12.07	4.27	6-24	0.79
ÜBÖ-5 Bilişsel Farkındalık	14.16	3.68	6-24	0.72
RUMİ Olumlu İnanışlar	18.63	6.65	9-36	0.91
RUMİ Olumsuz İnanışlar	25.90	9.66	13-52	0.92
RUMİ Olumsuz-1	13.49	5.20	6-24	0.88
RUMİ Olumsuz- 2	12.39	5.20	7-28	0.86
BDÖ Toplam	14.36	11.69	0-63	0.93
BAÖ Toplam	16.85	13.93	0-63	0.96

ÜBÖ-30: Üstbilişler Ölçeği-30; RUMİ Olumlu İnanışlar: Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği; RUMİ Olumsuz İnanışlar: Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği; RUMİ Olumsuz-1: Ruminasyonun Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi; RUMİ Olumsuz-2: Ruminasyonun Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçları; Stres: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; Yaşam Olayları: Yaşam Olayları Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

3.2.1. Korelasyon Analizleri

Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla korelasyon analizi yürütülmüştür. Birinci ölçüm verileri arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 3.3.'de gösterilmiştir. Tablo 3.3. gözden geçirildiğinde, üstbilişsel inançların tüm boyutlarının anksiyeteye pozitif yönde ilişkili olduğu; depresif belirtilerle ise bilişsel farkındalık boyutu dışında tüm boyutlarının aynı yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların da benzer şekilde depresyon ve anksiyete belirtilerle pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer bir deyişle, üstbilişsel inançların artması, depresyon ve anksiyete belirtilerinin de artması anlamına gelmektedir.



Tablo 3.3. Birinci ölçüm değişkenlerinin birbiriyle olan korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.Cinsiyet	1	.01	.08	.14	.04	.10	.18*	.006	.04	.11	.04	.16*	-.01	-.06	-.08	.09	-.03	-.06	.05	.05
2.Yaş		1	-.01	.13	-.11	.19**	-.10	-.19*	-.12	-.06	-.07	-.04	.09	-.11	.13	.18*	-.09	.09	-.15*	-.004
3.ÜBÖ-30			1	.70***	.68***	.52***	.71***	.56***	.50***	.56***	.57***	.49***	-.14	.44***	.13	-.22**	-.11	-.29***	.41***	.45***
4.ÜBÖ1				1	.40***	.37***	.48***	.25**	.37***	.28***	.28***	.29***	-.08	.26***	.17*	-.05	-.16*	-.17*	.24**	.27***
5.ÜBÖ2					1	.26***	.62***	.40***	.45***	.62***	.68***	.49***	-.29***	.55***	.11	-.40***	-.03	-.31***	.48***	.51***
6.ÜBÖ3						1	.23*	.01	.21**	.33***	.36***	.28***	-.16*	.34***	.29***	-.07	-.19**	-.25**	.30***	.42***
7.ÜBÖ4							1	.48***	.49***	.53***	.52***	.50***	-.08	.38***	.08	-.15*	-.17*	-.21**	.31***	.28***
8.ÜBÖ5								1	.39***	.28***	.30***	.23**	.19*	.13	-.14	-.02	.03	-.14	.12	.15*
9.RUMİ+									1	.49***	.50***	.42***	-.11	.44***	.13	-.17*	-.07	-.34***	.34***	.26***
10.RUMİ-										1	.87***	.87***	-.26***	.52***	.14	-.26***	-.11	-.31***	.49***	.38***
11.RUMİ-1											1	.60***	-.31***	.53***	.14	-.35***	-.06	-.29***	.43***	.35***
12.RUMİ-2												1	-.18*	.46***	.20**	-.13	-.16*	-.31***	.51***	.38***
13.Stes1													1	-	-.05	.61***	.10	.12	-	-.28***
14.Stes2														1	.34***	-.33***	-.22**	-.28***	.40***	.40***
15.Stes3															1	.41***	-.22**	-.11	.29***	.16***
16.Stes4																1	.09	-.22**	-.11	-.26***
17.Stes5																	1	.004	-.14	-.09
18.YO-																		1	-.36***	.45***
19.BDÖ																			1	.59***
20.BAÖ																				1

*p<.05; **p<.01; p<.001

1.ÜBÖ-30:Üstbilişler Ölçeği-30 toplam; 2.ÜBÖ-1: Olumlu inançlar; 3.ÜBÖ-2: Olumsuz inançlar; 4.ÜBÖ-3: Bilişsel güvensizlik; 5.ÜBÖ-4: Düşünceleri kontrol ihtiyacı; 6.ÜBÖ-5: Bilişsel farkındalık; 7.RUMİ+: Ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar; 8.RUMİ-: Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar; 9.RUMİ-1: Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi; 10.RUMİ-2: Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları; 11.Stes1: Kendine güvenli yaklaşım; 12.Stes2: Çaresiz yaklaşım; 13.Stes3: Boyun eğici yaklaşım; 14.Stes4: İyimser yaklaşım; 15.Stes5: Sosyal destek; 16.YO-: Olumsuz yaşam olayları; 17.BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; 18.BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

3.3. Regresyon Analizleri: Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Kesitsel Olarak Yordanması

3.3.1. Anksiyete Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar, Olumsuz Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Tarafından Kesitsel Olarak Yordanması

Öncelikle, üstbilişsel modelin öngördüğü şekilde üstbilişsel inançların cinsiyet, yaş, depresyon düzeyi gibi temel kontrol değişkenlerinin yanı sıra, olumsuz yaşam olayları ve stresle başa çıkma tarzlarının etkilerinin kontrol edildiği durumda hala anksiyete varyansını açıklayıp açıklamadığını görebilmek için dört basamaklı hiyerarşik çoklu regresyon analizi yürütülmüştür. Değişkenler, analize enter metoduyla dahil edilmiştir. Birinci basamakta cinsiyet, yaş ve depresyon düzeyi; ikinci basamakta olumsuz yaşam olayları; üçüncü basamakta stresle başa çıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım) ve son basamakta üstbilişsel inançlar (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) analize dahil edilmiştir.

Analiz sonuçları Tablo 3.4.'te özetlenmiştir.

Tablo 3.4. Anksiyete Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar, Olumsuz Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Tarafından Kesitsel Olarak Yordanması

Basamaklar	Yordayan Faktörler	β	t	F değişim	U. R ²
1	Cinsiyet	.02	.33	32.92***	.34
	Yaş	.09	1.45		
	Depresyon düzeyi (BDÖ)	.60	9.90***		
2	Cinsiyet	.02	.26	2.96	.35
	Yaş	.09	1.45		
	Depresyon düzeyi (BDÖ)	.55	8.16***		
	Olumsuz yaşam olayları	-.12	-1.72		
3	Cinsiyet	.02	.39	0.63	.35
	Yaş	.11	1.65		
	Depresyon düzeyi (BDÖ)	.46	5.82***		
	Olumsuz yaşam olayları	-.11	-1.62		
	Kendine güvenli yaklaşım	-.02	-.29		
	Çaresiz yaklaşım	.11	1.41		
	Boyun eğici yaklaşım	-.05	-.65		
	İyimser yaklaşım	-.03	-.34		
	Sosyal destek yaklaşımı	.003	.05		
4	Cinsiyet	-.002	-.04	6.55***	.44
	Yaş	.04	.69		
	Depresyon düzeyi (BDÖ)	.41	5.25***		
	Olumsuz yaşam olayları	-.05	-.81		
	Kendine güvenli yaklaşım	-.01	-.18		
	Çaresiz yaklaşım	-.05	-.56		
	Boyun eğici yaklaşım	-.06	-.80		
	İyimser yaklaşım	.03	.42		
	Sosyal destek yaklaşımı	-.02	-.33		
	Olumlu inançlar	.001	.02		
	Olumsuz inançlar	.34	3.81***		
	Bilişsel güvensizlik	.24	3.61***		
	Düşünceleri kontrol ihtiyacı	-.10	-1.25		
	Bilişsel farkındalık	.01	.14		

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

Birinci basamakta kontrol edilmesi planlanan cinsiyet, yaş ve depresyon düzeyi değişkenlerinin anksiyete varyansının % 34'ünü açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .34$, $F(3, 179) = 32.92$, $p<.001$). İkinci basamakta, olumsuz yaşam olaylarının varyansa anlamlı bir katkı

yapmadığı görülmüştür ($R^2 = .35$, $F(1, 178) = 2.96$, $p > .05$). Üçüncü basamakta stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ile ilişkili olan 4 boyutu analize dahil edilmiş ancak yine anlamlı bir katkı sağlamadığı görülmüştür ($R^2 = .35$, $F(4, 174) = .79$, $p > .05$). Son olarak, tüm bu diğer değişkenlerin katkısından bağımsız olarak üstbilişsel inançların modele ne kadar katkı sağladığını görmek amacıyla son basamakta üstbilişsel inançların anksiyete ile ilişkili olan dört boyutu analize dahil edilmiştir. Üstbilişsel inançların eklenmesiyle birlikte açıklanan anksiyete varyansının %44'e yükseldiği dikkat çekmiştir ($R^2 = .44$, $F(4, 170) = 8.25$, $p < .001$). Son basamak gözden geçirildiğinde, depresyon düzeyinin, olumsuz inançların ve bilişsel güvensizliğin anksiyetenin bağımsız yordayıcıları olduğu; olumsuz yaşam olaylarının ve stresle başa çıkma tarzlarının ise modele bağımsız katkılarının olmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada, depresyona özgü olarak belirtilen üstbilişsel değişkenler olan ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inançların anksiyete belirtilerini yordayıp yordamadığı da incelenmiştir. Benzer şekilde, depresyon düzeyi, olumsuz yaşam olaylarının ve stresle başa çıkma yaklaşımları kontrol edilmiştir. Sonuçlar, anksiyete belirtilerinin yordanmasında ruminasyonla ilgili ne olumlu ne de olumsuz inanışların rolünün olmadığını göstermiştir ($R^2 = .34$, $F(4, 170) = 0.40$, $p > .05$).

3.3.2. Depresyon Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar, Ruminasyonla İlgili Olumlu ve Olumsuz İnanışlar, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Olumsuz Yaşam Olayları Tarafından Yordanması

Depresyon belirtilerinin yordanmasında rol oynayan değişkenlerinin değerlendirilmesi amacıyla iki farklı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İki farklı regresyon analizi yapılmasının amacı, kuramsal ve istatistiksel olarak aynı analizde hem üstbilişsel inançların hem de ruminasyonla ilgili inanışların bir arada ele alınmasının uygun olmayacağı düşüncesidir. İlk analizde, depresif belirtilerin yordanmasında üstbilişsel inançların etkileri; ikinci analizde ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların etkileri sınanmıştır. Her iki analizde de, ilk basamakta kontrol edilmesi planlanan cinsiyet, yaş ve anksiyete düzeyi analize dahil edilmiştir. İkinci basamakta depresyon belirtileri üzerinde etkisi olabileceği düşünülerek olumsuz yaşam olayları analize yer almıştır. Üçüncü basamakta üçüncü basamakta stresle başa çıkma tarzlarının beş boyutu analize dahil edilmiştir. Son basamakta ise, tüm diğer basamaklarda analize dahil edilen değişkenlerin haricinde depresyon varyansına ne kadar katkı yaptığını görmek amacıyla ilk analizde

üstbilişsel inançlar, ikinci analizde ruminasyonla ilgili inanışlar analize girmiştir. Analiz sonuçları Tablo 3.5.'de ve Tablo 3.6.'da özetlenmiştir.

Aşağıdaki tabloda ilk olarak üstbilişsel inançların depresif belirtiler üzerindeki yordayıcılığı sınanmıştır.

Tablo 3.5. Depresyon Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar, Olumsuz Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Tarafından Kesitsel Olarak Yordanması

Basamaklar	Yordayan Faktörler	β	t	F değişim	U. R ²
1	Cinsiyet	.02	.37	35.14***	.36
	Yaş	-.15	-2.54*		
	Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.59	9.90***		
2	Cinsiyet	.01	.20	18.67***	.42
	Yaş	-.13	-2.25*		
	Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.50	8.16***		
	Olumsuz yaşam olayları	-.26	-4.32***		
3	Cinsiyet	.05	.92	10.84***	.54
	Yaş	-.10	-1.93		
	Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.34	5.82***		
	Olumsuz yaşam olayları	-.21	-3.78***		
	Kendine güvenli yaklaşım	-.16	-2.47*		
	Çaresiz yaklaşım	.25	3.82***		
	Boyun eğici yaklaşım	.12	1.10**		
	İyimser yaklaşım	-.04	-.57		
	Sosyal destek yaklaşımı	-.01	-.26		
4	Cinsiyet	.05	.89	0.24	.53
	Yaş	-.09	-1.58		
	Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.34	5.25***		
	Olumsuz yaşam olayları	-.21	-3.73**		
	Kendine güvenli yaklaşım	-.18	-2.56*		
	Çaresiz yaklaşım	.24	3.30**		
	Boyun eğici yaklaşım	.13	2.14**		
	İyimser yaklaşım	-.03	-.45		
	Sosyal destek yaklaşımı	-.02	-.31		
	Olumlu inançlar	.01	.16		
	Olumsuz inançlar	.01	.11		
	Bilişsel güvensizlik	-.05	-.77		
	Düşünceleri kontrol ihtiyacı	.01	.14		
	Bilişsel farkındalık	.03	.48		

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

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, birinci basamakta kontrol edilmesi planlanan cinsiyet, yaş ve anksiyete düzeyi değişkenlerinin depresif belirti varyansının % 36'sını açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .36$, $F (3, 179) = 35.14$, $p < .001$). İkinci basamakta olumsuz yaşam olaylarının eklenmesiyle açıklanan varyans %42'ye yükselmiştir ($R^2 = .42$, $F (1, 178) = 18.67$, $p < .001$). Üçüncü basamakta, stresle başa çıkma tarzlarının analize dahil olmasıyla açıklanan depresyon varyansının %54'e yükseldiği görülmüştür ($R^2 = .54$, $F (4, 174) = 10.84$, $p < .001$). Dördüncü basamakta üstbilişsel inançların eklenmesiyle açıklanan varyansta anlamlı bir değişim olmadığı dikkat çekmiştir ($R^2 = .53$, $F (4, 170) = .24$, $p > .05$). Son basamak gözden geçirildiğinde, anksiyete düzeyinin, olumsuz yaşam olaylarının, kendine güvenli yaklaşımın, çaresiz yaklaşımın ve boyun eğici yaklaşımın depresif belirtilerin bağımsız yordayıcıları olduğu görülmüştür.

Aşağıdaki tabloda (Tablo 3.6.), ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların depresif belirtiler üzerindeki yordayıcılığına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Tablo 3.6. Depresyon Belirtilerinin Ruminasyonla İlgili İnanışlar, Olumsuz Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Tarafından Kesitsel Olarak Yordanması

Basamaklar	Yordayan Faktörler	β	t	F değişim	U. R ²
1	Cinsiyet	.02	.37	35.14***	.36
	Yaş	-.15	-2.54*		
	Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.59	9.90***		
2	Cinsiyet	.01	.20	18.67***	.42
	Yaş	-.13	-2.25*		
	Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.50	8.16***		
	Olumsuz yaşam olayları	-.26	-4.32***		
3	Cinsiyet	.05	.92	10.84***	.54
	Yaş	-.10	-1.93		
	Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.34	5.82***		
	Olumsuz yaşam olayları	-.21	-3.78***		
	Kendine güvenli yaklaşım	-.16	-2.47*		
	Çaresiz yaklaşım	.25	3.82***		
	Boyun eğici yaklaşım	.12	1.10**		
	İyimser yaklaşım	-.04	-.57		
	Sosyal destek yaklaşımı	-.01	-.26		
4	Cinsiyet	.02	.35	3.76*	.57
	Yaş	-.10	-1.90		
	Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.31	5.28***		
	Olumsuz yaşam olayları	-.18	-3.26**		
	Kendine güvenli yaklaşım	-.16	-2.42*		
	Çaresiz yaklaşım	.20	2.81**		
	Boyun eğici yaklaşım	.12	1.99**		
	İyimser yaklaşım	-.07	-.97		
	Sosyal destek yaklaşımı	.004	.08		
	Ruminasyon olumlu inanışlar	-.004	-.06		
	Ruminasyonun tehlikesi	-.06	-.83		
	Ruminasyonun sosyal sonuçları	.22	3.27**		

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

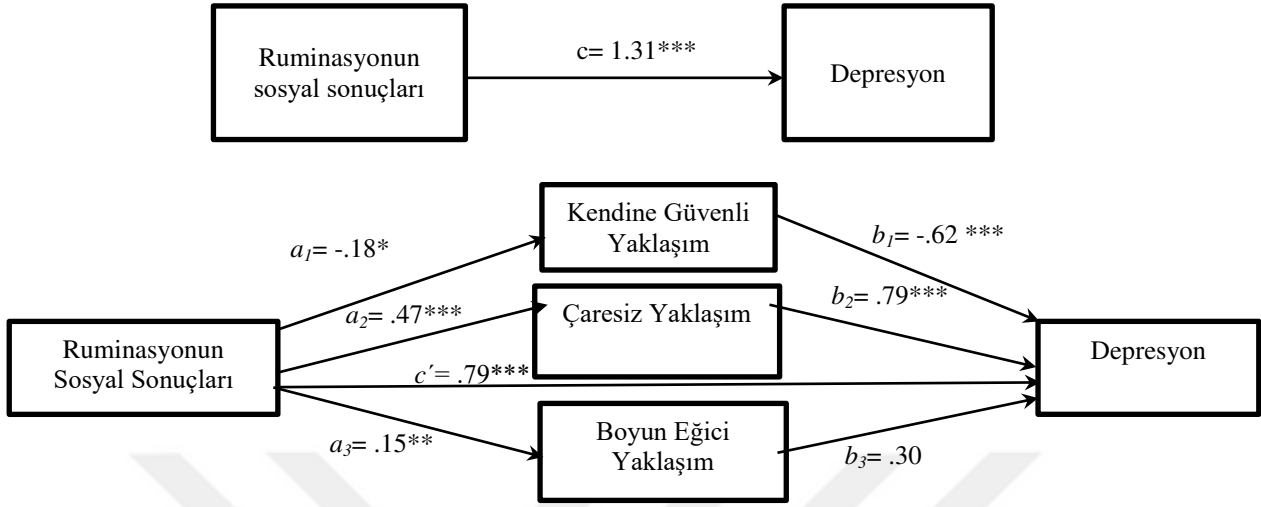
Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, birinci basamakta kontrol edilmesi planlanan cinsiyet, yaş ve anksiyete düzeyi değişkenlerinin depresif belirti varyansının %

36'sını açıkladığı bulunmuştur ($R^2 = .36$, $F(3, 179) = 35.14$, $p < .001$). İkinci basamakta olumsuz yaşam olaylarının eklenmesiyle açıklanan varyans %42'ye yükselmiştir ($R^2 = .42$, $F(1, 178) = 18.67$, $p < .001$). Üçüncü basamakta, stresle başa çıkma tarzlarının analize dahil olmasıyla açıklanan depresyon varyansının %54'e yükseldiği tespit edilmiştir ($R^2 = .54$, $F(4, 174) = 10.84$, $p < .001$). Dördüncü basamakta ruminasyonla ilgili inanışların eklenmesiyle açıklanan varyans %57'ye yükselmiştir. ($R^2 = .57$, $F(4, 170) = 3.76$, $p < .05$). Son basamak gözden geçirildiğinde, anksiyete düzeyinin, olumsuz yaşam olaylarının, kendine güvenli yaklaşımın, çaresiz yaklaşımın, boyun eğici yaklaşımın ve ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının depresif belirtilerin bağımsız yordayıcıları olduğu görülmüştür.

Her iki regresyon analizi genel olarak gözden geçirildiğinde, depresif belirtilerin yordanmasında, üstbilişsel inançların beş boyutunun da rolünün olmadığı bulunmuştur. Diğer yandan, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışların anksiyete düzeyi, olumsuz yaşam olayları ve başa çıkma yaklaşımlarının etkilerine rağmen depresif belirtilerin yordanmasında etkili olduğu görülmüştür.

3.3.3. Ruminasyonun Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçları ile Depresyon Arasındaki İlişkide Başa Çıkma Tarzlarının Aracı Rolü

Yapılan analizler sonucunda, üstbilişsel inançlardan ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının depresyon belirtilerini yordadığı görülmüştür. Bu bölümde, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları ile depresyon arasındaki ilişkide başa çıkma tarzlarının (kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım) aracı rolleri incelenmiştir. Aracılık analizleri SPSS 22 (IBM, 2013) programına eklentili olan PROCESS (Hayes, 2016) uygulamasında 4 numaralı model kullanılarak paralel çoklu aracılık modeli şeklinde yapılmıştır. Modele ve sonuçlara ilişkin figür aşağıda belirtilmiştir.



Şekil 3.1. Ruminasyonun Sosyal Sonuçları Depresyon Arasındaki İlişkide Başa Çıkma Tarzlarının Aracı Rolüne İlişkin Model

Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının, kendine güvenli yaklaşım ($a_1 = -.18$, $p < .05$, %95 GA $[-.32, -.04]$), çaresiz yaklaşım ($a_2 = .47$, $p < .001$, %95 GA $[.33, .60]$) ve boyun eğici yaklaşım ($a_3 = .15$, $p < .001$, %95 GA $[.04, .25]$) boyutlarını anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Ayrıca, kendine güvenli yaklaşımın ($b_1 = -.62$, $p < .001$, %95 GA $[-.93, -.32]$) ve çaresiz yaklaşımın ($b_2 = .79$, $p < .001$, %95 GA $[.44, 1.13]$) depresyonu anlamlı olarak yordadığı görülmüş ancak boyun eğici yaklaşımın depresyonu anlamlı olarak yordamadığı bulunmuştur ($b_3 = .30$, $p > .05$, %95 GA $[-.12, .72]$). Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, aracı değişkenler olmaksızın var olan ilişkinin ($c = 1.31$, $p < .001$, %95 GA $[.98, 1.64]$) aracı değişkenler dahil olduğunda azaldığı ($c' = .79$, $p < .001$, %95 GA $[.47, 1.11]$) görülmüştür. Preacher ve Hayes (2004), aracılık rolünü iki değişken arasındaki ilişkinin üçüncü bir değişkenin etkisiyle azalma göstermesi olarak tanımlamaktadır. Bu durumda, kendine güvenli yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları ile depresyon arasındaki ilişkiye kısmi olarak aracılık ettiği söylenebilmektedir. Modelin tamamına bakıldığında, depresyon varyansının % 25'inin açıklandığı görülmektedir ($R^2 = .25$, $p < .001$).

3.4. Anksiyete ve Depresyon Belirtileri ile Üstbilişsel İnançlar Arasındaki İlişkileri İleriye Yönelik (Prospektif) Olarak İnceleyen Analizler

Bu bölümde, ilk olarak birinci ölçüm ve takip ölçümü arasında depresyon, anksiyete ve üstbiliş değişkenlerinin puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını görmek amacıyla bağımlı örneklem t-test uygulanmıştır. Sonrasında, üstbiliş değişkenleri ve anksiyete ve depresyon puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla temel ölçümler kontrol edilerek ve edilmeyerek korelasyon analizi yürütülmüştür. Sonrasında, ilk ölçümde elde edilen üstbiliş değişkenlerinin takip ölçümündeki anksiyete ve depresyon puanlarını yordayıp yordamadığını anlamak amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Son olarak, ters regresyon modelleri denenerek birinci ölçümdeki anksiyete ve depresyon belirtilerinin ikinci ölçümdeki üstbiliş değişkenlerini yordayıp yordamadığı test edilmiştir.

Tablo 3.7. Zaman 1 ve Zaman 2 Depresyon ve Anksiyete Ölçümlerinin Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik t-test Sonuçları

	Zaman 1	Zaman 2	t	r
	Ortalama (ss)	Ortalama (ss)		
Depresif belirtiler (BDÖ)	20.02 (12.64)	14.36 (11.69)	4.63***	.49
Anksiyete belirtileri (BAÖ)	21.78 (14.00)	16.85 (13.93)	3.99***	.43
Olumlu İnançlar	10.69 (3.85)	10.59 (3.61)	.27	-
Olumsuz İnançlar	13.73 (4.77)	13.51 (5.01)	.46	-
Bilişsel güvensizlik	12.10 (4.80)	11.65 (5.21)	1.16	-
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	13.51 (4.44)	12.07 (4.27)	3.31**	.36
Bilişsel farkındalık	14.58 (3.40)	14.16 (3.68)	1.15	-
RUMİ Olumlu	21.00 (7.06)	18.62 (6.65)	3.37**	.37
RUMİ Olumsuz- 1	13.88 (4.64)	13.49 (5.20)	.75	-
RUMİ Olumsuz- 2	13.03 (4.97)	12.39 (5.20)	1.21	-

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

Sonuçlara göre, birinci ölçümdeki depresyon puanı ortalamaları ikinci ölçümdeki depresyon puanı ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yaklaşık 6 puan daha yüksek bulunmuştur (Ort=20.02, SS=12.64) > (Ort=14.36, SS=11.69), $t(70) = 4.63$, $p<.001$, $r=.49$). Benzer şekilde, anksiyete puanlarının da takip ölçümünde 5 puan azaldığı dikkat çekmiştir ((Ort=21.78, SS=14.00) > (Ort=16.85, SS=13.93), $t(70) = 3.99$, $p<.001$, $r= .43$). Başka bir deyişle, depresyon ve anksiyete puanları zaman içerisinde azalma eğilimi

göstermiştir. Üstbiliş değişkenleri incelendiğinde, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve ruminasyonla ilgili olumlu inanışların da takip ölçümde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gösterdiği ancak bu düşüşün yaklaşık 1.5 puan olduğu görülmüştür. Field (2009), etki boyunun .50'nin üstünde olmasını yüksek etki boyu olarak değerlendirmektedir. Bu çerçevede değerlendirildiğinde, hem depresyon hem de anksiyete belirtileri arasında iki ölçüm arasındaki farklılıkların yüksek bir etkiye yakın olduğu, diğer bir deyişle gerçek bir farklılığın var olduğu ortaya konulmuştur.

Temel ölçümlerdeki depresyon ve anksiyete düzeylerinin takip ölçümündeki depresyon ve anksiyete düzeyleri ile üstbilişsel değişkenler arasındaki ilişkilere olan etkisini görmek amacıyla korelasyon analizi yürütülmüştür. Anksiyete belirtileri ve üstbilişsel inançlar arasındaki ileriye yönelik ilişkileri gösteren tablo (Tablo 3.8.) ve depresyon belirtileriyle üstbilişsel inançlar arasındaki ileriye yönelik ilişkileri gösteren tablo (Tablo 3.9.) aşağıda belirtilmiştir

Tablo 3.8. Anksiyete Belirtileri ile Üstbilişsel İnançlar Arasındaki Sıfır Sıralı (Zero-Order) ve Kısmi (Partial) Korelasyon Değerleri

	Z^2 BAÖ	
	Z^1 BAÖ kontrol edilmiş	Z^1 BAÖ kontrol edilmemiş
1.ÜBÖ-30	.12	.38***
2.ÜBÖ-1	.04	.12
3.ÜBÖ-2	.07	.44***
4.ÜBÖ-3	.24*	.43***
5.ÜBÖ-4	.02	.19
6.ÜBÖ-5	-.02	.11

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

1.ÜBÖ-30:Üstbilişler Ölçeği-30 toplam; 2.ÜBÖ-1: Olumlu inançlar; 3.ÜBÖ-2: Olumsuz inançlar; 4.ÜBÖ-3: Bilişsel güvensizlik; 5.ÜBÖ-4: Düşünceleri kontrol ihtiyacı; 6.ÜBÖ-5: Bilişsel farkındalık

Tablo 3.9. Depresyon Belirtileri ile Üstbilişsel İnançlar ve Ruminasyonla İlgili İnanışlar Arasındaki Sıfır Sıralı (Zero Order) ve Kısmi (Partial) Korelasyon Değerleri

	Z^2 BDÖ	
	Z^1 BDÖ kontrol edilmiş	Z^1 BDÖ kontrol edilmemiş
1.ÜBÖ-30	.12	.34**
2.ÜBÖ-1	.02	.17
3.ÜBÖ-2	.09	.35**
4.ÜBÖ-3	.28*	.42***
5.ÜBÖ-4	-.06	.12
6.ÜBÖ-5	.001	.09

7.RUMİ+	.17	.29*
8.RUMİ-1	.09	.29*
9.RUMİ-2	.07	.38**

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

1.ÜBÖ-30:Üstbilişler Ölçeği-30 toplam; 2.ÜBÖ-1: Olumlu inançlar; 3.ÜBÖ-2: Olumsuz inançlar; 4.ÜBÖ-3: Bilişsel güvensizlik; 5.ÜBÖ-4: Düşünceleri kontrol ihtiyacı; 6.ÜBÖ-5: Bilişsel farkındalık; 7.RUMİ+: Ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar; 8.RUMİ-: Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar; 9.RUMİ-1: Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi; 10.RUMİ-2: Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları

Tablolar gözden geçirildiğinde, temel ölçümlerin kontrol edilmediği durumda hem depresyon hem de anksiyete ile ÜBÖ-30 toplam puanının, olumsuz inançların ve düşünceleri kontrol ihtiyacının ileriye yönelik olarak pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur. Depresif belirtilerle ayrıca ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların da ilişkili olduğu görülmüştür. Diğer taraftan, temel ölçümler kontrol edildiğinde, sadece bilişsel güvensizlik ile depresyon ($r = .28, p < .05$) ve bilişsel güvensizlik ile anksiyete ($r = .24, p < .05$) arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, bilişsel güvensizliğin temel ölçümler kontrol edildiğinde dahi, anksiyete ve depresyon belirtileriyle ileriye yönelik olarak pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer bir deyişle, kişilerin başlangıçta bilişsel güvensizlikle ilgili inançlarının yüksek olmasının anksiyete belirtilerinin yüksek olmasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

3.4.1. Anksiyete Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması

İlk ölçümde elde edilen üstbiliş değişkenlerinin takip ölçümündeki anksiyete belirtilerini yordayıp yordamadığını görmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. İlk basamakta, kontrol edilmesi amacıyla cinsiyet, yaş, temel ölçüm anksiyete düzeyi ve takip ölçümündeki depresyon düzeyi analize dahil edilmiştir. İkinci basamakta üstbilişsel inançların beş boyutu analize dahil edilmiştir. Sonuçlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 3.10. Anksiyete Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması

Basamaklar	Yordayan Faktörler	β	t	F değişim	R ²
1	Cinsiyet	-.17	-2.09*	29.00***	.55
	Yaş	.14	1.75		
	Z1 Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.73	9.00***		
2	Cinsiyet	-.19	-2.30*	1.37	.56
	Yaş	.11	1.13		
	Z1 Anksiyete düzeyi (BAÖ)	.62	6.24***		

Z1 Olumlu inançlar	-.20	-1.85
Z1 Olumsuz inançlar	.04	.30
Z1 Bilişsel güvensizlik	.23	2.13*
Z1 Düşünceleri kontrol İhtiyacı	.14	1.17
Z1 Bilişsel farkındalık	-.003	-.03

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

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, birinci basamakta kontrol edilmesi planlanan cinsiyet, yaş ve temel ölçüm anksiyete düzeyinin anksiyete varyansının % 55'ini açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .55$, $F(5, 65) = 29.00$, $p < .001$). İkinci basamakta olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık değişkenleri eklenmiştir ($R^2 = .56$, $F(4, 61) = 1.37$, $p > .05$). Sonuç olarak, cinsiyet (kadın olmak), temel ölçüm anksiyete düzeyi ve bilişsel güvensizlik alt boyutunun anksiyete belirtilerini ileriye yönelik olarak yordadığı görülmüştür.

3.4.2. Depresyon Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar ve Ruminasyonla İlgili İnanışlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması

İlk ölçümde elde edilen üstbiliş değişkenlerinin takip ölçümündeki depresyon belirtilerini yordayıp yordamadığını görmek amacıyla iki farklı hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Her iki analizde de, ilk basamakta, kontrol edilmesi amacıyla cinsiyet, yaş, temel ölçüm depresyon düzeyi analize dahil edilmiştir. İkinci basamakta, ilk analizde üstbilişsel inançların beş alt boyutu; ikinci analizde ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışlar analize dahil edilmiştir. Sonuçlar Tablo 3.11. ve Tablo 3.12.' de özetlenmiştir.

Aşağıdaki tabloda, depresif belirtilerin ileriye yönelik olarak yordanmasında üstbilişsel inançların beş alt boyutunun etkileri sınanmıştır.

Tablo 3.11. Depresyon Belirtilerinin Üstbilişsel İnançlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması

Basamakla r	Yordayan Faktörler	β	t	F değişim	U. R^2
1	Cinsiyet	-.23	-2.53*	20.30***	.45
	Yaş	.14	1.53		
	Z1 Depresyon düzeyi (BDÖ)	.66	7.40***		
2	Cinsiyet	-.22	-2.38*	1.14	.46
	Yaş	.07	.64		

Z1 Depresyon düzeyi (BDÖ)	.57	5.57***
Z1 Olumlu inançlar	-.11	-.97
Z1 Olumsuz inançlar	.04	.34
Z1 Bilişsel güvensizlik	.26	2.14*
Z1 Düşünceleri kontrol İhtiyacı	-.01	-.10
Z1 Bilişsel farkındalık	.04	.35

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

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, birinci basamakta kontrol edilmesi planlanan cinsiyet, yaş ve temel ölçüm depresyon düzeyinin depresyon varyansının % 45'ini açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .45$, $F(5, 65) = 20.30$, $p < .001$). İkinci basamakta olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık değişkenleri eklenmiş ve açıklanan varyansta istatistiksel açıdan anlamlı bir artış olmamıştır ($R^2 = .46$, $F(5, 60) = 1.14$, $p > .05$). Sonuç olarak, kontrol değişkenlerinden cinsiyet (kadın olmak) ve temel ölçüm depresyon ile üstbilişsel inançların alt boyutu olan bilişsel güvensizliğin depresyonun ileriye yönelik olarak yordanmasında etkili olduğu görülmüştür.

Aşağıdaki tabloda belirtilen ikinci regresyon tablosunda, ruminasyonla ilgili inanışların depresif belirtiler üzerindeki yordayıcılığı sınanmıştır.

Tablo 3.12. Depresyon Belirtilerinin Ruminasyonla İlgili İnanışlar Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması

Basamaklar	Yordayan Faktörler	β	t	F değişim	R^2
1	Cinsiyet	-.23	-2.53*	20.30***	.45
	Yaş	.14	1.53		
	Z1 Depresyon düzeyi (BDÖ)	.66	7.40***		
2	Cinsiyet	-.22	-2.32*	1.14	.44
	Yaş	.15	1.61		
	Z1 Depresyon düzeyi (BDÖ)	.61	5.70***		
	Z1 Ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar	.07	.63		
	Z1 Ruminasyonun kontrol edilemezliği	.01	.05		
	Z1 Ruminsyonun sosyal sonuçları	.07	.55		

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

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, birinci basamakta kontrol edilmesi planlanan cinsiyet, yaş ve temel ölçüm depresyon düzeyinin depresyon varyansının % 45'ini açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .45$, $F(5, 65) = 20.30$, $p < .001$). İkinci basamakta ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar, ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi ile ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları değişkenleri eklenmiş ve açıklanan varyansta istatistiksel açıdan anlamlı bir değişiklik olmamıştır ($R^2 = .44$, $F(5, 60) = 1.14$, $p > .05$). Sonuç olarak, kontrol değişkenlerinden cinsiyet (kadın olmak) ve temel ölçüm depresyonun depresyonun ileriye yönelik olarak yordanmasında etkili olduğu; ruminasyonla ilgili inanışların ileriye yönelik yordayıcılığının olmadığı görülmüştür.

İki regresyon analizinin sonuçları genel olarak gözden geçirildiğinde, temel ölçüm depresyon düzeyi ve cinsiyete ek olarak sadece bilişsel güvensizlik değişkeninin depresif belirtilerin ileriye yönelik olarak yordanmasında rol oynadığı sonucuna varılmıştır.

3.4.3. Kontrol Değişkenleri Olmaksızın Yürütülen İleriye Yönelik Regresyon Analizleri

Bu çalışmada, temel ölçüm kontrol edilerek yürütülen regresyon analizlerinin yanı sıra, kontrol değişkenleri olmaksızın da regresyon analizleri yürütülmüştür. Sonuçlar, kontrol değişkenleri olmaksızın depresif belirtileri ileriye yönelik olarak bilişsel güvensizlik ve ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları değişkenlerinin yordadığı görülmektedir. Anksiyeteyi yordayan etmenler incelendiğinde, olumlu inançlar, olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik değişkenlerinin ön plana çıktığı bulunmuştur. Diğer taraftan, kontrol değişkenleri (cinsiyet, yaş, depresyon/anksiyete düzeyi) devreye girdiğinde sadece bilişsel güvensizlik alt boyutunun ileriye yönelik yordayıcılığının olduğu dikkat çekmiştir.

Tablo 3.13. Kontrol Değişkenleri Olmaksızın Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin İleriye Yönelik Olarak Yordanması

Yordayıcı değişkenler	Yordanan değişkenler	
	Z^2 BDÖ	Z^2 BAÖ
Üstbilişsel İnançlar		
Z^1 Olumlu inançlar	-	+
Z^1 Olumsuz inançlar	-	+
Z^1 Bilişsel güvensizlik	+	+
Z^1 Düşünceleri kontrol ihtiyacı	-	-
Z^1 Bilişsel farkındalık	-	-
Ruminasyonla İlgili İnanışlar		
Z^1 Ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar	-	u

<i>Z¹ Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi</i>	-	u
<i>Z¹ Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları</i>	+	u

(+) pozitif yönde yordayıcı; (-) yordayıcılık yok; (u) uygulanmadı

Z¹: 1.ölçüm zamanı; Z²: Takip ölçümü zamanı; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

Sonuç olarak, hem anksiyete hem de depresyon belirtilerinin ileriye yönelik olarak yordanmasında üstbilişsel inançların bilişsel güvensizlik alt boyutunun etkili olduğu bulunmuştur. Kontrol değişkenleri olmaksızın yapılan analiz sonuçları, özellikle temel ölçümdeki depresyon düzeyinin çok güçlü bir yordayıcı olduğuna işaret etmiştir.

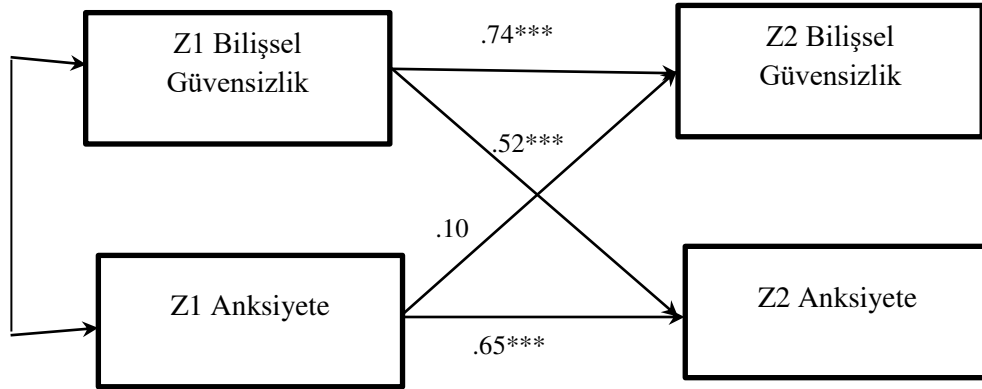
3.4.4. Karşılıklı İlişkileri Test Etmek için Model Denemesi

Üstbilişsel inançlar ve anksiyete arasındaki olası nedensel ilişkileri test etmek amacıyla iki dalgalı (two-wave) cross-lagged panel model AMOS 24.0 (Arbuckle, 2016) yardımıyla analiz edilmiştir. Cross-lagged model, ileriye yönelik desenli araştırmalarda kullanılan ve karşılıklı nedensel ilişkilerin yönü hakkında çıkarımlarda bulunmaya yardımcı olan bir model olarak bilinmektedir (Selig ve Preacher, 2009). Alanyazında üstbilişsel inançlarla karşılıklı ilişkileri incelemede cross-lagged modeli kullanan veya öneren çalışmalar mevcuttur (Nordahl vd., 2019; Matsumoto ve Mochizuki, 2018; Sun vd., 2019; Thielsch vd., 2015).

İleriye yönelik olarak yapılan regresyon analizleri sonucunda, üstbilişsel inançların bir alt boyutu olan bilişsel güvensizliğin hem anksiyete hem de depresyon belirtilerini yordadığı bulunmuştur. Bu bulgudan hareketle, bilişsel güvensizliğin de anksiyete ve depresyon belirtileriyle karşılıklı bir ilişki içerisinde olup olmadığının incelenmesi amacıyla cross-lagged model uygulanmıştır. Buna karşın, alanyazında bildirilen uyum iyiliği değerleri çeşitli modifikasyonlar denense de sağlanamamıştır.

Mevcut çalışmada, test edilen model ile veri arasındaki uyum, χ^2/sd (Kikare/serbestlik derecesi oranı), RMSEA (Hataların Ortalama Karekökü Yaklaşımı; Root Mean Square Error of Approximation), GFI (Uyum İyiliği İndeksi; Goodness of Fix Index), AGFI (Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi; Adjusted Goodness of Fix Index) ve CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi; Comparative Fit Index) değerleri temel alınarak incelenmiştir. Alınan bu referanslara göre, χ^2/sd oranının ≤ 5 olması; RMSEA değerinin

$\leq .08$ olması CFI, GFI ve AGFI değerlerinin .90'dan büyük olması kabul edilebilir uyum değerleri olarak belirtilmektedir (Hu ve Bentler, 1999; Jöreskog ve Sörbom, 1993; Tabachnick ve Fidell, 2007).



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

Şekil 3.2. Bilişsel Güvensizlik ve Anksiyete Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine İlişkin Cross-Lagged Model

Şekil 3.2.'de görüldüğü üzere, birinci zamandaki bilişsel güvensizlikle ikinci zamandaki bilişsel güvensizlik ($\beta = .74$, $p < .001$) ve ikinci zamandaki anksiyete belirtileri ($\beta = .52$, $p < .001$) arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu, diğer bir deyişle birinci zamandaki bilişsel güvensizlik inançlarının yüksek olmasının ikinci zamandaki bilişsel güvensizlik inançlarının ve anksiyete belirtilerinin yüksek olmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Diğer yandan, birinci zamandaki anksiyete belirtileri ile ikinci zamandaki bilişsel güvensizlik arasındaki yol istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Modelin tamamına bakıldığında sonuçlar önerilen modelin veri ile uyumlu olmadığını göstermiştir [X^2 (1, $n=71$) = 4.64, $p > .05$, $X^2/sd = 4.92$, GFI= 0.97, AGFI= .67, CFI= .97, RMSEA= .24]. Modelin istenen değerleri sağlayamamasında, örneklem sayısının yetersiz olması ($N=71$), iki ölçüm arasındaki zamanın kısa olması (3 ay), birinci ve ikinci ölçüm zamanındaki anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin yüksek olması ($r=.72$, $p < .001$) gibi sebepler düşünülmüştür.

Uygulanan cross-lagged modelin uyum değerlerinin istenen değerlere uygun çıkmaması nedeniyle, karşılıklı ilişkiler iki yönlü olarak bir dizi hiyerarşik regresyon analizi yapılarak test edilmiştir. Düz ve ters (reverse) şekilde yürütülen ileriye yönelik regresyon analizlerine üstbilgi alanyazınında yakın zamanda rastlamak mümkündür (Örn: Nordahl vd., 2019b).

3.4.5. Ters (Reverse) Regresyon Analizleri: Üstbilişsel İnançların Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması

Üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon belirtileri tarafından ileriye yönelik olarak yordanıp yordanmadığını anlamak amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Bir önceki bölümde, anksiyete ve depresyon belirtilerinin ileriye yönelik olarak yordanmasında bilişsel güvensizliğin ön plana çıktığı görülmüştür. Buradan hareketle, anksiyete ve depresyon belirtilerinin de bilişsel güvensizliği yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Bilişsel güvensizlik bağımlı değişken olarak analize dahil edilmiştir. Kontrol değişkeni olarak her analizde cinsiyet ve yaşın yanı sıra, bilişsel güvensizlik temel ölçüm puanı analize dahil edilmiştir.

Tablo 3.14. Bilişsel Güvensizlik Boyutunun Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Tarafından İleriye Yönelik Olarak Yordanması

Basamaklar	Yordayan Faktörler	β	t	F değişim	R ²
1	Cinsiyet	-.10	-1.35	36.87***	61
	Yaş	.08	1.07		
	Z1 Bilişsel güvensizlik	.76	9.72***		
2	Cinsiyet	-.09	-1.35	7.65**	67
	Yaş	.14	1.91		
	Z1 Bilişsel güvensizlik	.63	7.84***		
	Z1 Depresyon düzeyi	-.003	-.04		
	Z1 Anksiyete düzeyi	.30	3.28**		

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

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, birinci basamakta kontrol edilmesi planlanan cinsiyet, yaş ve temel ölçüm bilişsel güvensizliğin takip ölçümündeki bilişsel güvensizliğin % 61'ini açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .61$, $F(5, 65) = 36.87$, $p < .001$). İkinci basamakta birinci zamandaki depresyon ve anksiyete değişkenleri eklenmiş ve açıklanan varyansın %67'ye yükseldiği görülmüştür ($R^2 = .67$, $F(4, 61) = 7.65$, $p < .01$). Temel ölçüm bilişsel güvensizliğin ve anksiyete düzeyinin takip ölçümündeki bilişsel güvensizliği

yordadığı görülmüştür. Depresyon düzeyinin ise, bilişsel güvensizliğin ileriye yönelik olarak yordanmasında rol oynamadığı bulunmuştur.

Bu çalışmadan elde edilen kesitsel ve ileriye yönelik bulgular Tablo 3.15. de özetlenmiştir.

Tablo 3.15. Kesitsel ve İleriye Yönelik Olarak Elde Edilen Bulguların Özeti

	Kesitsel		İleriye Yönelik	
	Anksiyete	Depresyon	Anksiyete	Depresyon
Üstbilişsel İnançlar				
<i>Olumlu İnançlar</i>	-	-	-	-
<i>Olumsuz İnançlar</i>	+	-	-	-
<i>Bilişsel Güvensizlik</i>	+	-	+	+
<i>Düşünceleri Kontrol İhtiyacı</i>	-	-	-	-
<i>Bilişsel Farkındalık</i>	-	-	-	-
Ruminasyonla İlgili İnanışlar				
<i>Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar</i>	-	-	-	-
<i>Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi</i>	-	-	-	-
<i>Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları</i>	-	+	-	-
Başa Çıkma Tarzları				
<i>Kendine Güvenli Yaklaşım</i>	-	+	u	u
<i>Çaresiz Yaklaşım</i>	-	+	u	u
<i>Boyun Eğici Yaklaşım</i>	-	+	u	u
<i>İyimser Yaklaşım</i>	-	-	u	u
<i>Sosyal Destek Yaklaşımı</i>	-	-	u	u
Olumsuz yaşam olayları	-	+	u	u
Aracılık Bulguları				
❖ Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkide kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşımın aracı rolü (kesitsel)				
Ters Regresyon Analizi Sonuçları				
❖ Anksiyete bilişsel güvensizlik için ileriye yönelik bir yordayıcı				

(+) Pozitif yönde yordayıcı; (-) Yordayıcılık yok; (u) İstatistik uygulanmadı

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, üstbilişsel inançlar, anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiler, hem kesitsel hem de ileriye yönelik olarak klinik bir örneklemede mercek altına alınmıştır. Öncelikle, çalışmanın kesitsel tarafında, anksiyete ve depresyon süreçlerinde etkili olabileceği düşünülen olumsuz yaşam olaylarının ve başa çıkma tarzlarının etkileri göz önünde bulundurularak üstbilişsel inançların ve ruminasyonla ilgili inanışların yordayıcılıkları incelenmiştir. Ayrıca, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide başa çıkma tarzlarının (kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım) aracı rolü sınanmıştır. Çalışmanın ileriye yönelik tarafında ise, üstbilişsel inançların, depresyon ve anksiyete belirtileri üzerindeki yordayıcılığı sınanmış ve aralarındaki karşılıklı ilişkiler ele alınmıştır.

Bu bölümde, araştırma bulguları alanyazından elde edilen bilgiler ışığında tartışılmıştır. Daha anlaşılır olması amacıyla, alanyazındaki çalışmalar tablo halinde özetlenmiş ve tabloların altında bu çalışmanın bulguları gözden geçirilmiştir. Öncelikle, kesitsel olarak elde edilen bulgular (anksiyete, depresyon ve üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkiler; üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon üzerindeki yordayıcılığı; ruminasyonla ilgili inanışların depresif belirtiler üzerindeki yordayıcılığı; ruminasyonun sosyal sonuçları ve depresyon arasındaki ilişkide başa çıkma tarzlarının aracı rolü) değerlendirilmiştir. Daha sonra ise, ileriye yönelik olarak elde edilen bulgularla üstbilişsel inançlar, anksiyete, depresyon arasındaki ilişkiler gözden geçirilmiştir. Bulguların değerlendirilmesinin ardından, çalışmanın sınırlılıklarına, klinik doğurgulara ve gelecek çalışmalar için önerilere yer verilerek tartışma bölümü tamamlanmıştır.

4.1. Üstbilişsel İnançlar, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Üstbilişsel inançlar, anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak korelasyon analizi yürütülmüştür. Üstbilişsel inançların beş alt boyutu, Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) kullanılarak incelenmiştir. Bu alt boyutlar, endişeyle ilgili olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık olarak adlandırılmaktadır (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997). Endişeyle ilgili olumlu inançlar endişenin sağladığı yararları değerlendirmektedir. Kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, endişenin kontrol edilemezliği ve kişiye vereceği zararları ölçen bir alt

boyuttur. Bilişsel güvensizlik, kişilerin belleklerine ve bilişsel becerilerine olan inançlarını değerlendirmektedir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı, düşüncelerin kontrol edilmesine ilişkin gerekliliğe yönelik inançları inceleyen bir alt boyuttur. Son olarak, bilişsel farkındalık kişilerin düşüncelerinin farkında olma ve onları izleme eğilimlerini değerlendirmektedir.

Depresyona özgü olarak adlandırılan üstbilişsel değişkenler olan ruminasyonla ilgili inanışlar ise, Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (Yılmaz vd., 2014) ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (Yılmaz vd., 2014) kullanılarak incelenmiştir. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği, tek boyuttan oluşmakta ve ruminasyonun kişiye sağladığı faydaları değerlendirmektedir. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği ise, iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar, ruminasyonun kişiye verebileceği zararlara ilişkin düşünceleri içeren ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt boyutu ile ruminasyonun sosyal olarak yol açabileceği olumsuz sonuçları değerlendiren ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları alt boyutudur.

Sonuçlar, anksiyete belirtileriyle üstbilişsel inançların beş alt boyutuyla pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Üstbilişsel kuram, üstbilişsel inançların duygusal belirtilerin ortaya çıkması ve sürmesinde rol oynadığını ileri sürmüştür (Wells ve Matthews, 1996). Bu çerçevede düşünüldüğünde, bu çalışmanın bulgularına göre üstbilişsel inançların artması durumunda anksiyete belirtilerinin de artacağı öngörülmüştür. Depresyon belirtileri gözden geçirildiğinde, üstbilişsel inançların bilişsel farkındalık alt boyutu dışındaki dört alt boyutla depresif belirtiler arasında pozitif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir. Ayrıca, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar, ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili olumsuz inanışlar ve ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışların depresif belirtilerle pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, üstbilişsel kuramla tutarlıdır. Ruminasyonla ilgili inanışların artmasının depresif belirtilerdeki artışı beraberinde getireceği öngörülmüştür.

Aşağıdaki tabloda üstbilişsel inançlar, anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkileri ele alan çalışmalar iki tablo şeklinde derlenmiştir. Tabloda yer alan çalışmalar, kontrol değişkeni olmaksızın üstbilişsel inançlar ve anksiyete, depresyon belirtileri arasındaki ilişkileri korelasyon analiziyle ele alan çalışmalardır. Bu tablolarda, regresyon analiziyle veya başka analizlerle üstbilişsel inançlar ve anksiyete, depresyon belirtileri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalara yer verilmemiştir. Çalışmalar sıralanırken, önce normal örnekleme yürütülen çalışmalara yer verilmiş ve en yeni çalışmadan başlanmıştır.

Tablo 4.1. de anksiyete belirtileri ve üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar; Tablo 4.2. de depresyon belirtileri, üstbilişsel inançlar ve ruminasyonla ilgili inanışlar arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar yer almıştır. Tabloların altında alanyazın değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1. Anksiyete Belirtileri ve Üstbilişsel İnançlar Arasındaki İlişkileri İnceleyen Çalışmaların Korelasyon Bulguları

Çalışmanın Yazarları	Klinik/ Normal	İstatistiksel yöntem	Bulgu
Nordahl vd. (2019)	Normal	Korelasyon	Sürekli anksiyete belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Fisher vd. (2018)	Normal	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Nordahl ve Wells (2017)	Normal	Korelasyon	Sürekli anksiyete belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Ramos-Cejudo ve Salguero (2017)	Normal	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt boyutları pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Ryum vd. (2017)	Normal	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Dragan vd. (2012)	Normal	Korelasyon	Durumluk anksiyete ile üstbilişsel inançların bütün boyutları pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Yılmaz vd. (2011)	Normal	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Tajrishi vd. (2011)	Normal	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle, bilişsel farkındalık dışında üstbilişsel inançların dört boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur
Spada vd. (2010)	Normal	Korelasyon	Durumluk anksiyete belirtileriyle olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Safrancı (2010)	Normal	Korelasyon	Sürekli anksiyete belirtileriyle, bilişsel farkındalık dışında üstbilişsel inançların dört boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur
Saed vd. (2010)	Normal	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik alt boyutlarının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Irak ve Tosun (2008)	Normal	Korelasyon	Durumluk anksiyete ile üstbilişsel inançların bütün boyutları pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Yılmaz vd. (2008)	Normal	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Davis ve Valentiner (2000)	Normal	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle, bilişsel farkındalık dışında üstbilişsel inançların dört boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur
Wells ve Papageorgiou (1998)	Normal	Korelasyon	Endişe belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Cartwright-Hatton ve Wells (1997)	Normal	Korelasyon	Sürekli anksiyete ile üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Nordahl vd. (2018)	Klinik	Korelasyon	Olumlu inançlar, olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı anksiyete belirtileriyle ilişkili bulunmuştur.
Yılmaz vd. (2016)	Klinik	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle, bilişsel farkındalık dışında üstbilişsel inançların dört boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Böke vd. (2015)	Klinik	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle, olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Görgü (2014)	Klinik	Korelasyon	Endişe belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Köseoğlu (2013)	Klinik	Korelasyon	Anksiyete belirtileriyle, bilişsel farkındalık dışında üstbilişsel inançların dört boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1. gözden geçirildiğinde, üstbilişsel inançlar ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkileri inceleyen 21 çalışmanın belirtildiği görülmüştür. Bu çalışmalardan 16 tanesi normal örnekleme; 5 tanesi (Böke vd., 2015; Görgü, 2014; Köseoğlu, 2013; Nordahl vd., 2018; Yılmaz vd., 2016) klinik örnekleme yürütülmüştür. Türkiye örnekleminde yürütülen 8 çalışmaya (Böke vd., 2015; Görgü, 2014; Irak ve Tosun, 2008; Köseoğlu, 2013; Safrancı, 2010; Yılmaz vd., 2008; Yılmaz vd., 2011; Yılmaz vd., 2016) rastlanmıştır. Bu çalışmalardan 4 tanesinin normal örnekleme (Irak ve Tosun, 2008; Safrancı, 2010; Yılmaz vd., 2008; Yılmaz vd., 2011) 4 tanesinin klinik örnekleme yürütüldüğü görülmüştür. Ayrıca, bu çalışmalardan 3 tanesinin (Görgü, 2014; Safrancı, 2010; Köseoğlu, 2013) tez çalışması olduğu bildirilmiştir.

Tablo 4.1.'deki çalışmaların bulguları gözden geçirildiğinde, 21 çalışmadan 11 tanesinde anksiyete belirtileriyle üstbilişsel inançların beş alt boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Dragan vd., 2012 Fisher vd., 2018; Görgü, 2014; Nordahl vd., 2019; Nordahl vd., 2017; Irak ve Tosun, 2008; Ryum,

vd., 2017; Wells ve Papageorgiou, 1998; Yılmaz vd., 2008; Yılmaz vd., 2011). 5 çalışma, anksiyete belirtileriyle bilişsel farkındalık dışında kalan dört alt boyutun pozitif yönde ilişkili olduğunu bildirmiştir (Davis ve Valentiner, 2000; Köseoğlu, 2013; Safrancı, 2010; Tajrishi vd., 2011; Yılmaz vd., 2016). Sonuç olarak, 21 çalışmadan 16 tanesinde üstbilişsel inançların en az dört alt boyutunun anksiyete belirtileriyle pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Geriye kalan çalışmalarda da, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkilerin ön plana çıktığı dikkat çekmiştir. Alanyazındaki bu bulgular, bu çalışmanın bulgularıyla da tutarlıdır. Bu çalışmada da, alanyazındaki çalışmalara benzer şekilde üstbilişsel inançların beş alt boyutunun da anksiyete belirtileriyle pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Anksiyete belirtileriyle en güçlü ilişkinin kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ($r=.51$, $p<.001$) ve bilişsel güvensizlik ($r=.42$, $p<.001$) alt boyutlarında olduğu görülmüştür. Bu sonuçlardan hareketle, üstbilişsel inançlar arttıkça anksiyete belirtilerinin de artış göstereceği düşünülmüştür.

Aşağıdaki tabloda depresyon belirtileri, üstbilişsel inançlar ve ruminasyonla ilgili inanışlar arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmalar sıralanmıştır. Tablonun altında, alanyazın gözden geçirilmiş ve bu çalışmanın bulguları tartışılmıştır.

Tablo 4.2. Depresyon Belirtileri, Üstbilişsel İnançlar ve Ruminasyonla İlgili İnanışlar Arasındaki İlişkileri İnceleyen Çalışmaların Korelasyon Bulguları

Çalışmanın Yazarları	Klinik/Normal	İstatistiksel yöntem	Bulgu
Nordahl vd. (2019)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Fisher vd. (2018)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle üstbilişsel inançların bilişsel farkındalık dışındaki dört boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
Cichon vd. (2017)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Solem vd. (2016)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar, ruminasyonun kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inanışlar ve ruminasyonun kişiler arası sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışların pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Huntley ve Fisher (2016)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar, ruminasyonun kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inanışlar ve ruminasyonun kişiler arası sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışların pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Yılmaz (2016)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar, ruminasyonun kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inanışlar ve ruminasyonun kişiler arası sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışların pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Yılmaz vd. (2015)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Yılmaz vd. (2014)	Normal Klinik	Korelasyon	Normal örnekleme depresyon belirtileriyle, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar, ruminasyonun kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inanışlar ve ruminasyonun kişiler arası sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışlar alt boyutlarının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Major depresyon örnekleminde olumlu inanışlar depresyon belirtileriyle ilişkili bulunmamıştır.
Yılmaz vd. (2011)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tajrishi vd. (2011)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Safrancı (2010)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle olumlu inançlar, olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Saed vd. (2010)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik alt boyutlarının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Papageorgiou ve Wells (2009)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle, ruminasyonun kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inanışlar ve ruminasyonun kişiler arası sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışlar alt boyutlarının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Yılmaz vd. (2008)	Normal	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle bilişsel farkındalık dışında üstbilişsel inançların dört boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Nordahl vd. (2018)	Klinik	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle üstbilişsel inançların beş boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Özsoy ve Kuloğlu (2017)	Klinik	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle, olumlu inançlar, olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik alt boyutlarının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Yılmaz vd. (2016)	Klinik	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle bilişsel farkındalık dışında üstbilişsel inançların dört boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Sarısoy vd. (2014)	Klinik	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle sadece düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Köseoğlu (2013)	Klinik	Korelasyon	Depresyon belirtileriyle bilişsel farkındalık dışında üstbilişsel inançların dört boyutunun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
Papageorgiou ve Wells (2003)	Klinik ve Normal	Korelasyon	Major depresif bozukluk ve normal örneklem grubunda depresyon belirtileriyle, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar, ruminasyonun kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inanışlar ve ruminasyonun kişiler arası sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışlar alt boyutlarının pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2. gözden geçirildiğinde, üstbilişsel inançlar, ruminasyonla ilgili inanışlar ve depresyon belirtilerini inceleyen 20 çalışmaya rastlandığı görülmüştür. Bu çalışmaların 7 tanesinde (Huntley ve Fisher, 2016; Papageorgiou ve Wells, 2003; Papageorgiou ve Wells, 2009; Solem vd., 2016; Yılmaz vd., 2014; Yılmaz vd., 2015; Yılmaz, 2016) depresyon belirtileriyle ruminasyonla ilgili inanışlar arasındaki ilişkiler mercek altına alınmıştır. Geriye kalan 13 çalışmada ise, depresyon belirtileriyle üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. 20 çalışmadan 5 tanesinin klinik örneklemde (Köseoğlu, 2013; Nordahl vd., 2018; Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Sarısoy vd., 2014; Yılmaz vd., 2016) 2 tanesinin hem klinik hem normal örneklemde (Papageorgiou ve Wells, 2003; Yılmaz vd., 2014) yürütüldüğü geriye kalan çalışmaların normal örneklemde gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. 20 çalışmanın 10 tanesinin Türkiye örnekleminde yürütüldüğü görülmüştür (Köseoğlu, 2013; Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Safrancı, 2010; Sarısoy vd., 2014; Yılmaz vd., 2008; Yılmaz vd., 2011; Yılmaz vd., 2014; Yılmaz vd., 2015; Yılmaz, 2016; Yılmaz vd., 2016).

Tablo 4.2.'de yer alan çalışmaların bulguları gözden geçirildiğinde, depresyon belirtileri ve ruminasyonla ilgili inanışları inceleyen 7 çalışmanın tamamı, ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili olumsuz inanışlar ile ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışlardaki artışın depresif belirtilerdeki artışla ilişkili olduğunu göstermiştir. Yılmaz ve diğerlerinin (2014) yapmış oldukları çalışmada, major

depresyon grubunda ruminasyonla ilgili olumlu inanışların depresif belirtilerle ilişkili olmadığı bulunmuştur. Diğer çalışmaların sonuçları, benzer şekilde ruminasyonla ilgili olumlu inanışların artmasının depresif belirtilerde artışı beraberinde getireceğini ortaya koymuştur. Alanyazından elde edilen sonuçların, bu çalışmanın bulgularıyla tutarlı olduğu görülmüştür. Hem normal hem de klinik örnekleme, ruminasyonla ilgili inanışların artmasıyla depresif belirtileri artacağı bildirilmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde, ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışlardaki artışın depresif belirtilerdeki artışla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Üstbilişsel inançlar ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkileri inceleyen 13 çalışma değerlendirildiğinde, 4 çalışmada (Fisher vd., 2018; Köseoğlu, 2013; Yılmaz vd., 2008; Yılmaz vd., 2016) üstbilişsel inançların bilişsel farkındalık alt boyutu dışında dört alt boyutuyla; 3 çalışmada (Cichon vd., 2017; Nordahl vd., 2018; Nordahl vd., 2019) üstbilişsel inançların beş alt boyutuyla pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Diğer çalışmalarda, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ve bilişsel güvensizliğin depresif belirtilerle olan ilişkide ön plana çıktığı dikkat çekmiştir. Alanyazındaki çalışmaların bulguların bu çalışmanın bulgularıyla tutarlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacına yönelik inançlardaki artışın depresyon belirtilerindeki artışı beraberinde getirdiği bulunmuştur. Alanyazında belirtilen çalışmalara benzer şekilde, bu çalışmada da bilişsel farkındalığın depresif belirtilerle ilişkili olmadığı görülmüştür. Yapılan çalışmalar, bilişsel farkındalık alt boyutunun obsesif-kompulsif belirtilerle daha fazla ilişkilendirildiğini göstermiştir (Barahmand, 2009; Sun vd., 2017). Bu bakımdan, bu çalışmada depresif belirtilerle bilişsel farkındalık alt boyutunun ilişkili olmamasının beklendik bir durum olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, anksiyete ve depresyon belirtileriyle üstbilişsel inançlar ve ruminasyonla ilgili inanışlar arasında tespit edilmiş olan ilişkilerin üstbilişsel kuramla ve alanyazınla tutarlı sonuçlar verdiği görülmüştür. Üstbilişsel inançlardaki artışın anksiyete ve depresyon belirtilerindeki artışı beraberinde getireceği sonucuna varılmıştır.

4.2. Üstbilişsel İnançların Anksiyete Belirtileri Üzerindeki Yordayıcılığının Değerlendirilmesi

Regresyon analizinde, cinsiyet, yaş, depresyon düzeyi, olumsuz yaşam olayları ve stresle başa çıkma tarzlarının (kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici

yaklaşım, iyimser yaklaşım) etkileri kontrol edilerek üstbilişsel inançların anksiyete üzerindeki yordayıcılığı değerlendirilmiştir. Üstbilişsel inançların beş alt boyutu, Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) kullanılarak incelenmiştir. Sonuçlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ve bilişsel güvensizliğin anksiyetenin kesitsel yordayıcıları olduğunu göstermiştir. Olumsuz yaşam olaylarının ve stresle başa çıkma tarzlarının (kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım) anksiyete belirtilerini yordamadığı görülmüştür.

K-DYİM'ye göre, en üst düzeyde bulunan üstbilişsel inançlar ikinci düzeyde yer alan BDOS'u harekete geçirmekte, bunun sonucunda da kişiler uyumlu olmayan, tekrarlayıcı bir düşünce tarzı içerisine girmektedir. Girici ve tekrarlayıcı düşünce tarzının devam etmesi sonucunda, bu durumla başa çıkılamadığına ilişkin sahip olunan düşünceler kişinin kontrol algısını etkilemektedir. Diğer bir deyişle, BDOS'un etkisiyle devam eden tekrarlayıcı düşünce örüntüsü, kişinin endişesinin kontrol edilemezliğine ve kendisine zarar vereceğine ilişkin düşüncelerini ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca, kişi esnek bir şekilde düşüncelerini kontrol etme becerileri sergileyememekte ve anksiyetesinin üstesinden gelememektedir. Bu durum, kişinin bilişsel yeterliliğini azalmış olarak değerlendirmesine yol açmaktadır (Wells, 2000: 53). Diğer bir deyişle, olumsuz inançların ortaya çıkması, tekrarlayıcı düşünce örüntülerini beraberinde getirmekte ve kişinin bilişsel güvensizliğine yönelik inançlarını pekiştirmektedir. Sonuç olarak, döngüsel bir şekilde anksiyetenin yoğunluğu ve devam etme süresi artmaktadır (Wells, 1995; Wells, 2000; Wells, 2005). Bu bilgidен hareketle, anksiyete belirtilerinin yordanmasında kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik alt boyutunun oynadığı roller daha iyi anlaşılmaktadır.

Cartwright-Hatton ve Wells (1997), anksiyete bağlamında bilişsel güvensizlik ve kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar alt boyutlarını birbiriyle ilişkilendirerek ele almıştır. Buna göre, kişilerin bilişsel becerilerine ilişkin algılarını ölçen bilişsel güvensizlik boyutunun kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar tarafından beslendiği ileri sürülmüştür. Kişiler, endişeleri üzerinde kontrolleri olmadığına ilişkin inançlara kapıldıklarında, bilişsel becerilerinin iyi olduğuna dair inançları da zayıflamakta ve düşüncelerini kontrol etme girişimlerinden vazgeçmektedir (Davis ve Valentiner, 2000). Başka bir deyişle, kişilerin endişenin kontrol edilemezliğine ve zararlarına ilişkin düşüncelerinin yoğunlaşması, bilişsel güvensizliği beraberinde getirmektedir ve anksiyete böylece sürmektedir.

Alanyazında üstbilişsel inançlar ve anksiyete arasındaki ilişkileri kesitsel olarak inceleyen çalışmalar aşağıdaki tabloda (Tablo 4.3.) derlenmiştir. Bu tabloda, Tablo 4.1. ve Tablo 4.2.'den farklı olarak herhangi bir kontrol değişkeni olmaksızın yapılan korelasyon analizi bulgularına değil; regresyon analizi, yapısal eşitlik modellemesi veya ANOVA gibi istatistiksel yöntemleri sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Öncelikle klinik olmayan örnekleme yürütülen çalışmalar, sonrasında klinik örnekleme yürütülen çalışmalar olmak üzere en yakın tarihten itibaren sıralanmıştır. Tablonun altında, mevcut çalışmanın bulguları, alanyazındaki bulgular ve kuramın temel öngörülleri temel alınarak tartışılmıştır.

Tablo 4.3. Anksiyete Belirtileri ve Üstbilişsel İnançlar Arasındaki İlişkileri Kesitsel Olarak İnceleyen Çalışmalar

Çalışmanın Yazarları	Klinik/ Normal	İstatistiksel yöntem	Bulgu
Nordahl vd. (2019a)	Normal	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Depresyon, yaygın anksiyete ve sosyal anksiyete belirtileriyle en güçlü ilişki olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında elde edilmiştir.
Nordahl vd. (2019b)	Normal	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Olumsuz inançlar durumluk anksiyetenin en iyi yordayıcısı olarak bulunmuştur
Fisher vd., (2018)	Normal	Regresyon	Epilepsi hastalarında hastalıkla ilgili değişkenler kontrol edildiğinde sadece olumsuz inançların anksiyete belirtilerini yordadığı bulunmuştur.
Nordahl ve Wells (2017)	Normal	Regresyon	Psikopatoloji tanısının kontrol edildiği durumda olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı anksiyete belirtilerini yordamaktadır.
Diefenbach vd. (2012)	Normal	Regresyon	Olumsuz inançların 65 yaş ve üzeri kişilerde yaygın anksiyete belirtilerini yordadığı bulunmuştur.
Spada vd., (2010)	Normal	Regresyon	Sadece olumsuz inançlar durumluk anksiyetenin yordayıcısı olarak bulunmuştur.
Saed vd. (2010)	Normal	Regresyon	Olumsuz inançların anksiyetenin en güçlü yordayıcısı olduğu bulunmuştur.
Yılmaz vd. (2008)	Normal	Regresyon	Olumlu inançlar, olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik boyutlarının endişe belirtilerini yordadığı bulunmuştur.

Irak ve Tosun (2008)	Normal	Regresyon	Olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik boyutlarının sürekli anksiyete belirtilerini yordadığı bulunmuştur.
Spada vd., (2008)	Normal	Regresyon	Sadece olumsuz inançların anksiyete belirtilerini yordadığı bulunmuştur.
Davis ve Valentiner (2000)	Normal	Regresyon	Sadece bilişsel güvensizlik boyutunun anksiyete belirtilerini yordadığı bulunmuştur.
Cartwright-Hatton ve Wells (1997)	Normal	Regresyon	Olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve kontrol edilemezlik ve tehlike boyutlarının endişe belirtilerini yordadığı bulunmuştur.
Wells ve Papageorgiou (1998)	Normal	Regresyon	Olumlu inançların ve olumsuz inançların patolojik endişeyi yordadığı görülmüştür.
Aydın vd., (2019)	Klinik	Regresyon	Düşünceleri kontrol ihtiyacının, yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin şiddetini yordadığı bulunmuştur.
Çipil (2018)	Klinik	ANOVA	Depresyon eştanısı olan panik bozukluk grubunun olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında kontrol grubundan farklılaştığı görülmüştür.
Özsoy ve Kuloğlu (2017)	Klinik	ANOVA	Panik bozukluk grubunda olumsuz inançların sağlıklı kontrol grubundan farklılaştığı bulunmuştur.
Böke vd., (2015)	Klinik	ANOVA	Panik bozukluk grubunun olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında kontrol grubundan farklılaştığı bulunmuştur.
Köseoğlu (2013)	Klinik	ANOVA	Panik bozukluk grubunun, olumsuz inançlar boyutunda kontrol grubundan farklılaştığı bulunmuştur.
Görgü (2014)	Klinik	Regresyon	Olumsuz inançların, patolojik endişeyi yordadığı bulunmuştur.
Barahmand (2007)	Klinik	ANOVA	Yaygın anksiyete bozukluğunda olumsuz inançların ön plana çıktığı bulunmuştur.
Wells ve Carter (2001)	Klinik	ANOVA	Yaygın anksiyete bozukluğunda olumsuz inançların ön plana çıktığı bulunmuştur.

Tablo genel olarak gözden geçirildiğinde, anksiyete belirtileri ve üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkileri kesitsel olarak inceleyen toplam 21 çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan, 13 tanesinin normal örnekleme, 8 tanesinin klinik örnekleme yürütüldüğü dikkat çekmiştir. Klinik örnekleme yürütülen 6 çalışmanın farklı tanı grupları arasındaki karşılaştırmaları ele aldığı görülmüştür (Barahmand, 2007; Böke vd., 2015; Çipil, 2018; Köseoğlu, 2013; Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Wells ve Carter, 2001). Bu bakımından, mevcut çalışma klinik bir örnekleme anksiyete belirtilerinin açıklanmasında üstbilişsel inançların yordayıcılığını incelemesi açısından diğer çalışmalardan farklılaşmaktadır.

Ayrıca, konuyla ilgili olarak Türkiye örnekleminde yürütülen 8 çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan 2 tanesinin normal örnekleme (Irak ve Tosun, 2008; Yılmaz vd., 2008), diğerlerinin klinik örnekleme yürütüldüğü belirlenmiştir (Aydın vd., 2019; Böke vd., 2015; Görgü, 2014; Çipil, 2018; Köseoğlu, 2013; Özsoy ve Kuloğlu, 2017). Klinik örnekleme yürütülen çalışmaların 3 tanesinin (Görgü, 2014; Çipil, 2018; Köseoğlu, 2013) tez kapsamında yürütüldüğü görülmüştür.

Tablo 4.3.'deki çalışmaların bulguları gözden geçirildiğinde, hem klinik örnekleme hem de klinik olmayan örnekleme anksiyete belirtilerinin yordanmasında kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar alt boyutunun ön plana çıktığı dikkat çekmiştir. İncelenen 21 çalışmadan 19'unda anksiyete belirtilerinin açıklanmasında kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların etkili olduğu görülmüştür (Barahmand, 2007; Böke vd., 2015; Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Çipil, 2018; Diefenbach vd., 2012; Fisher vd., 2018; Görgü, 2014; Irak ve Tosun, 2008; Köseoğlu, 2013; Nordahl vd., 2019a; Nordahl vd., 2019b; Nordahl ve Wells, 2017; Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Spada vd., 2010; Spada vd., 2008; Saed vd., 2010; Wells ve Carter, 2001; Wells ve Papageorgiou, 1998; Yılmaz vd., 2008). Klinik örnekleme yürütülen çalışmalar, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gruplarında kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili inançların sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Barahmand, 2007; Çipil, 2018; Böke vd., 2015; Köseoğlu, 2013; Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Wells ve Carter, 2001). Ayrıca hem klinik örnekleme hem de klinik olmayan örnekleme yürütülen çalışmalarda, anksiyete belirtilerinin patolojik endişe (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Görgü, 2014; Yılmaz vd., 2008), durumluk anksiyete (Nordahl vd., 2019b; Spada vd., 2010) ve sürekli anksiyete (Irak ve Tosun, 2008) gibi farklı ölçüm şekilleriyle de ele alındığı ve benzer şekilde kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların bu değişkenler üzerinde de yordayıcılığının olduğu bulunmuştur.

Sun ve diğerleri (2017) yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında, üstbilişsel inançların farklı psikiyatrik bozukluklarda nasıl değişiklik gösterdiğini mercek altına almıştır. 1990-2015 yılları arasında yayınlanmış olan 47 çalışma gözden geçirilmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu ve şizofreni tanıları arasındaki üstbilişsel inançlar açısından ortaya çıkan farklılıklar incelenmiştir. Sonuçlar, yaygın anksiyete bozukluğunda kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ön plana çıktığını ve diğer bozukluklardan bu alt boyutla farklılaştığını göstermiştir.

Sonuç olarak, alanyazında konuyla ilgili yürütülen çalışmalar ve meta-analiz çalışmasının (Sun vd., 2017) bulguları, bu çalışmanın bulgusunu destekler niteliktedir. Anksiyete belirtilerinin açıklanmasında kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların etkisi bu çalışma da dahil olmak üzere pek çok çalışmada ortaya konulmuştur.

Tablo 4.3 bilişsel güvensizlik alt boyutu ve anksiyete arasındaki ilişkiler açısından gözden geçirildiğinde, 21 çalışmadan 6 tanesinde anksiyete belirtilerinin açıklanmasında bilişsel güvensizlik alt boyutunun rol oynadığı görülmüştür (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Çipil, 2018; Davis ve Valentiner, 2000; Irak ve Tosun, 2008; Nordahl ve Wells, 2017; Yılmaz vd., 2008). Bu çalışmalardan 1 tanesi klinik örnekleme (Çipil, 2018), diğerleri klinik olmayan örnekleme yürütülmüştür. Bilişsel güvensizlik alt boyutunun, özellikle klinik örnekleme anksiyete belirtilerinin açıklanmasında kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar kadar çok sayıda destekleyici bulgusunun olmadığı dikkat çekmiştir. Dolayısıyla, bu çalışmanın bulgusunun alanyazına bilişsel güvensizlik alt boyutunun anksiyete belirtileri üzerindeki yordayıcılığına ilişkin katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmada olumlu inançların, düşünceleri kontrol ihtiyacının ve bilişsel farkındalığın anksiyete belirtilerini yordamadığı görülmüştür. Bununla ilgili olarak, alanyazında farklı bulgular mevcuttur. Tablo 4.3. gözden geçirildiğinde, 21 çalışmadan 4 tanesinde endişeyle ilgili olumlu inançlar alt boyutunun anksiyete belirtilerini yordadığı bulunmuştur (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Nordahl ve Wells, 2017; Wells ve Papageorgiou, 1998; Yılmaz vd., 2008). Bu çalışmalar gözden geçirildiğinde, üçünün de klinik olmayan örnekleme yürütüldüğü dikkat çekmiştir. Sun ve diğerleri (2017) farklı psikiyatrik tanı gruplarında üstbilişsel inançların farklılıklarını ele aldıkları meta-analiz çalışmasında olumlu inançlarla ilgili bulguların tutarlı sonuçlar vermediğini belirtmiştir. Ayrıca, yaygın anksiyetenin üstbilişsel modelinde, endişelenmenin faydalarına yönelik

olarak ortaya çıkan olumlu inançların her zaman bir sorun yaratmayacağı, kişilerin bu aşamada endişeleriyle başa çıkmaları durumunda anksiyete belirtilerinin azalacağı belirtilmiştir. Olumsuz üstbilişsel inançların devreye girmesiyle anksiyete belirtilerinin yoğunlaştığı ve devam ettiği söylenmiştir (Wells, 2000; Wells, 2009). Bu anlamda, bu çalışmada olumlu üstbilişsel inançların anksiyete üzerinde yordayıcılığının olmaması kuram ve alanyazındaki bulgular ışığında beklendik olarak görülebilir.

Düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu gözden geçirildiğinde, 21 çalışmadan 6 tanesinde düşünceleri kontrol ihtiyacının anksiyete belirtilerinin açıklanmasında rol oynadığı görülmüştür (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Aydın vd., 2019; Böke vd., 2015; Çipil, 2018; Nordahl ve Wells 2017; Nordahl vd., 2019a). Bu çalışmaların 3 tanesi (Aydın vd., 2019; Böke vd., 2015; Çipil, 2018) klinik örneklemde yürütülmüştür. Klinik örneklemdeki çalışmalar, tanıların üstbilişsel inançlar açısından karşılaştırılmasının amaçlanması (Böke vd., 2015; Çipil, 2018) ve belirti şiddetinin yordanması (Aydın vd., 2019) bakımından bu çalışmadan farklılaşmaktadır. Alanyazında, düşünceleri kontrol ihtiyacının anksiyete belirtileri üzerindeki yordayıcılığını klinik örneklemde sınavan daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Son olarak, bilişsel farkındalığın anksiyete belirtileri üzerinde yordayıcılığının olmadığı görülmüştür. Tablo.. gözden geçirildiğinde, 21 çalışmanın hiçbirinde anksiyete belirtilerinin yordanmasında bilişsel farkındalığın rolünün bulunmadığı dikkat çekmiştir. Alanyazındaki çalışmalar, bilişsel farkındalık boyutunun anksiyete belirtilerinden ziyade obsesif-kompulsif belirtileri açıklamada ön plana çıktığını öne sürmüştür (Barahmand, 2007; Sun vd., 2017). Mevcut çalışmada, obsesif-kompulsif belirtiler ele alınmamış sadece anksiyete belirtileri incelenmiştir. Bu bakımdan, anksiyete belirtileri üzerinde bilişsel farkındalığın yordayıcılığının olmaması beklendik bir durum olarak düşünülmüştür.

Bu çalışmada, üstbilişsel inançların yordayıcılığı olumsuz yaşam olaylarının ve başa çıkma yaklaşımlarının etkisi kontrol edilerek sınanmıştır. Sonuçlar, anksiyete belirtilerinin yordanmasında üstbilişsel inançların ön plana çıktığını; olumsuz yaşam olaylarının ve stresle başa çıkma yaklaşımlarının (kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek yaklaşımı) ise rolü olmadığını göstermiştir. Bir başka deyişle, üstbilişsel inançlar arttıkça anksiyete belirtileri de artmaktadır. Diğer yandan, kişilerin başına gelen olumsuz yaşam deneyimlerinin fazla olmasının veya bunlarla nasıl başa çıktıklarına ilişkin takındıkları tutumların anksiyete belirtilerinin açıklanmasında etkili

olmadığı dikkat çekmektedir. Wells (2009), anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması ve sürmesinde üstbilişsel inançların bir risk faktörü olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Buna dayanarak, anksiyete belirtilerinin yordanmasında üstbilişsel etmenlerin ön plana çıkması şaşırtıcı değildir.

Alanyazında, olumsuz yaşam olayları, stresle başa çıkma yaklaşımları ve anksiyete arasındaki ilişkileri bir arada ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hoffart ve diğerleri (2018), uyumlu olmayan başa çıkma girişimlerinin (endişe, tehdit izleme, kaçınma, düşünce bastırma) anksiyete belirtileri için yordayıcı olmadığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, çalışmanın bulgusuyla tutarlıdır. Yılmaz ve diğerleri (2011) tarafından yürütülen ileriye yönelik bir çalışmada, benzer şekilde üstbilişsel inançların anksiyete belirtilerini yaşam olaylarının etkisinden bağımsız olarak yordadığı bulunmuştur. Diğer bir deyişle, anksiyete belirtilerinin yordanmasında yaşam olaylarının katkısının olmadığı, üstbilişsel inançların ön plana çıktığı vurgulanmıştır. Ayrıca, algılanan stres ve anksiyete arasındaki ilişkide üstbilişsel inançların düzenleyici bir etkisi olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Iijima ve Tanno, 2013; Ramos-Cejudo ve Salguero, 2017; Spada vd., 2008). Başka bir deyişle, bu çalışmalarda algılanan stres ve anksiyete arasında doğrudan bir ilişkinin varlığından ziyade, düzenleyici bir etkiye vurgu yapılmıştır. Mevcut çalışmada, algılanan stres ölçümü yerine doğrudan kişilerin başına gelen olumsuz yaşam olayları ele alınmış ve bunlardan ne kadar etkilendikleri değerlendirilmiştir. Ölçüm farklılığından dolayı, diğer çalışmalarla karşılaştırmaların dikkatli yapılması gerektiği düşünülmüştür. Ayrıca, bu çalışmada düzenleyici bir etkiye bakılmamıştır. Gelecek çalışmalarda, olumsuz yaşam olaylarının ve başa çıkma yaklaşımlarının düzenleyici etkilerinin incelenmesinin alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Sonuç olarak, bu çalışmada katılımcıların klinik açıdan yüksek kabul edilebilecek ($ort = 21.58$) anksiyete belirtilerinin açıklanmasında, hem kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar hem de bilişsel güvensizlik alt boyutlarının etkisinin olduğu dikkat çekmiştir. Cartwright-Hatton ve Wells'in (1997) öne sürdüğü gibi, bu iki üstbilişsel inanç türünün birbirini besleyerek anksiyete belirtilerinin sürmesinde rol oynadığı düşünülmüştür. Buna karşın, olumsuz yaşam olaylarının ve başa çıkma yaklaşımlarının ise anksiyete belirtilerinin açıklanmasında etkisinin olmadığı görülmüştür. Elde edilen bulguların, üstbilişsel kuram ve alanyazındaki bulgularla tutarlı olduğu sonucuna varılmıştır

4.3. Üstbilişsel İnançların ve Ruminasyonla İlgili İnanışların Depresyon Belirtileri Üzerindeki Yordayıcılığının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, cinsiyet, yaş, anksiyete düzeyi, olumsuz yaşam olayları ve stresle başa çıkma tarzlarının (kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek yaklaşımı) etkileri kontrol edilerek üstbilişsel inançların ve ruminasyonla ilgili inanışların depresif belirtiler üzerindeki yordayıcılığı iki farklı regresyon analizi yürütülerek değerlendirilmiştir. Ruminasyonla ilgili inanışların incelenmesinde, Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (Yılmaz vd., 2014) ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (Yılmaz vd., 2014) kullanılmıştır. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği, tek boyuttan oluşmakta ve ruminasyonun kişiye sağladığı faydaları değerlendirmektedir. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği ise, iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar, ruminasyonun kişiye verebileceği zararlara ilişkin düşünceleri içeren ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt boyutu ile ruminasyonun sosyal olarak yol açabileceği olumsuz sonuçları değerlendiren ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları alt boyutudur. Üstbilişsel inançların beş alt boyutu, Üstbilişler Ölçeği-30 (Yılmaz vd., 2008) kullanılarak incelenmiştir. Bu alt boyutlar, daha önce bildirildiği üzere, endişeyle ilgili olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık olarak isimlendirilmektedir (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997).

Sonuçlar, öncelikle ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının depresif belirtilerin kesitsel bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Diğer bir deyişle, ruminasyonun sosyal sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışların artmasının, depresif belirtilerdeki artışı beraberinde getireceği bulunmuştur. Buna karşın, üstbilişsel inançların beş alt boyutunun da (endişeyle ilgili olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık) depresif belirtiler için kesitsel birer yordayıcı olmadığı ortaya konulmuştur. Son olarak, olumsuz yaşam olaylarının, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın depresif belirtileri yordadığı görülmüştür.

Papageorgiou ve Wells (2001; 2003) depresyonun üstbilişsel modelini Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli'ne dayandırmış, depresyona özgü değişkenler olarak tanımladıkları ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışlara vurgu yapmıştır. Buna göre, bir tetikleyici durumunda ruminasyonun gerekliliğine ilişkin olumlu inanışların ruminatif

etkinliği ortaya çıkardığı ve bu inanışların bir başa çıkma girişimi olarak işlev gördüğü belirtilmiştir (Wells, 2001). Ruminasyonun devam etmesiyle birlikte, kişilerde ruminasyonun kontrol edilemezliğine, kişiye verebileceği zararlara ve kişiler arası ilişkilerde ve sosyal ortamlarda yaratabileceği sorunlara ilişkin olumsuz inanışların ortaya çıktığı söylenmiştir (Wells, 2009). Diğer bir deyişle, ruminasyonla ilgili olumlu inanışların ruminasyon ve ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar aracılığıyla depresif belirtileri yordadığı ileri sürülmüştür. Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ve depresyon arasında ise daha doğrudan bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Wells, 2009). Bu çalışmada, depresyonun stbilişsel modeliyle tutarlı olan ve olmayan bulgular mevcuttur. Öncelikle, kuramda öngörüldüğü gibi, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların bir alt boyutu olan ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının depresif belirtileri yordadığı bulunmuştur. Buna karşın, ruminasyonla ilgili olumlu inanışların ve ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili olumsuz inanışların depresif belirtiler üzerinde yordayıcılığı bulunmamıştır. Diğer yandan, bu çalışmada stbilişsel kuramın öngördüğü şekilde bir model sınaması yapılmamış, sadece depresif belirtiler üzerindeki yordayıcılık incelenmiştir. Ayrıca, modelde olduğu gibi ruminasyona ilişkin bir ölçüm alınmamıştır. Bu nedenle, ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların depresif belirtilerin açıklanmasındaki aracı rolleri incelenmemiştir. Alanyazında ruminasyonla ilgili inanışlar, stbilişsel inançlar ve depresif belirtiler arasındaki ilişkileri kesitsel olarak inceleyen çalışmalar aşağıda iki tablo şeklinde derlenmiştir. İlk tabloda, ruminasyonla ilgili inanışların incelendiği çalışmalara yer verilmiştir. İkinci tabloda ise, stbilişsel inançlar ve depresif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmalar listelenmiştir. alışmalar, önce klinik olmayan örneklemde yürütülen çalışmalar, sonrasında klinik örneklemde yürütülen çalışmalar olarak sıralanmıştır. Tabloların altında, bu çalışmanın bulguları, alanyazındaki bulgular ve kuramın temel ngrleri temel alınarak tartışılmıştır.

Tablo 4.4. Ruminasyonla İlgili İnanışlar ve Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkileri Kesitsel Olarak İnceleyen Çalışmalar

Çalışmanın Yazarları	Klinik/ Normal	İstatistiksel Yöntem	Bulgu
Huntley ve Fisher (2016)	Normal	Regresyon	Sadece ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt boyutunun depresif belirtileri yordadığı bulunmuştur.
Solem vd. (2016)	Normal	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların (toplam puan) depresif belirtileri doğrudan yordadığı görülmüştür. Ruminasyonla ilgili olumlu inanışların depresif belirtileri ruminasyon aracılığıyla yordadığı bulunmuştur.
Yılmaz (2016)	Normal	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Ruminasyonun kontrol edilemezliği ile ilgili inanışların ve ruminasyonun sosyal sonuçlarıyla ilgili inanışların depresif belirtileri yordadığı bulunmuştur. Ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ruminasyon düzeyi ve olumsuz inanışlar aracılığıyla depresif belirtileri yordamıştır.
Yılmaz vd. (2015)	Normal	Regresyon	Ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların depresif belirtileri yordadığı bulunmuştur.
Roelofs vd. (2007)	Normal	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Ruminasyonun sosyal sonuçlarının depresif belirtileri doğrudan açıklamadığı bildirilmiştir. Ruminasyonla ilgili olumlu inanışların ruminasyon ve olumsuz inanışlar aracılığıyla depresif belirtileri yordadığı bildirilmiştir.
Papageorgiou ve Wells (2003)	Normal ve Klinik	Regresyon	Klinik örnekleme ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt boyutu ile ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları alt boyutunun ruminasyon ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur. Normal örnekleme ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili inanışlar alt boyutunun depresif belirtileri yordamadığı bildirilmiştir.
Çakmak (2016)	Klinik	ANOVA	Depresif bozukluk grubunda ruminasyonun kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inanışlar alt boyutu ve ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları alt boyutunun sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
Yılmaz vd. (2014)	Klinik	Regresyon	Normal örnekleme, kaygı belirtilerinin kontrol edildiği

	ve Normal		durumda ruminasyonla ilgili olumlu inanışların depresif belirtileri yordamadığı bulunmuştur. Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili inanışların ve ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla ilgili inanışların depresif belirtileri yordadığı bildirilmiştir.
Roelofs vd. (2010)	Klinik	Yapısal Eşitlik modellemesi	Ruminasyonun sosyal sonuçlarının hem doğrudan hem de ruminasyon aracılığıyla depresif belirtileri yordadığı bildirilmiştir.
Rafique (2010)	Klinik	İçerik analizi	Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların tüm katılımcılarda ortak olduğu ancak ruminasyonla ilgili olumlu inanışlarla ilgili bulguların tutarlı olmadığı söylenmiştir. Depresif belirtilerle başa çıkmada diğerlerinden destek alma, dikkat dağıtma, olumluya odaklanma gibi girişimlerde bulunulduğu tespit edilmiştir.
Watkins ve Moulds (2005)	Klinik	ANOVA	Şu anda depresif belirtileri olan ve geçmişte depresif bozukluk geçirmiş grupların ruminasyonla ilgili olumlu inanışlarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Olumsuz inanışlarla ilgili ölçüm alınmamıştır

Tablo 4.4. genel olarak gözden geçirildiğinde, depresif belirtiler ve ruminasyonla ilgili inanışlar arasındaki ilişkileri kesitsel olarak inceleyen toplam 11 çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan, 5 tanesinin normal örnekleme, 4 tanesinin klinik örnekleme, 2 tanesinin de hem klinik olan hem de olmayan örneklemeleri içerecek şekilde yürütüldüğü dikkat çekmiştir. Konuyla ilgili olarak Türkiye örnekleminde yürütülen 4 çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan 2 tanesinin normal örnekleme (Yılmaz, 2016; Yılmaz vd., 2015), 1 tanesinin klinik örnekleme bir uzmanlık tezi kapsamında (Çakmak, 2016); 1 tanesinin de hem klinik olan hem de olmayan örneklemelerde gerçekleştirildiği (Yılmaz vd., 2014) görülmüştür.

Tablo 4.4.'deki çalışmaların bulguları incelendiğinde, 11 çalışmanın 5 tanesinde, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının depresif belirtileri açıkladığı görülmüştür (Çakmak, 2016; Papageorgiou ve Wells, 2003; Roelofs vd., 2010; Yılmaz, 2016; Yılmaz vd., 2014). 1 çalışmada, yarı yapılandırılmış görüşme ve içerik analizleri sonucunda ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının depresif kişilerde yaygın olduğu sonucuna varılmıştır (Rafique, 2010). 2 çalışmada ise, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar alt

boyutlar üzerinden değil, toplam puan üzerinden incelenmiş ve ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların depresif belirtileri yordadığı bildirilmiştir (Solem vd., 2016; Yılmaz vd., 2015). 1 çalışmada sadece ruminasyonla ilgili olumlu inanışların depresif belirtilerle ilişkisi ele alındığı için olumsuz inanışlarla ilgili bilgi verilmemiştir (Watkins ve Moulds, 2005). Sonuç olarak, 11 çalışmanın 8 tanesinde, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların depresif belirtiler üzerindeki etkisi bildirilmiştir. Buna göre, kişilerin ruminasyonun sürmesi nedeniyle ortaya çıkabilecek sosyal sorunlarla ilgili inanışlarının depresif belirtileri artırdığı sonucuna varılmıştır. Alanyazından elde edilen bilgiler, mevcut çalışmanın bulgularıyla da tutarlıdır. Anksiyete düzeyi, olumsuz yaşam olayları, stresle başa çıkma yaklaşımları gibi güçlü değişkenlerin etkisine rağmen, depresif belirtilerin açıklanmasında ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Diğer bir deyişle, ülkemizde depresif belirtiler gösteren yetişkinlerin bu yakınmalarının sürmesinde, tekrarlayıcı düşünceleriyle ilgili olarak insanların ne düşüneceğine ilişkin sahip oldukları inançların (örn: Tekrar tekrar düşündüğümü bilseler, insanlar beni terk ederler.) ön plana çıktığı dikkat çekmiştir. Benzer şekilde, yapılan araştırmalar depresif belirtileri olan kişilerde reddedilmeye ilişkin bir duyarlılığın olduğunu göstermiştir (Ayduk vd., 2001; Liu vd., 2014; Mellin, 2008). Pearson ve diğerleri (2011), reddedilme duyarlılığının ileriye yönelik olarak ruminasyon belirtilerini yordadığını bildirmiştir. Depresyonun üstbilişsel modelinde de, ruminasyonun sürmesiyle birlikte, kişiler arası ve sosyal süreçlerde yol açabileceği sorunlara ilişkin inanışların ortaya çıktığı bildirilmiş ve bu çalışmada da benzer bir sonuca ulaşılmıştır. Sonuç olarak, depresyonun hem etiyolojisinde hem de sağıltım sürecinde kişiler arası etmenlerin ele alınmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada, Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği'nin diğer alt boyutu olan ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili olumsuz inanışların depresif belirtileri yordamadığı görülmüştür. Tablo 4.4.'deki çalışmaların bulguları gözden geçirildiğinde, 11 çalışmanın 6 tanesinde ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt boyutunun depresif belirtilerin açıklanmasında rol oynadığı göze çarpmıştır (Çakmak, 2016; Huntley ve Fisher, 2016; Papageorgiou ve Wells, 2003; Roelofs vd., 2007; Yılmaz, 2016; Yılmaz vd., 2014). 1 çalışmada, içerik analizleri sonucunda ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesinin depresif kişilerde ortak şekilde ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır (Rafique, 2010). 2 çalışmada ise, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar toplam puan üzerinden incelenmiş ve ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların depresif belirtileri yordadığı bildirilmiştir (Solem vd., 2016; Yılmaz vd., 2015). 1 çalışmada depresif

belirtilerle olumlu inanışların ilişkisi sınındığı için olumsuz inanışlarla ilgili bilgi verilmemiştir (Watkins ve Moulds, 2005). Sonuç olarak, 11 çalışmanın 8 tanesinde ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesinin depresif belirtiler üzerindeki etkisi bildirilmiştir.

Alanyazındaki çalışmaların bu yöndeki bulguları, bu çalışmanın bulgusuyla farklılık göstermiştir. Bu çalışmada, depresif belirtilerin yordanmasında ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt boyutunun etkili olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde, Papageorgiou ve Wells (2003), normal örnekleme yürütmüş olduğu çalışmada, ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesinin depresif belirtileri yordamadığını bildirmiştir. Roelofs ve diğerleri (2010), klinik örnekleme yürüttükleri çalışmada depresif belirtilerin açıklanmasında ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesinin yordayıcılığının olmadığına dikkat çekmiştir. Yazarlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili üstbilişsel inançların anksiyete belirtilerinde daha açıklayıcı olabileceğini ileri sürmüştür (Roelofs vd., 2010). Bu çalışmada da, benzer şekilde anksiyete belirtilerinin açıklanmasında endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili inançlar etkili olmuşken, depresif belirtilerin açıklanmasında ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili inanışların etkili olmadığı görülmüştür. Son olarak bazı çalışmaların depresyon ölçüm araçlarının bu çalışmaya göre farklılık gösterdiği dikkat çekmiştir. Roelofs ve diğerleri (2007), depresif belirtileri “Hızlı Depresif Belirti Ölçeği” (Quick Inventory of Depressive Symptomology) ile değerlendirmiştir. Huntley ve Fisher (2016), depresif belirtileri “Depresif Belirti Envanteri” (Inventory of Depressive Symptomology) ile incelemiştir. Çakmak (2016) yapmış olduğu tez çalışmasında, depresif belirtileri “Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği” ile değerlendirmiştir. Ölçüm araçlarındaki bu farklılıkların, mevcut çalışmanın bulgusundaki farklılığın açıklanmasında önemli olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada, ruminasyonla ilgili olumlu inanışların depresif belirtileri yordamadığı bulunmuştur. Tablo 4.4.’deki çalışmalar, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar alt boyutu göz önünde bulundurularak incelendiğinde, 11 çalışmanın 5 tanesinde depresif belirtilerin açıklanmasında ruminasyonla ilgili olumlu inanışların etkisine vurgu yapılmıştır (Roelofs, 2007; Solem vd., 2016; Watkins ve Moulds, 2005; Yılmaz vd., 2015; Yılmaz, 2016). Diğer yandan, Rafique (2010), depresyon hastalarıyla yapmış olduğu yarı yapılandırılmış görüşmeler sonrasında, ruminasyonla ilgili olumlu inanışların tutarlı sonuçlar vermediğini ve bütün katılımcılar için ortalıklık göstermediğini bildirmiştir. Yılmaz ve diğerleri (2014), normal örnekleme kaygı belirtilerinin kontrol edildiği durumda ruminasyonla ilgili

olumlu inanışların depresif belirtileri yordamadığını bulmuştur. Yine aynı çalışmada, depresif hasta grubunda ruminasyonla ilgili olumlu inanışların depresif belirtilerle ilişkili olmadığı ortaya konulmuştur (Yılmaz vd., 2014). Yazarlar, çalışmanın bulgularından hareketle, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların, olumlu inanışlara göre depresif belirtilerin açıklanmasında daha etkili bir yordayıcı olduğu sonucuna varmıştır (Yılmaz vd., 2014). Ayrıca, bazı çalışmalar Papageorgiou ve Wells'in (2001; 2003) depresyonun üstbilişsel modelinde belirttiği gibi ruminasyonla ilgili olumlu inanışların ruminasyon düzeyi ve ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar aracılığıyla depresif belirtileri yordadığını bildirmiştir (Roelofs vd., 2007; Solem vd., 2016; Yılmaz, 2015; Yılmaz, 2016). Bu çalışmada, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar, üstbilişsel modelde belirtildiği gibi sıranmamış ve ruminasyon düzeyiyle ilgili bir ölçüm alınmamıştır. Bu bakımdan, alanyazındaki bulgularla ortaya çıkan farklılığın bu sebepten de kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulgularıyla, alanyazında ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışlar ile depresif belirtiler arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların bulguları göz önünde bulundurularak incelendiğinde, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları alt boyutunun alanyazındaki bulgularla tutarlı olduğu düşünülmüştür. Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt boyutu ve ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar değişkeniyle ilgili olarak alanyazında depresif belirtileri yordadığına ilişkin çalışmaların var olduğu görülmüş ve bu çalışmada neden yordamadığı çeşitli gerekçeler bildirilerek tartışılmıştır.

Bu çalışmada, depresif belirtiler üzerindeki yordayıcılığı incelenen bir diğer değişken üstbilişsel inançlardır. Sonuçlar, depresif belirtilerin açıklanmasında, üstbilişsel inançların hiçbir alt boyutunun etkisi olmadığını göstermiştir. Aşağıdaki tabloda, alanyazında depresif belirtiler ve beş alt boyutta değerlendirilen üstbilişsel inançların ele alındığı çalışmalar yer almıştır. Tablonun altında, bu çalışmanın bulguları alanyazındaki bulgular ışığında tartışılmıştır.

Tablo 4.5. Depresyon Belirtileri ve Üstbilişsel İnançlar Arasındaki İlişkileri Kesitsel Olarak İnceleyen Çalışmalar

Çalışmanın Yazarları	Klinik/Normal	İstatistiksel Yöntem	Bulgu
Nordahl vd. (2019)	Normal	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Depresif belirtilerle en güçlü ilişki olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında elde edilmiştir.
Fisher vd. (2018)	Normal	Regresyon	Olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacının depresif belirtileri yordadığı bildirilmiştir.
Safrancı (2010)	Normal	Regresyon	Sorun odaklı başa çıkmanın düşük, olumsuz inançların yüksek olduğu durumun daha fazla depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur.
Spada vd. (2008)	Normal	Regresyon	Olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacının depresif belirtileri yordadığı bulunmuştur.
Torun-Yazıhan vd. (2019)	Klinik	ANOVA	Olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarının depresif belirtileri ve intihar girişimi olan grupta intihar girişimi olmayan gruba göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.
Yılmaz vd. (2016)	Klinik	ANOVA	Major depresif bozukluk grubunun bilişsel güvensizlik boyutunda sağlıklı kontrol grubundan farklılaştığı bulunmuştur.
Halvorsen vd. (2015)	Klinik	DFA	Olumsuz inançlar alt boyutunun, şu anda depresif belirtileri olan kişileri daha önce depresif bozukluk geçirmiş ve daha önce hiç depresif bozukluk geçirmemiş kişilerden ayırdığı bulunmuştur.
Sarısoy vd. (2014)	Klinik	ANOVA	Major depresif bozukluk grubu, olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında sağlıklı kontrol grubundan farklılaşmaktadır.
Ak vd. (2013)	Klinik	Mann-Whitney-U	İntihar girişimi olan majör depresif bozukluk grubunun bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarında intihar girişimi olmayan depresif bozukluk grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür.
Valiente vd. (2012)	Klinik	MANCOVA	Olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarının depresif bozukluk grubunda şizofreni grubuna ve sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
Wells ve Carter (2001)	Klinik	ANOVA	Depresyon hastalarının, ÜBÖ-30 ölçeğinden yaygın anksiyete bozukluğu grubu kadar yüksek puanlar almadığı ancak sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur.

Tablo 4.5. genel olarak incelendiğinde, depresif belirtiler ve üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkileri kesitsel olarak inceleyen toplam 11 çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan, 4 tanesinin normal örnekleme, 7 tanesinin klinik örnekleme yürütüldüğü dikkat çekmiştir. Klinik örnekleme yürütülen çalışmaların tamamının tanı gruplarının karşılaştırılmasına dayandığı görülmüştür. Konuyla ilgili olarak Türkiye örnekleminde yürütülen 5 çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan 1 tanesinin normal örnekleme yürütülen bir tez çalışması olduğu (Safrancı, 2010), 4 tanesinin klinik örnekleme (Ak vd., 2013; Sarısoy vd., 2014; Torun-Yazıhan vd., 2019; Yılmaz vd., 2016) yürütüldüğü görülmüştür.

Tabloda yer alan çalışmaların bulguları gözden geçirildiğinde, depresif belirtilerin açıklanmasında farklı üstbilişsel inançların etkilerini ortaya koyan çalışmaların olduğu görülmüştür. 11 çalışmanın 7 tanesinde, depresif belirtilerin açıklanmasında kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların ön plana çıktığı dikkat çekmiştir (Fisher vd., 2018; Nordahl vd., 2019; Safrancı, 2010; Sarısoy vd., 2014; Spada vd., 2008; Torun-Yazıhan vd., 2019; Valiente vd., 2012). 6 tanesinde bilişsel güvensizliğin depresif belirtilerle olan ilişkisi belirtilmiştir (Ak vd., 2013; Fisher vd., 2018; Spada vd., 2008; Torun-Yazıhan vd., 2019; Valiente vd., 2012; Yılmaz vd., 2016). Benzer şekilde 7 çalışmada düşünceleri kontrol ihtiyacının depresif belirtilerin açıklanmasında rol oynadığı söylenmiştir (Ak vd., 2013; Fisher vd., 2018; Nordahl vd., 2019; Sarısoy vd., 2014; Spada vd., 2008; Torun-Yazıhan vd., 2019; Valiente vd., 2012). Sadece 2 çalışmada (Fisher vd., 2018; Spada vd., 2008) bilişsel farkındalık ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiler ortaya konmuştur. Çalışmaların hiçbirinde olumlu inançların depresif belirtiler üzerindeki etkisi bulunmamıştır.

Özetle, depresif belirtilerin açıklanmasında genel olarak üstbilişsel inançların 3 alt boyutunun (kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı) ön plana çıktığı görülmüştür. Diğer yandan, üstbilişsel inançların depresif belirtiler üzerindeki yordayıcılığını inceleyen çalışmaların tamamının normal örnekleme yürütüldüğü, klinik örnekleme üstbilişsel inançlar açısından tanı karşılaştırmalarının yapıldığı dikkat çekmiştir. Bu anlamda, bu çalışmanın bulgularının alanyazın bulgularıyla karşılaştırırken dikkatli yorumlanması gerektiği düşünülmüştür. Bu çalışmada, tanı grupları arasında veya bir kontrol grubuyla karşılaştırma yapılmamıştır. Böyle bir karşılaştırma olanağı olduğu varsayıldığında, alanyazındaki diğer çalışmalara benzer şekilde üstbilişsel inançlar açısından tanı grupları arasında farklılıklar bulunabileceği

öngörülmüştür. Dolayısıyla, klinik örnekleme yürütülen çalışmalar, sadece tanı karşılaştırmasına dayandığı için bu çalışmayla birebir karşılaştırma yapılmasının yanıltıcı olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, Üstbilişler Ölçeği ile beş boyutta ele alınan üstbilişsel inançlar, depresif belirtilerden ziyade anksiyete belirtileriyle ilişkilendirilmiştir (Papageorgiou ve Wells; Wells, 1999; Yılmaz vd., 2011). Papageorgiou ve Wells (2001), yaygın anksiyete bozukluğunda endişeyle ilgili üstbilişler ne ise, depresyonda ruminasyonla ilgili inanışların da o olduğunu ileri sürmüştür. Bu çalışmada, üstbilişsel inançların depresif belirtileri yordamamasının bu çerçevede değerlendirilebileceği düşünülmüştür. Diğer yandan, bu çalışmada depresif belirtilerin yordanmasında çok sayıda değişkenin etkileri mercek altına alınmıştır. Olumsuz yaşam olaylarının ve stresle başa çıkma yaklaşımlarının depresif belirtilerin açıklanmasında önemli bir rol üstlenmesinin, üstbilişsel inançların yordayıcılığını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Son olarak, çalışmalarda depresif belirtilerin incelenmesinde farklı ölçüm araçlarından da yararlanıldığı görülmüştür. Örneğin, 2 çalışmada, depresif belirtilerin Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (The Hospital Anxiety and Depression Scale) ile değerlendirildiği göze çarpmıştır (Fisher vd., 2018; Spada vd., 2008). Nordahl ve diğerleri (2019) ise, depresif belirtileri Hasta Sağlık Anketi (Patient Health Questionnaire) ile değerlendirmiştir. Wells ve Carter (2001), depresif belirtiler için ayrıca bir ölçüm almamış, SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-III) ile tanı konmuş depresyon hastalarının üstbilişsel inançlarını diğer hasta gruplarıyla karşılaştırmıştır. Belirtilen farklılıkların, bu çalışmanın bulgularıyla alanyazındaki çalışmaların bulguları arasındaki farklılıklara bir açıklama getirebileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, bu çalışmanın anksiyete ve depresyon belirtilerinin yordanmasında incelediği değişkenler genel olarak gözden geçirildiğinde, depresif belirtilerin ve anksiyete belirtilerinin açıklanmasında farklı değişkenlerin ön plana çıktığı dikkat çekmiştir. Anksiyete belirtilerinde, endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik inançları güçlü bir etki göstermiştir. Buna karşın, depresif belirtilerin yordanmasında üstbilişsel inançların beş boyutu da etkili olmamış ancak ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarına ilişkin olumsuz inanışlar üstbilişsel bir değişken olarak ön plana çıkmıştır. Bundan farklı olarak, anksiyete belirtilerinin açıklanmasında ruminasyonla ilgili inanışların etkili olmadığı bulunmuştur. Bu durum, kuramla da tutarlı görülmüştür. Ruminasyonla ilgili inanışların, belirtildiği gibi depresyona özgü değişkenler olduğu bu çalışmanın bulgularıyla da desteklenmiştir. Ayrıca, anksiyete belirtilerinin yordanmasında olumsuz yaşam olaylarının ve başa çıkma yaklaşımlarının

etkisi bulunmazken, depresif belirtilerin yordanmasında hem olumsuz yaşam olaylarının hem de başa çıkma yaklaşımlarının önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Tüm bu bulgulardan hareketle, duygusal bozukluklarda iç içe geçmiş olarak karşımıza çıkan anksiyete ve depresyon belirtilerinin birbirinden ayrıştırılmasında ve sağaltım sürecinde uygulanacak girişimlerde bu çalışmanın bulgularından hareketle farklı müdahalelerde bulunulabileceği düşünülmüştür. Örneğin, anksiyete bozukluklarında endişeyle ilgili üstbilişsel inançlara yönelik girişimler merkeze alınırken, depresif bozukluklarda ruminasyonla ilgili üstbilişsel inanışların yanı sıra kişinin başa çıkma becerilerine de destek verilmesi gerektiği öngörülebilir.

4.4. Ruminasyonun Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçları ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkide Başa Çıkma Yaklaşımlarının Aracı Rolünün Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların bir alt boyutu olan ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide başa çıkma yaklaşımlarının (kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım) aracı rolü tek bir modelde incelenmiştir. Sonuçlar, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarının kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşım aracılığıyla depresif belirtileri yordadığını göstermiştir. Boyun eğici yaklaşımın ise aracı etkisi bulunmamıştır.

Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli'ne göre, stresli bir durum karşısında kişi çeşitli bilişsel ve üstbilişsel süreçlerden geçmektedir. Öncelikle rahatsızlık veren uyaran, kişisel amaçlar ve sosyal etmenler göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. Uyuşmazlık durumunda, bir başa çıkma yaklaşımı seçilmekte, uygulanmakta ve bu yaklaşımın sonuçları izlenmektedir (Matthews ve Wells, 2004). Wells (2000), stresli durumlarda üstbilişsel inançların kişinin ortaya koyduğu başa çıkma yaklaşımını etkilediğini öne sürmektedir. Üstbilişsel kurama göre, üstbilişsel inançlar başa çıkma kaynaklarının olmadığına ilişkin bir değerlendirmeye ve durum üzerinde kontrol kaybına ilişkin bir algıya neden olmaktadır (Wells ve Matthews, 1994). Diğer bir deyişle, üstbilişsel inançların, duygu odaklı başa çıkma gibi içsel yönelimli (inner-directed) uyumlu olmayan başa çıkma yaklaşımlarının kaynağı olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde, Papageorgiou ve Wells (2001), ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların umutsuzluk duygusunu ortaya çıkardığını ve etkisiz başa çıkma girişimlerinin devam etmesine neden olduğunu ileri sürmektedir. Bir başka söyleyişle, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların sorun çözme becerilerini

etkileyerek depresyonun sürmesine neden olduğu belirtilmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2003). Bunlara ek olarak, uyumlu olmayan başa çıkma yaklaşımlarının da psikopatolojinin kaynağı olduğu söylenmektedir (Matthews ve Wells, 2004). Sonuç olarak, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların uyumsuz başa çıkma girişimlerini; uyumsuz başa çıkma girişimlerinin de duygusal bozuklukları ortaya çıkardığı ileri sürülmektedir. Diğer bir deyişle, başa çıkma yaklaşımlarının üstbilişsel inançlar ve duygusal bozukluklar arasında aracı bir rol üstlendiği söylenmektedir (Matthews ve Wells, 2004).

Belirtilen kuramsal temellerden hareketle, bu çalışmada ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide kendine güvenli yaklaşımın ve çaresiz yaklaşımın aracı rolünün olması beklendik bir durum olarak görülebilir. Kişi, depresyon durumunda, ruminasyonun yol açabileceği sosyal zararlarla ilgili olarak tekrarlayıcı bir düşünce tarzı içine girebilir. Bu durumdan sıyrılmak için çeşitli başa çıkma yaklaşımlarını seçebilir ve uygulayabilir. Bu çalışmanın bulgularından hareketle, kişinin Matthews ve Wells'in (2004) bildirdiği gibi sorun odaklı başa çıkma girişimlerinin az; içsel yönelimli başa çıkma girişimlerinin fazla olduğu durumda depresif belirtilerin ortaya çıktığı söylenebilir. Kendine güvenli yaklaşım, kişinin sorunun çözümünde etkin bir şekilde rol aldığı, sorun odaklı bir başa çıkma yolu olarak tanımlanmaktadır. Çaresiz yaklaşım ise, bunun aksi şekilde kişinin sorun karşısında kendini suçlama, çaresizlik hissetme gibi duygu odaklı etkisiz başa çıkma girişimlerini kapsamaktadır. Şahin ve Durak (1995), depresyon durumunda duygu odaklı başa çıkma yaklaşımlarının daha çok, sorun odaklı başa çıkma yaklaşımlarının daha az kullanıldığını belirtmiştir. Bu çalışmada da, kişilerin içinde bulundukları durumdan çıkabilmek için etkin bir şekilde çaba göstermemesi ve sorun karşısında umutsuzluk, suçluluk gibi duygular sergilemesi durumunda depresif belirtilerinin devam edeceği sonucuna varılmıştır. Diğer bir deyişle, kişinin ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla ilgili sahip olduğu olumsuz inanışların, kişinin sorun odaklı başa çıkma yaklaşımlarının düşük, duygu odaklı başa çıkma yaklaşımlarının yüksek olduğu durumda depresif belirtileri doğurduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada, kaderci eğilimleri değerlendiren boyun eğici yaklaşımın aracı rolü bulunmamıştır. Boyun eğici yaklaşımın aracı etkisinin olmamasında, katılımcıların boyun eğici yaklaşımı benimseme ortalamalarının kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşıma göre daha düşük olmasının neden olabileceği düşünülmüştür. Kendine güvenli yaklaşımın ortalaması 19.82 (alınabilecek en yüksek puan 28); çaresiz yaklaşımın ortalaması 21.65 (alınabilecek en yüksek puan 32) iken, boyun eğici yaklaşımın ortalaması 13.21

(alınabilecek en yüksek puan 24) olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, kaderci bir baş etme yolu olan boyun eğici yaklaşımın depresif belirtiler karşısında tampon görevi görmüş olabileceği düşünülmüştür. Ruminasyonla ilgili devam eden olumsuz inanışlar karşısında bir anlamda teslim olmayı seçmek, depresif belirtilerin kişilerde yaratmış olduğu rahatsızlık hissini azaltmış olabileceği söylenebilir. Ataman-Temizel ve Dağ (2014), depresif belirtiler, başa çıkma ve duygu düzenleme arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmada benzer bir varsayımda bulunmuş, sorunlar karşısında kabul edici bir yaklaşım içinde olmanın boyun eğici yaklaşımı beraberinde getirdiğini ve depresif belirtilerin azalmasında bu yaklaşımların rol oynadığını belirtmiştir. Belirtilen sebeplerle, boyun eğici yaklaşımın aracı rolünün bulunmadığı düşünülmüştür.

Alanyazında, üstbilişsel inançlar, ruminasyonla ilgili inanışlar, başa çıkma yaklaşımları ve duygusal bozuklukları inceleyen çalışmalar mevcuttur. Diğer yandan, alanyazın gözden geçirildiğinde, ruminasyonla ilgili inanışlar ve depresyon arasındaki ilişkide başa çıkma yaklaşımlarının rolünü inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın, alanyazında bu çerçevede yürütülen ilk çalışma olduğu düşünülmektedir.

Kashif ve diğerleri (2019), öğrenci olmayan normal bir örneklem üzerinde yapmış oldukları çalışma sonucunda, duygu odaklı başa çıkma girişimleri arttıkça, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların da artış gösterdiğini ve bu ilişkide üst endişelerin aracı bir rolünün olduğunu bildirmiştir. Belirtilen çalışmada, bu çalışmadan farklı olarak başa çıkma yaklaşımlarının ruminasyonla ilgili olumsuz inanışları yordayıp yordamadığına ve bu ilişkiye aracılık edebilecek başka bir aracı değişkenin etkisine bakılmıştır. Alanyazında, ruminasyonla ilgili inanışları ve başa çıkma yaklaşımları bir arada ele alan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Alanyazında, üstbilişsel inançların beş alt boyutu ile başa çıkma arasındaki ilişkileri ele alan çalışmalar göze çarpmıştır. Safrancı (2010), üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklemde, üstbilişsel inançlar ve duygusal bozukluklar arasında üstbilişsel inançların düzenleyici etkilerini incelemiştir. Buna göre, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançların yüksek, sorun odaklı başa çıkma yaklaşımlarının düşük olduğu durumun daha fazla depresif belirtilerle ilişkili olduğu söylenmiştir. Başka bir deyişle, üstbilişsel inançlar ve depresyon arasındaki ilişki sorun odaklı yaklaşımın düşük veya yüksek olduğu durumlarda farklılaşmıştır. Bu çalışmada ise, ruminasyonla ilgili inanışların kendine güvenli yaklaşımın düşük, çaresiz yaklaşımın yüksek olması durumunda depresif belirtilerle ilişkili

olduğu bulunmuştur. Başa çıkma yaklaşımlarının aracı etkileri incelenmiş ancak düzenleyici etkileri incelenmemiştir. İleriye yönelik bir çalışmada, birinci ölçümdeki üstbilişsel inançların (olumlu inançlar ve bilişsel farkındalık) takip ölçümündeki işlevsel olmayan başa çıkma yaklaşımlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Sica vd., 2007). Bu çalışmada, başa çıkma yaklaşımları ve ruminasyonla ilgili inanışlar kesitsel olarak ele alınmıştır. Torun-Yazıhan ve diğerleri (2019), olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacının işlevsel olmayan başa çıkma tarzlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Diğer bir deyişle, üstbilişsel inançların, kişilerin etkili bir şekilde sorun odaklı başa çıkma girişimlerinde bulunmasını engellediği söylenmiştir (Torun-Yazıhan vd., 2019). Bu çalışmada da benzer şekilde, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarına ilişkin olumsuz sonuçların kişilerin başa çıkma girişimlerini etkilediği bulunmuştur.

Sonuç olarak, alanyazında üstbilişsel inançlar, başa çıkma yaklaşımları ve depresif belirtiler arasındaki ilişkileri ele alan kısıtlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan sadece bir tanesi ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ve başa çıkma arasındaki ilişkileri incelemiştir (Kashif vd., 2019). Bir çalışmada, üstbilişsel inançların düzenleyici etkileri (Safrancı, 2010) sınanmıştır. Diğer çalışmalarda üstbilişsel inançlar ve başa çıkma arasındaki ilişkilerle ilgili bulgulara yer verilmiştir (Sica vd., 2007; Torun-Yazıhan vd., 2019). Bu bakımdan, bu çalışmanın üstbilişsel kuram çerçevesinde duygusal bozuklukların açıklanmasında başa çıkma yaklaşımlarının aldığı rolü incelemesi nedeniyle alanyazındaki diğer çalışmalardan farklı bir bakış açısına sahip olduğu düşünülmüştür.

4.5. Üstbilişsel İnançların Depresyon ve Anksiyete Belirtilerini İleriye Yönelik Olarak Yordamasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, üç ay arayla iki ölçüm alınarak üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon belirtileri üzerindeki yordayıcılığı ileriye yönelik olarak iki farklı regresyon analiziyle sınanmıştır. Anksiyete belirtilerinin yordanmasında, yaş ve cinsiyetin yanı sıra temel ölçüm anksiyete düzeyi kontrol edilerek üstbilişsel inançların beş alt boyutunun ileriye yönelik yordayıcılıkları incelenmiştir. Depresyon belirtilerinin yordanmasında ise, benzer şekilde yaş ve cinsiyetin yanında temel ölçüm depresyon düzeyi kontrol edilerek üstbilişsel inançların beş boyutunun ve ruminasyonla ilgili inanışların ileriye yönelik yordayıcılıkları mercek altına alınmıştır. Sonuçlar, hem anksiyete belirtilerinin hem de depresyon belirtilerinin ileriye yönelik olarak yordanmasında bilişsel güvensizlik alt boyutunun etkili olduğunu göstermiştir. Kısmi korelasyon sonuçlarında da buna benzer

olarak temel ölçümlerin kontrol edildiği durumda sadece bilişsel güvensizlik boyutunun anksiyete ve depresyon belirtileriyle ileriye yönelik olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, alanyazınla uyumlu olarak (Keskin vd., 2013; Linzer vd., 1996; Simonds ve Whiffen, 2003) cinsiyetin (kadın olmak) anksiyete ve depresyon belirtilerinin yordanmasında etkili olduğu görülmüştür.

Bilişsel güvensizlik, kişilerin belleklerine ve bilişsel işlevselliklerine ilişkin olumsuz düşüncelerini değerlendiren bir alt boyuttur. Papageorgiou ve Wells (2003), depresyonun üstbilişsel modeliyle ilgili olarak yapmış oldukları ilk çalışmalarda, ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların yanı sıra, bilişsel güvensizlik değişkenine de yer vermişlerdir. Modelde, bilişsel güvensizliğin ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların sürmesine katkı sağladığı ve dolaylı olarak depresif belirtileri yordadığı belirtilmiştir. Ayrıca, depresif belirtilerin de kişilerin belleklerinin iyi çalıştığına yönelik inanışlarını zayıflattığı bildirilmiştir. Bir başka söyleyişle, kişilerin bilişsel etkinliklerindeki zayıflamayla ilgili inanışlarının depresyonun bir “yan ürünü” olduğu belirtilmiştir (Papageorgiou ve Wells, 2003). Bu çalışmada, bir aracılık etkisi sınanmamış, bilişsel güvensizliğin depresif belirtiler üzerinde doğrudan, bağımsız ve ileriye yönelik bir yordayıcı olduğu ortaya konulmuştur. Diğer bir deyişle, kişilerin bilişsel yeterlilikleri ve bellek işlevlerindeki zayıflamaya ilişkin inançlarının ileriye yönelik olarak depresif belirtilerini açıkladığı bulunmuştur.

Depresyon hastalarında, bellek işlevleriyle ilgili bozulmaların ortaya çıktığı bilinmektedir. Golinkoff ve Sweeney (1989), bu bozulmanın basit düzeyde olduğunu, bellek testleriyle tespit edilebildiğini ancak depresyona özgü bir durum olmadığını ve psikopatolojilerin genel bir sonucu olduğunu ifade etmiştir. Dolayısıyla, klinik bağlamda depresyon hastalarının bellek işlevleri değerlendirilirken, sadece testlere bağlı kalınarak değerlendirme yapılmasının eksik kalabileceği, bilişsel süreçlerde meydana gelen bozulmaya ilişkin inançların da göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmüştür.

Anksiyete belirtilerine ilişkin bulgular üstbilişsel kuram çerçevesinde gözden geçirildiğinde, Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli’nin üstbilişsel inançlar ve anksiyete arasında kurmuş olduğu bağlantının hatırlatılması önemli görülmüştür. Modele göre, kişiler duygusal bozukluklarda uyumlu olmayan, tekrarlayıcı düşünce örüntülerinin önüne geçememekte ve bu durum da kişilerin bilişsel yeterlilikleriyle ilgili düşüncelerini zayıflatmaktadır. Bu noktada, üstbilişsel inançlar anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasında

ve sürmesinde önemli rol oynamaktadır. Wells (2009), üstbilişsel inançların anksiyetenin gelişiminde bir risk faktörü olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Nordahl ve diğerleri (2019), yapmış oldukları çalışmada, bilişsel güvensizlik alt boyutunun özellikle anksiyete belirtilerinin sürmesinde etkili olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, bu çalışmada hali hazırda var olan anksiyete belirtilerinin ileriye yönelik olarak açıklanmasında bilişsel güvensizliğin rolü ortaya konulmuştur.

Aşağıdaki tabloda, alanyazında üstbilişsel inançlar, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkileri ileriye yönelik olarak ele alan çalışmalar yer almıştır. Tablo oluşturulurken önce klinik olmayan örneklemdeki çalışmalar en yeni olandan başlanmak üzere sıralanmıştır. Tablonun altında, alanyazından elde edilen bilgiler ışığında bu çalışmanın bulguları tartışılmıştır.

Tablo 4.6. Anksiyete ve Depresyon Belirtileriyle Üstbilişsel İnançlar ve Ruminasyonla İlgili İnanışları İleriye Yönelik Olarak İnceleyen Çalışmalar

Çalışmanın Yazarları	Klinik/Normal	İstatistiksel Yöntem	Bulgu
Nordahl vd. (2019)	Normal	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Olumsuz inançların durumluk anksiyetenin en iyi yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Olumlu inançların ve düşünceleri kontrol ihtiyacının ne anksiyeteyi ne de depresyonu ileriye yönelik açıklamadığı bulunmuştur.
Ramos-Cejudo ve Salguero (2017)	Normal	Regresyon	Üstbilişsel inançların, anksiyete belirtilerini ileriye yönelik olarak yordamadığı bulunmuştur. Temel ölçüm anksiyete düzeyi ile algılanan stres arasındaki etkileşimin anksiyete belirtilerini yordadığı söylenmiştir.
Ryum vd. (2017)	Normal	Regresyon	Olumsuz inançların anksiyete belirtilerini ileriye yönelik olarak yordadığı bildirilmiştir.
Cook vd. (2015)	Kanser Hastaları	Regresyon	Olumsuz inançların ve bilişsel güvensizliğin anksiyete ve depresyon belirtilerini ileriye yönelik olarak yordadığı bulunmuştur.
Iijima ve Tanno (2013)	Normal	Regresyon	Çalışmada incelenen olumlu inançlar ve olumsuz inançlar alt boyutlarının endişe belirtileri üzerinde yordayıcılığının olmadığı bulunmuştur. Olumlu inançlar ve stresli yaşam olaylarının etkileşiminin endişeyi yordadığı bildirilmiştir.

Hjemdal vd. (2013)	Normal	Regresyon	Üstbilişler Ölçeği-30 ile alınan toplam üstbiliş puanının anksiyete belirtilerini ileriye yönelik olarak yordadığı ancak depresyon belirtilerini yordamadığı bulunmuştur.
Weber ve Exner (2013)	Normal	Regresyon	Ruminasyonla ilgili olumlu inanışların depresif belirtileri yordadığı bildirilmiştir.
Yılmaz vd. (2011)	Normal	Regresyon	Stresli yaşam olaylarının kontrol edildiği durumda, olumsuz inançların hem anksiyeteyi hem de depresyonu ileriye yönelik olarak yordadığı bulunmuştur. Gündelik sıkıntılarla bilişsel güvensizlik boyutunun etkileşiminin anksiyete belirtilerini yordadığı bulunmuştur.
Papageorgiou ve Wells (2009)	Normal	Regresyon	Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili olumsuz inanışların depresif belirtileri yordadığı bildirilmiştir.
Sica vd. (2007)	Normal	Regresyon	Olumsuz inançların endişe belirtilerinin ileriye yönelik yordayıcısı olduğu bulunmuştur.
Faissner vd. (2018)	Klinik	Regresyon	Olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutlarının depresif belirtileri ileriye yönelik olarak yordadığı bulunmuştur

Tablo 4.6. incelendiğinde, üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon belirtileri üzerindeki ileriye yönelik yordayıcılığının ele alındığı 11 tane çalışmaya rastlandığı görülmüştür. Bu çalışmalardan 4 tanesinin hem anksiyete hem depresyon belirtilerini (Cook vd., 2015; Hjemdal vd., 2013; Nordahl vd., 2019; Yılmaz vd., 2011); 4 tanesinin sadece anksiyete belirtilerini (Iijima ve Tanno, 2013; Ramos-Cejudo ve Salguero, 2017; Ryum vd., 2017; Sica vd., 2007) 3 tanesinin de sadece depresyon belirtilerini (Faissner vd., 2018; Papageorgiou ve Wells, 2009; Weber ve Exner, 2013) bağımlı değişken olarak incelediği görülmüştür. Çalışmaların 10 tanesi klinik olmayan örnekleme yürütülmüşken, sadece 1 tanesinin (Faissner vd., 2018) klinik örnekleme yürütüldüğü dikkat çekmiştir. Ayrıca, sadece Yılmaz ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışmanın Türkiye örnekleminde yürütüldüğü tespit edilmiştir. Bu anlamda, bu çalışmanın ileriye yönelik bulgular sağlamanın önemli olduğu düşünülmüştür.

Tablodaki araştırmaların bulguları gözden geçirildiğinde, 11 çalışmanın 1 tanesinde bilişsel güvensizliğin hem anksiyete hem de depresyon belirtilerinin açıklanmasında ileriye

yönelik bağımsız bir yordayıcı olduğu bulunmuş (Cook vd., 2015), 1 tanesinde ise bilişsel güvensizlik ve gündelik sıkıntıların etkileşiminin anksiyete belirtilerini ileriye yönelik olarak yordadığı (Yılmaz vd., 2011) bulunmuştur. Yılmaz ve diğerleri (2011), gündelik sıkıntılar karşısında kişilerin bilişsel güvensizlik inançlarının fazla olmasının, anksiyete belirtileri için yatkınlaştırıcı bir etmen olduğunu vurgulamıştır.

Sun ve diğerleri (2017) yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında, hasta gruplarında (major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, şizofreni) kişilerin bilişsel sistemlerine yönelik güvenlerinin azaldığını ortaya koymuştur. Buradan hareketle, bilişsel güvensizlik inançların anksiyete ve depresyon başta olmak üzere diğer psikopatolojiler için de bir risk faktörü olarak görülebileceği sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada da, bilişsel güvensizliğin hem anksiyete hem de depresyon için yatkınlaştırıcı bir etmen olabileceğine ilişkin bulgular elde edilmiştir. Yeme bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk gibi pek çok duygusal bozuklukta anksiyete ve depresyon belirtilerinin eşlik ettiği bilinmektedir (Braun vd., 1994; Moritz vd., 2001). Buradan hareketle, bilişsel güvensizlik inançların diğer duygusal bozuklukların etiyolojisinde ve tedavisinde de göz önünde bulundurulması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anksiyete belirtilerini inceleyen 8 çalışmanın 5 tanesinde anksiyete belirtilerinin yordanmasında olumsuz inançların (Cook vd., 2015; Nordahl vd., 2019; Ryum vd., 2017; Sica vd., 2007; Yılmaz vd., 2011) ön plana çıktığı görülmüştür. Depresyon belirtilerini inceleyen 7 çalışmadan 3 tanesinde (Cook vd., 2015; Faissner vd., 2018; Yılmaz vd., 2011) olumsuz inançların yordayıcılığı bildirilmiştir. 1 çalışmada ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesinin (Papageorgiou ve Wells, 2009), 1 çalışmada da ruminasyonla ilgili olumlu inanışların (Weber ve Exner, 2013) depresif belirtileri ileriye yönelik olarak yordadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada, bilişsel güvensizlik dışındaki üstbilişle ilgili değişkenlerin depresyon ve anksiyete belirtileri üzerinde ileriye yönelik yordayıcılığının olmadığı bulunmuştur. Alanyazında karşılaşılan 2 çalışmada, üstbilişsel inançların ileriye yönelik olarak anksiyete belirtilerini bağımsız olarak yordamadığı bildirilmiştir (Iijima ve Tanno, 2013; Ramos-Cejudo ve Salguero, 2017). Farklı üstbilişsel inançların ve ruminasyonla ilgili inanışların yordayıcılığını gösteren Tablo 4.6.'da yer alan diğer çalışmalarla bu çalışma arasında bazı farkların olduğu dikkat çekmiştir. Öncelikle, daha önce de belirtildiği gibi, ileriye yönelik olarak yapılan çalışmaların çoğu (11 çalışmadan 10 tanesi) normal örnekleimde

gerçekleştirilmiştir. Bunun anlamı, çalışmadaki katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyinin klinik olarak yüksek kabul edilebilecek düzeyin altında olmasıdır. Örneğin, Ryum ve diğerlerinin (2017) yapmış oldukları çalışmada Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak üç ay arayla üç ölçüm alınmıştır. Bu ölçümlerden en yüksek olan ilk ölçümde alındığı ve ortalamasının 11.4 olarak belirtildiği görülmüştür. Benzer şekilde, Yılmaz ve diğerlerinin (2011) yapmış olduğu çalışmada da, takip ölçümündeki anksiyete düzeyi ortalaması 10.14; depresyon düzeyi ortalaması 6.74 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ise, katılımcıların ilk ölçümdeki anksiyete ortalamaları 21.78; depresyon ortalamaları 20.02 olarak hesaplanmıştır. Takip ölçümünde ise, anksiyete ortalamalarının 16.85; depresyon ortalamalarının 14.36 olduğu tespit edilmiştir. Alanyazındaki çalışmalarla bu çalışma arasında anksiyete ve depresyon ortalama farklılıklarının bulgulardaki farklılığı açıklayabileceği düşünülmüştür.

Alanyazındaki çalışmalar gözden geçirildiğinde, bu çalışmayla ölçüm aralıkları ve ölçüm sayıları açısından da farklılıklar olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, üç ay arayla iki ölçüm alınmıştır. Örneğin, Ryum ve diğerleri (2017), üç ay arayla üç ölçüm almışlardır. Iijima ve Tanno (2013) dört hafta arayla; Weber ve Exner (2013), iki ay arayla; Yılmaz ve diğerleri (2011), altı ay arayla iki ölçüm alarak çalışmalarını tamamlamıştır. Ölçüm süre ve sayılarındaki farklılıkların da çalışmaların bulguları arasında farklılık yaratabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada, iki ölçüm üç ay arayla alınmıştır. Alanyazında, üç aydan önce depresyon ve anksiyete belirtilerinin sabit bir seyir izlediği belirtilmiştir (Nolen-Hoeksema vd., 1993; Özyüksel ve Uluğ, 2007 Roussis ve Wells, 2008). Diğer yandan, yine de bu sürenin ileriye yönelik ilişkileri tespit edebilmek için kısa olabileceği düşünülmüştür. Her ne kadar iki ölçüm arasında anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olsa da, temel ölçümde alınan depresyon/anksiyete puanları ile takip ölçümünde alınan depresyon/anksiyete puanları arasındaki korelasyon katsayılarının yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Birinci ölçümdeki anksiyete düzeyi ile takip ölçümündeki anksiyete düzeyi arasındaki korelasyonun ($r=.64$, $p<.001$) ve birinci ölçümdeki depresyon düzeyi ile takip ölçümündeki depresyon düzeyi arasındaki korelasyonun ($r=.72$, $p<.001$) güçlü ilişkilere işaret ettiği görülmüştür. Bunun anlamı, iki ölçüm arasındaki çeşitliliğin düşük olmasıdır. Diğer çalışmaların bulgularıyla ortaya çıkan farklılıkların bu düşük çeşitlilikten de kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Son olarak, yukarıda belirtildiği gibi, depresyon ve anksiyete belirtileri iki ölçüm zamanı arasında anlamlı olarak düşüş göstermiştir. Bu düşüşte, bazı katılımcıların terapi alıyor olmasının (ilk ölçüme katılanların %16.9'u; takip ölçümüne katılanların %28.6'sı) etkisinin olabileceği düşünülmüştür. Özellikle takip ölçümüne katılanların %30'a yakınının terapi alıyor olmasının sonuçların değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, anksiyete ve depresyon belirtilerinin ileriye yönelik olarak yordanmasında üstbilişsel inançların bir alt boyutu olan bilişsel güvensizliğin etkili olduğu bulunmuştur. Bu bulguya benzer olarak alanyazında sınırlı sayıda bulgunun olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın klinik örnekleme ileriye yönelik olarak yürütülen bir çalışma olması nedeniyle, anksiyete ve depresyonun etiyolojisinde ve sağaltımında üstbilişsel etmenlerin rolüne ilişkin veriler sağladığı düşünülmüştür.

4.6. Üstbilişsel İnançlar ve Anksiyete/Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkilerin Karşılıklı Olarak İncelenmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, üstbilişsel inançlar, anksiyete/depresyon belirtileri arasındaki ilişkiler, zaman çizgisindeki önceliğin belirlenmesi amacıyla karşılıklı olarak incelenmiştir. Üstbilişsel inançların ileriye yönelik olarak anksiyete/depresyon belirtilerini yordadığı gibi, anksiyete ve depresyon belirtilerinin de üstbilişsel inançları yordayıp yordamadığı sınanmıştır. Bir önceki bölümde, üstbilişsel inançların bir alt boyutu olan bilişsel güvensizliğin hem anksiyete hem de depresyon belirtileri için ileriye yönelik bir yordayıcı olduğu belirtilmiştir. Bu bulgudan hareketle, anksiyete ve depresyon belirtilerinin bilişsel güvensizliği yordayıp yordamadığı merak konusu olmuştur. Karşılıklı ilişkilerin sınanması amacıyla, öncelikle alanyazında önerildiği şekilde (Matsumoto ve Mochizuki, 2018; Nordahl vd., 2019; Sun vd., 2019; Thielsch vd., 2015) iki dalgalı cross-lagged model uygulanmıştır. Analiz sonuçları, önerilen modelin istenen değerlere uyum sağlamadığını göstermiştir. Örneklem sayısının yetersiz olması (N=71), iki ölçüm aralığı arasındaki zamanın kısa olması (üç ay), sadece iki ölçüm alınmasının yetersiz kalması, iki ölçüm zamanı arasında anksiyete/depresyon belirtileri ve üstbilişsel inançlar açısından çeşitliliğin düşük olması (bir değişkenin temel ölçümü ve takip ölçümü arasındaki korelasyonlarının yüksek olması) gibi sebeplerin bu sonucu ortaya çıkarmış olabileceği düşünülmüştür. Faissner ve diğerleri (2018), üstbilişsel inançların zaman içerisinde daha az değişim gösterdiğini, diğer bir deyişle daha durağan bir yapı sergilediğini belirtmiştir. Benzer

şekilde, Wells ve Cartwright-Hatton (2004), ortalama 34 günlük ölçüm aralığı sonucunda elde edilen bulgulara göre, bu süre zarfı içerisinde üstbilişsel inançların durağanlık gösterdiğini bildirmiştir. Bu durum, bu çalışmada da gözlenmiştir. Yapılan analizlerde, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu dışında diğer alt boyutlar arasında iki ölçüm zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Tüm bu nedenlerle, cross-lagged modelin veriyle uyum sağlamamış olabileceği düşünülmüştür.

Cross-lagged modelin istenen uyum değerlerini sağlamaması üzerine tersten bir regresyon analizi yapılmıştır. Böyle bir regresyon analizinin uygulanmasına ilişkin alanyazında bir örnek vardır (Nordahl vd., 2019). Yaş ve cinsiyetin yanı sıra, temel ölçüm bilişsel güvensizliğin kontrol edildiği durumda sadece anksiyete belirtilerinin ileriye yönelik olarak bilişsel güvensizlik inançlarını yordadığı bulunmuştur.

Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli'ne göre, duygusal bozukluklar tekrarlayıcı düşünce örüntüleri ve uyumlu olmayan başa çıkma girişimleriyle kendini gösteren Bilişsel Dikkat Sendromu sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu sendromun etkin hale gelmesinden üstbilişsel inançların sorumlu olduğu ileri sürülmektedir. Diğer bir deyişle, temelde üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyon belirtilerini ortaya çıkardığı belirtilmektedir. Buna karşın, kişilerde ortaya çıkan anksiyete ve depresyonun devam etmesiyle birlikte üstbilişsel inançların da etkisinin artabileceği düşünülmektedir (Wells, 2005). Örneğin, kişinin “Hiç bir şeyi doğru düzgün hatırlayamıyorum” veya “Hafızam giderek zayıflıyor” gibi düşüncelerinin anksiyete belirtilerini tetiklediği ve anksiyete belirtilerinin de kişinin bilişsel yetersizlikleriyle ilgili inançlarını güçlendirdiği öngörülebilmektedir. Capobianco ve diğerleri (2019), bu durumu benzer bir örnekle açıklamıştır: Duygusal belirtilerin bilişsel kapasiteye zarar verebildiği veya kişilerin bilişsel işlevselliklerinde kayıp yaşadıklarına ilişkin düşüncelerinin ortaya çıkabildiği ve bu durumun da üstbilişsel inançları güçlendirebildiği söylenmiştir. Bu çalışmada da, örneklerde belirtildiği gibi bilişsel güvensizlikle ilgili inançların anksiyete belirtilerini; anksiyete belirtilerinin de bilişsel güvensizlikle ilgili inançları karşılıklı olarak yordadığı bulunmuştur.

Aşağıdaki tabloda üstbilişsel inançlar, anksiyete/depresyon belirtileri arasındaki ilişkileri karşılıklı olarak ele alan çalışmalar yer almıştır. Çalışmalar, en yeni olan önce olacak şekilde sıralanmıştır. Tablonun altında bu çalışmanın bulguları ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır.

Tablo 4.7. Anksiyete/Depresyon Belirtileri ile Üstbilişsel İnançlar/Ruminasyonla İlgili İnanışlar Arasındaki Karşılıklı İlişkileri Ele Alan Çalışmalar

Çalışmanın Yazarları	Klinik/Normal	İstatistiksel yöntem	Önemli Bulgu
Capobianco vd. (2019)	Normal	Cross-lagged model	Üstbilişsel inançlar ve anksiyete belirtileri arasında karşılıklı (2 yönlü) bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Depresif belirtilerle karşılıklı bir ilişki bulunmamıştır.
Nordahl vd.. (2019)	Normal	Ters (reverse) regresyon	Olumsuz inançlar ve anksiyete arasında karşılıklı (2 yönlü) bir ilişki olduğu bulunmuştur.
Sun vd.. (2019)	Normal	Cross-lagged model	Olumsuz inançlar ve anksiyete arasında karşılıklı (2 yönlü) bir ilişki olduğu bulunmuştur.
Kraft vd.. (2019)	Klinik	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışlar ve depresyon arasında karşılıklı (2 yönlü) bir ilişki olduğu bildirilmiştir.
Matsimoto ve Mochuzuki (2018)	Normal	Cross-lagged model	Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ve depresif belirtiler arasında karşılıklı (2 yönlü) bir ilişki olduğu bulunmuştur.
Thielsch vd. (2015)	Klinik	Cross-lagged model	Olumsuz inançlar ve endişe arasında tek yönlü bir ilişki olduğu; olumsuz inançların endişe belirtilerini yordadığı bildirilmiştir

Tablo 4.7. gözden geçirildiğinde, üstbilişsel inançlar ve duygusal belirtiler (anksiyete ve depresyon) arasındaki ilişkileri inceleyen 6 çalışma olduğu görülmüştür. 6 çalışmanın 4 tanesinin 2019 yılına ait olduğu dikkat çekmiştir. Bu bakımdan, üstbilişsel inançlar ve duygusal belirtiler arasındaki karşılıklı ilişkilerin incelenmesinin, alanyazında güncel ve ilgi gören bir konu olmaya başladığı düşünülmüştür. Belirtilen çalışmaların 4 tanesinin normal örneklemde, 2 tanesinin (Kraft vd., 2018; Thielsch vd., 2015) klinik örneklemde yürütüldüğü görülmüştür. Çalışmaların 3 tanesinin üstbilişsel inançlar ve anksiyete belirtileri (Nordahl vd., 2019; Sun vd., 2019; Thielsch vd., 2015); 2 tanesinin ruminasyonla ilgili inanışlar ve depresif belirtiler (Kraft vd., 2019; Matsimoto ve Mochuzuki, 2018) ve 1 tanesinin üstbilişsel inançlar ve anksiyete ile depresyon belirtileri (Capobianco vd., 2019) arasındaki karşılıklı ilişkileri ele aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, Thielsch ve diğerlerinin (2015) yürütmüş olduğu çalışma, sadece bir haftalık ölçüm verilerine dayanması açısından diğerlerinden farklılaşmıştır. Son olarak, çalışmaların hiçbirinin Türkiye örnekleminde gerçekleşmediği dikkat çekmiştir.

Tabloda 4.7.'de yer alan araştırmaların bulguları incelendiğinde, anksiyete belirtilerini ele alan 4 çalışmanın 2 tanesinde olumsuz inançlar ve anksiyete arasında karşılıklı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Nordahl vd., 2019; Sun vd., 2019). 1 çalışmada ise stbilişsel inançlar ve anksiyete belirtileri arasında karşılıklı bir ilişki olduğu bildirilmiş ancak stbilişsel inançların anksiyete belirtilerinin yordanmasında daha güvenilir bir yordayıcı olduğu söylenmiştir (Capobianco vd., 2019). Depresif belirtileri ele alan 3 çalışmanın 1 tanesinde ruminasyonla ilgili hem olumlu hem de olumsuz inanışların depresif belirtilerle karşılıklı bir ilişki içinde olduğu (Kraft vd., 2019); 1 tanesinde ise sadece ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ve depresyon arasında karşılıklı bir ilişki olduğu (Matsimoto ve Mochuzuki, 2018) belirtilmiştir. Sonuç olarak, alanyazında karşılaşılan sınırlı sayıda çalışmanın bulguları anksiyete ve kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar alt boyutu arasında karşılıklı bir ilişki olabileceğini göstermiştir. Ruminasyonla ilgili hem olumlu hem de olumsuz inanışların depresif belirtilerle karşılıklı bir ilişki içinde olabileceğini gösteren az sayıda çalışmanın olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada, yukarıda belirtilen nedenlerle, stbilişsel inançlar ve anksiyete/depresyon belirtileri tek bir model içerisinde incelenememiştir. Buna karşın, yapılan regresyon analizleri sonucunda bilişsel güvensizlik alt boyutu ile anksiyete belirtileri arasında bir karşılıklılık olabileceği görülmüştür. Diğer bir deyişle, kişilerin bilişsel süreçleriyle ilgili düşüncelerinin anksiyete belirtilerinin hem nedeni hem de sonucu olabileceği düşünülmüştür. Kişinin bilişsel yetersizlikleriyle ilgili düşüncelerinin anksiyete belirtilerini ortaya çıkardığı ve anksiyete belirtilerinin de kişinin bilişsel süreçlerine ilişkin olumsuz düşüncelerini pekiştirdiği öngörülmüştür. Bu bulgu, anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde ve sürmesinde stbilişsel inançların nasıl bir rol oynadığının anlaşılması açısından nispeten yeni bir bulgudur. Bu anlamda, alanyazına katkı sağladığı düşünülmüştür.

Alanyazındaki sınırlı sayıdaki çalışma, karşılıklı ilişkilerin kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve anksiyete belirtileri arasında mevcut olduğuna ilişkin bulgular sağlamıştır. Benzer bir ilişkinin ruminasyonla ilgili inanışlar ve depresyon arasında da gözlendiği bildirilmiştir (rn: Kraft vd., 2019). Diğer yandan, alanyazındaki çalışmalarda stbilişsel inançların bütün alt boyutlarının ele alınmadığı, beş alt boyuttan bazılarının incelendiği görülmüştür. Örneğin, Nordahl ve diğerleri (2019) olumlu inançlar ve kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar alt boyutlarını; Sun ve diğerleri (2019), kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt

boyutlarını; Thielsch ve diğerleri (2015) sadece kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar alt boyutunu incelemiştir. Capobianco ve diğerleri (2019) yapısal eşitlik modellemesiyle üstbilişsel inançların alt boyutlarını ele almış ama hangi alt boyutun karşılıklı ilişkiler gösterdiği bildirilmemiştir. Dolayısıyla, belirtilen çalışmaların hiçbirinde bilişsel güvensizlik değişkeni ve anksiyete arasındaki ilişkilerin karşılıklı olarak incelenmediği görülmüştür. Bu anlamda, bu çalışmanın anksiyete ve bilişsel güvensizlik arasındaki karşılıklı ilişkiler hakkında bir fikir veren ilk çalışma olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada, depresif belirtilerin bilişsel güvensizlik alt boyutunu yordamadığı görülmüştür. Alanyazında, depresif belirtiler ve bilişsel güvensizlik arasındaki karşılıklı ilişkileri ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sadece Capobianco ve diğerlerinin (2019) yapmış olduğu çalışmada, üstbilişsel inançlar ve depresyon arasındaki karşılıklı ilişkiler incelenmiş ancak depresif belirtilerin üstbilişsel inançları yordamadığı bildirilmiştir. Depresif belirtiler ve ruminasyonla ilgili inanışları ele alan çalışmaların da bu çalışmanın bulgusundan veri toplama araçları (Ruminasyonla İlgili Olumlu ve Olumsuz İnanışlar Ölçeği) bakımından farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu çalışmada, ileriye yönelik yapılan analizlerde ruminasyonla ilgili inanışların depresif belirtileri yordamadığı sonucuna varıldığı için, karşılıklı ilişkileri incelemek için tersten bir regresyon analizi yapılmasına gerek olmadığına karar verilmiştir. Bu nedenle sadece ileriye yönelik bir yordayıcı olduğu görülen bilişsel güvensizlik alt boyutu ve depresyon arasındaki karşılıklı ilişkiler incelenmiştir.

Sonuç olarak, alanyazında üstbilişsel inançlar ve duygusal belirtiler arasındaki karşılıklı ilişkilerin incelenmesinin son zamanlarda ön plana çıktığı dikkat çekmiştir. Alanyazındaki sınırlı sayıdaki çalışmalar, üstbilişsel inançlar ve anksiyete/depresyon belirtilerinin bir döngü içerisinde birbirini beslediğine ilişkin bulguları ortaya çıkarmıştır. Bu çalışma da, bilişsel güvensizlik ve anksiyete belirtileri arasında karşılıklı; bilişsel güvensizlik ve depresyon arasında tek yönlü (bilişsel güvensizlikten depresyona) bir ilişkinin olabileceğine ilişkin bulgular sağlamıştır. Bununla birlikte, karşılıklı ilişkilerle ilgili olarak daha kesin yargılara varabilmek için deneysel değişimlemelere ve değişkenleri tek bir model içerisinde ele alan yapısal eşitlik modellemesi gibi daha katı istatistiksel sınamalara ihtiyaç olduğu açıktır.

4.7. Araştırmanın Sonuçları

Bu araştırmada, hem kesitsel hem de ileriye yönelik olarak üstbilişsel inançlar, depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiler sınanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, aşağıda özetlenmiştir:

1- Üstbilişsel inançların beş alt boyutundaki artışın (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) anksiyete belirtilerindeki artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, üstbilişsel inançların bilişsel farkındalık dışındaki dört alt boyutundaki ve ruminasyonla ilgili hem olumlu hem de olumsuz inanışlardaki artışla depresif belirtilerdeki artışın ilişkili olduğu saptanmıştır.

2- Üstbilişsel inançların kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik alt boyutlarının anksiyete belirtilerini kesitsel olarak yordadığı bulunmuştur. Olumsuz yaşam olayları ve başa çıkma yaklaşımlarının anksiyete belirtileri üzerinde yordayıcılığının olmadığı tespit edilmiştir.

3- Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışların depresif belirtileri kesitsel olarak yordadığı; üstbilişsel inançların beş alt boyutunun da yordayıcılığının olmadığı görülmüştür. Ayrıca, olumsuz yaşam olaylarının, kendine güvenli yaklaşımın, çaresiz yaklaşımın ve boyun eğici yaklaşımın da depresif belirtileri yordadığı bulunmuştur.

4- Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla depresif belirtiler arasındaki ilişkiye başa çıkma yaklaşımlarından kendine güvenli yaklaşımın ve çaresiz yaklaşımın aracılık ettiği tespit edilmiştir.

5- Temel ölçüm düzeyleri kontrol edildiğinde, üstbilişsel inançların bilişsel güvensizlik alt boyutunun hem anksiyete hem de depresyon belirtilerini ileriye yönelik olarak yordadığı bulunmuştur.

6- Karşılıklı ilişkiler incelendiğinde, bilişsel güvensizlik alt boyutunun da anksiyete belirtilerini yordadığı bulunmuş, dolayısıyla bilişsel güvensizlik inançları ve anksiyete belirtileri arasında karşılıklı bir ilişkinin olabileceği düşünülmüştür.

4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Örneklem özellikleri gözden geçirildiğinde, örneklemin büyük bir kısmının (% 61.75) kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Alanyazında, klinik örnekleme yürütülen üstbiliş çalışmalarında da cinsiyet dağılımlarında benzer sonuçlar olduğu görülmüştür. (Kraft vd., 2019; Görgü, 2014) Bu dağılım nedeniyle, sonuçların genellenebilirlik açısından dikkatli yorumlanması gerektiği düşünülmüştür. Ayrıca, takip ölçümünde örneklemin önemli bir kısmının kaybedildiği (%61.75 kayıp) görülmüştür. Dolayısıyla, örneklem sayısı oldukça azalmıştır (N=71). Bu kayıp nedeniyle, sonuçların dikkat değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Örneklemle ilgili göz önünde bulundurulması gereken bir diğer nokta da, katılımcıların terapi alma durumlarıdır. Birinci ölçüme dahil olan, katılımcıların %16.9'unun; takip ölçümüne katılan katılımcıların %28.6'sının devam eden bir psikoterapi süreci olduğu dikkat çekmiştir. Bu durumun, sonuçlarda yanlılık yaratmış ve katılımcıların anksiyete ve depresyon belirtilerinin azalmasında rol oynamış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışma, klinik bir örnekleme yürütülmüş olmasına ve katılımcıların anksiyete ve depresyon belirtilerinin var olmasına rağmen, araştırma kapsamında klinik bir anksiyete ve depresyon değerlendirmesi yapılmamıştır. Bu nedenle, çalışmanın bulgularının belirli bir tanı grubu için çıkarım yapmaktan ziyade, genel olarak psikiyatrik bozukluklardaki anksiyete ve depresyon belirtilerinin açıklanmasına katkı sağladığı düşünülmüştür.

Çalışmanın ileriye yönelik bir deseninin olmasına karşın, takip ölçümü için üç ay uzun bir zaman dilimi olmadığından ölçümler arasındaki yüksek ilişkinin sonuçları karıştırıcı bir etki yaratabileceği düşünülmüştür. Daha uzun bir zaman zarfında daha fazla ölçüm sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca, bu çalışma deneysel bir desene sahip olmadığından, ileriye yönelik olsa da neden-sonuç ilişkisinden bahsetmek mümkün olmamaktadır.

Çalışmada, psikiyatri kliniğine başvuru yapmış olan katılımcılardan veri toplanmış ancak sağlıklı bir kontrol grubu verisi alınmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunun olmaması da sonuçların nasıl farklılaştığını belirlemek açısından eksik kalmış bir nokta olarak düşünülmüştür.

Son olarak, bu çalışmada veriler öz bildirime dayalı ölçüm araçlarıyla toplanmıştır. Bu nedenle, sonuçların sosyal arzulanırlık gibi etmenlerden etkilenmiş olabileceği

düşünülmüştür. Ayrıca, ölçeklerin uygulanması sırasında, katılımcıların özellikle üstbilişle ilgili ölçeklerde bazı maddeleri anlamakta zorluk çektiği gözlenmiştir. Bu durumun da sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Üstbilişsel inançlar ve anksiyete, depresyon belirtileri arasındaki ilişkilerin bire bir görüşme, deneysel değişimleme gibi yöntemlerle de çalışılarak incelenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

4.9. Klinik Doğurgular

Bu çalışmada, anksiyete bozuklukları ve depresyonla ilişkili bozukluklar özgül olarak ele alınmamış olsa da, üstbilişsel kuramın tüm duygusal bozuklukları açıklayabilecek genel bir model olma varsayımından (Nordahl vd., 2017; Nordahl vd., 2019) hareketle bu çalışmanın bulgularının anksiyete ve depresyonla ilişkili bozukluklarının değerlendirme ve sağaltımında yol gösterici olabileceği öngörülmüştür. Öncelikle, anksiyete belirtileri olan kişilerin değerlendirme süreçlerinde sadece bilişsel, duygusal ve davranışsal ögelerin değil, üstbilişsel etmenlerin de göz önünde bulundurulması önemli görülmüştür. Depresif belirtileri olan kişilerin değerlendirilmesinde ise, kişilerin bilişsel sistemlerinin işleyişine ilişkin inançlarının ve depresyona özgü üstbilişsel bir değişken olan ruminasyonun sosyal olarak yol açabileceği zararlara ilişkin olumsuz inanışlarının göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmüştür. Depresyonun değerlendirilmesinde, sadece kişinin olumsuz düşünce içeriklerinin ve ruminasyonlarının değil aynı zamanda bu ruminatif düşünce tarzının sonuçlarıyla ilgili de kişinin ne düşündüğüne ilişkin bilgi alınması gerektiği görülmüştür. Sonuç olarak, bu çalışmanın ileriye yönelik bulgularından hareketle özellikle bilişsel güvensizlikle ilgili inançların hem anksiyete hem de depresyon için yatkınlaştırıcı bir etmen olduğu görüldüğünden, süregiden belirtiler için psikiyatri hastalarının bu kapsamda değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Bu çalışma, anksiyete ve depresyon belirtilerinin azaltılmasına yönelik girişimlerle ilgili de sonuçlar sağlamış ve anksiyete ve depresyona yönelik girişimlerin nasıl farklılaşabileceğine yönelik bir fikir ortaya koymuştur. Anksiyete belirtilerinde, üstbilişsel inançların sağaltım sürecinde oldukça etkili bir etmen olabileceği görülmüştür. Diğer yandan, depresyon belirtilerinde ise, üstbilişsel etmenlerin yanı sıra, başa çıkma yaklaşımlarının da önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Buradan hareketle, anksiyete belirtilerinin azalmasında daha çok üstbilişsel girişimlerin etkili olacağı; depresyon belirtilerinin azaltılmasında üstbilişsel etmenlerin (bilişsel sistemin işleyişine ilişkin inançlar

ve ruminasyonla ilgili inanışlar) yanı sıra, kişinin başa çıkma girişimlerinin de desteklenmesi gerektiği öngörülmüştür.

Metakognitif (üstbilişsel) terapi, son yıllarda anksiyete ve depresyonun sağaltımında önde gelen üçüncü kuşak bilişsel-davranışçı terapilerden biridir. Bu çalışma, metakognitif terapinin temel varsayımlarını desteklemiştir. Duygusal bozuklukların sağaltımında, üstbilişsel değerlendirme ve girişimlerin nasıl etkili olabileceğine ilişkin bir veri sağlamıştır.

4.10. Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler

Bu çalışma, ileriye yönelik bir desen içermesine karşın, daha önce de belirtildiği gibi, zamansal ilişkileri ortaya koymak için yeterli bir ölçüm süresine ve sayısına erişilememiş olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle, gelecekteki çalışmaların daha uzun aralıklı ölçüm süreleriyle (örneğin, 6 ay arayla) daha fazla ölçüm alarak, daha büyük klinik örneklemelerle ve üstbilişsel inançlar ile duygusal belirtileri tek bir model içerisinde sınavan istatistiksel yöntemler kullanarak hem tek yönlü hem de karşılıklı ilişkilerin incelenmesinin faydalı olacağı sonucuna varılmıştır. Ayrıca, üstbilişsel inançlar ve duygusal belirtiler arasındaki nedenselliğin belirlenmesi için ileriye yönelik veri toplamanın yeterli olmayacağı, deneysel değişimleme içeren araştırmaların da gerekli olduğu açıktır.

Bu çalışmada, anksiyete ve depresyon belirtileri ele alınmıştır. Gelecek çalışmalarda, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk gibi özgül tanı gruplarıyla yapılacak çalışmaların özellikle tanı süreçlerinde ve sağaltım çalışmalarında fayda sağlayacağı öngörülmüştür.

Çalışma kapsamında, depresif belirtilerin açıklanmasında ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların yordayıcılığı incelenmiş ancak üstbilişsel modelin öne sürdüğü gibi ruminasyonun aracı etkileri incelenmemiştir. Bundan sonraki çalışmalarda, depresif belirtileri gösteren bir klinik örnekleme de ruminasyon da dahil edilerek depresif belirtilerin açıklanmasında ileriye yönelik sonuçlar elde edilebilir.

Son olarak, alanyazında genellikle üstbilişsel inançlar ve duygusal belirtiler arasındaki ilişkilere düzenleyici olarak etki edebilecek değişkenlerin incelendiği dikkat çekmiştir. Sonraki araştırmalarda özellikle stresli yaşam olaylarının üstbilişsel inançlar ve duygusal belirtiler arasında düzenleyici bir etkisinin olup olmadığının incelenmesi faydalı olabilir.

KAYNAKÇA

- Ak, M., Yazıhan, N. T., Sütçigil, L., & Hacıömeroğlu, B. (2013). İntihar girişimi olan majör depresyon hastalarında üstbilis süreçleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, (50), 95-99
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997a). The relation of psychotherapy integration to the established systems of psychotherapy. *Journal of psychotherapy integration*, 7(4), 275-289.
- Alford, B. A., & Beck, A.T. (1997b). *The intergrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Arbuckle, J. L. (2016). Amos (Version 24.0). Chicago: IBM SPSS.
- Aslanoğlu, S. (1978). *Habis tümörlerin oluşmasında stresin rolü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Austin, S. F., Mors, O., Nordentoft, M., Hjorthøj, C. R., Secher, R. G., Hesse, M., ... & Wells, A. (2015). Schizophrenia and metacognition: an investigation of course of illness and metacognitive beliefs within a first episode psychosis. *Cognitive therapy and research*, 39(1), 61-69.
- Aydın, O., Balıkcı, K., Çökmüş, F. P., & Ünal Aydın, P. (2019). The evaluation of metacognitive beliefs and emotion recognition in panic disorder and generalized anxiety disorder: effects on symptoms and comparison with healthy control. *Nordic journal of psychiatry*, 1-9.
- Ayduk, O., Downey, G., & Kim, M. (2001). Rejection sensitivity and depressive symptoms in women. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(7), 868-877.
- Baker, L., & Brown, A. L. (1984). Metacognitive skills and reading. *Handbook of reading research* içinde. (s. 353-394). New York: Longman.
- Bandura A. Social learning theory. In: Social Learning Theory; 1971. p.1-46.
- Barahmand, U. (2009). Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 169(3), 240-243.
- Barraca, J. (2012). Mental control from a third-wave behavior therapy perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 109-121.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of general psychiatry*, 9(4), 324-333.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (2014). *Bilişsel davranışçı terapi: temelleri ve ötesi*. (M. Şahin, Çev.). Ankara: Nobel
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bennett, H., & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of anxiety Disorders*, 24(3), 318-325.
- Biggs, A., Brough, P. & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health*. içinde (s.351-364). Oxford: John Wiley & Sons
- Böke, Ö., Pazvantoğlu, O., Babadağı, Z., Ünverdi, E., Ay, R., Çetin, E., & Şahin, A. R. (2015). Panik bozukluğunda üst bilişler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1).
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24(4), 859-867.
- Brinol, P. ve Demarre, K.G (Ed.). (2012). *Social metacognition*. New York: Taylor & Francis.
- Brown, A. (1987). Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms. *Metacognition, motivation, and understanding* içinde. (s. 65-116). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Brown, A. L. (1980). Metacognitive development and reading. *Theoretical issues in reading comprehension* içinde. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Capobianco, L., Heal, C., Bright, M., & Wells, A. (2019). What comes first, metacognition or negative emotion: A test of temporal precedence. *Frontiers in Psychology*, 10, 2507.
- Capobianco, L., Morrison, A. P., & Wells, A. (2018). The effect of thought importance on stress responses: a test of the metacognitive model. *Stress*, 21(2), 128-135.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296.

- Cichoń, E., Kryciński, R., Florkowski, M., & Szczepanowski, R. (2018). Metacognition increases the severity of depression through trait anxiety in a nonclinical population. *Roczniki Psychologiczne/Annals of Psychology*, 20(4), 761-774.
- Clark, D. A. & Beck, A.T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford.
- Clauss, K., Bardeen, J. R., Thomas, K., & Benfer, N. (2019). The interactive effect of emotional reactivity and maladaptive metacognitive beliefs on anxiety. *Cognition and Emotion*, 1-9.
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2015). A prospective study of the association of metacognitive beliefs and processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer. *Cognitive therapy and research*, 39(1), 51-60.
- Çakmak, S. (2016). Depresyonla giden duygudurum bozukluklarında ruminasyonla ilgili üstbilişler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Çipil, A. (2018). *Depresyon eş tanısı olan panik bozuklukta değişen üstbilişsel faktörlerin belirlenmesi*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Davis, R. N., & Valentiner, D. P. (2000). Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Personality and Individual Differences*, 29(3), 513-526.
- DeMarree, K. G., & Morrison, K. R. (2012). What do I think about who I am? Metacognition and the self-concept. *Social metacognition* içinde (s. 103–119). New York, NY: Psychology Press
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: A systematic review and critical examination of “third wave” cognitive and behavioral therapies. *Behavior therapy*, 47(6), 886-905.
- Dobson, K.S. & Dozois, D.J.A (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. İçinde (3-38). New York: Guilford
- Doğan, K., Solak, Ö. S., Özdel, K., & Türkçapar, M. H. (2013). Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 34-40.
- Dragan, M., & Dragan, W. (2014). Temperament and anxiety: The mediating role of metacognition. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 36(2), 246-254.

- Efklides, A. (2006). Metacognition and affect: What can metacognitive experiences tell us about the learning process?. *Educational research review*, 1(1), 3-14.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Stuart.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Carol Publishing
- Ellis, A. (2003). Similarities and differences between rational emotive behavior therapy and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(3), 225.
- Faissner, M., Kriston, L., Moritz, S., & Jelinek, L. (2018). Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression. *Depression and anxiety*, 35(12), 1239-1246.
- Flavell, J. H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. *The nature of intelligence* içinde. (s. 231-235). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American psychologist*, 34(10), 906.
- Flavell, J. H. (1987). Speculations about the nature and development of metacognition. *Metacognition, Motivation, and Understanding* içinde. (s.21-19). Hillside, N J: Lawrance Erlbaum
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: distinctive features*. East Sussex, New York: Routledge
- Fisher, P. L., Reilly, J., & Noble, A. (2018). Metacognitive beliefs and illness perceptions are associated with emotional distress in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 86, 9-14.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466.
- Garner, R., & Alexander, P. A. (1989). Metacognition: Answered and unanswered questions. *Educational psychologist*, 24(2), 143-158.
- Golinkoff, M., & Sweeney, J. A. (1989). Cognitive impairments in depression. *Journal of affective disorders*, 17(2), 105-112.
- Goos, M., & Galbraith, P. (1996). Do it this way! Metacognitive strategies in collaborative mathematical problem solving. *Educational studies in mathematics*, 30(3), 229-260.

- Görgü, N. S. (2014). *Üstbilişsel inançlar ve algılanan ebeveyn tutumlarının endişe ve obsesif düşünceler üzerindeki etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.
- Gündüz, A., Gündoğmuş, I., Engin, B. H., İşler, A., Sertçelik, S., & Yaşar, A. B. (2019). Effects of adverse childhood events over metacognitions, rumination, depression and worry in healthy university students. *Annals of Medical Research*, 26(7), 1394-401.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(2), 137-144.
- Hjemdal, O., Stiles, T., & 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.
- Hjemdal, O., Solem, S., Hagen, R., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2019). A randomized controlled trial of metacognitive therapy for depression: Analysis of 1-year follow-up. *Frontiers in psychology*, 10, 1842.
- Halvorsen, M., Hagen, R., Hjemdal, O., Eriksen, M. S., Sørli, Å. J., Waterloo, K., ... ve Wang, C. E. (2015). Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 31-40.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245.
- Hayes, A. F. (2016). The PROCESS macro for SPSS and SAS. Retrieved from.
- Hoffart, A., Johnson, S. U., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2018). Mechanisms of change in metacognitive and cognitive behavioral therapy for treatment-resistant anxiety: The role of metacognitive beliefs and coping strategies. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), 2043808718787414.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.

- Huntley, C. D., & Fisher, P. L. (2016). Examining the role of positive and negative metacognitive beliefs in depression. *Scandinavian journal of psychology*, 57(5), 446-452.
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY:IBM Corp.
- Iijima, Y., & Tanno, Y. (2013). The moderating role of positive beliefs about worry in the relationship between stressful events and worry. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 1003-1006.
- Irak, M., & Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1316-1325.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Scientific Software International.
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.
- Karakelle, S., & Saraç, S. (2010). Üst biliş hakkında bir gözden geçirme: Üstbiliş çalışmaları mı yoksa üst bilişsel yaklaşım mı?. *Türk Psikoloji Yazıları*.
- Kashif, A., Malik, J. A., & Akhter, T. (2019). The mediating role of metaworry between emotion oriented coping and negative beliefs about rumination: A transversal analysis of emotional dysregulation. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(6), 794-798.
- Kertz, S. J., Stevens, K. T., McHugh, R. K., & Björgvinsson, T. (2015). Distress intolerance and worry: the mediating role of cognitive variables. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(4), 408-424.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4).
- Kraft, B., Jonassen, R., Ulset, V., Stiles, T., & Landrø, N. I. (2019). A Prospective Test of the Metacognitive Model of Depression in Previously Depressed Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 43(3), 603-610.
- Köseoğlu, F. (2013). *Major depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

- Lenzo, V., Toffle, M. E., Tripodi, F., & Quattropani, M. C. (2016). Gender Differences In Anxiety, Depression And Metacognition. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 9, 1-16.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., & DeGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *The American journal of medicine*, 101(5), 526-533.
- Liu, R. T., Kraines, M. A., Massing-Schaffer, M., & Alloy, L. B. (2014). Rejection sensitivity and depression: mediation by stress generation. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(1), 86-97.
- Luminet, O. (2004). 10 Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. *Depressive Rumination*, 187.
- Matthews, G., Hillyard, E. J., & Campbell, S. E. (1999). Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(2), 111-125.
- Matsumoto, N., & Mochizuki, S. (2018). Why do people overthink? A longitudinal investigation of a meta-cognitive model and uncontrollability of rumination. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(4), 504-509.
- Mavrogiorgou, P., Bethge, M., Luksnat, S., Nalato, F., Juckel, G., & Brüne, M. (2016). Social cognition and metacognition in obsessive-compulsive disorder: an explorative pilot study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(3), 209-216.
- Mazloom, M., Yaghubi, H., & Mohammadkhani, S. (2016). Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Differences*, 88, 94-98.
- McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive Therapy for Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances and Future Research Directions. *Current psychiatry reports*, 21(5), 29.
- Mellin, E. A. (2008). Rejection sensitivity and college student depression: Findings and implications for counseling. *Journal of College Counseling*, 11(1), 32-41.
- Metcalf, J. & Shimamura, A.P. (1996). Metacognition. Cambridge, MA: MIT Press.
- Moritz, S., Birkner, C., Kloss, M., Jacobsen, D., Fricke, S., Böthern, A., & Hand, I. (2001). Impact of comorbid depressive symptoms on neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 653.
- Moshman, D. (2018). Metacognitive theories revisited. *Educational Psychology Review*, 30(2), 599-606.

- Muneer, A., & Malik, J. A. (2018). Role of Metaworry and Emotional Coping Across Metacognitive Beliefs and Well-Being: A Gender Perspective. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 33(2).
- Nelson, T. O. (1990). Metamemory: A theoretical framework and new findings. *Psychology of learning and motivation*, 26, 125-173.
- Nelson T.O & Narens, L. (1990) Metamemory: A theoretical framework and new findings. *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* içinde. (s.125-173). New York: Academic Press.
- Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, C., ve Crowley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 73-79.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 20.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Nordahl, H., Nordahl, H. M., Vogel, P. A., & Wells, A. (2018). Explaining depression symptoms in patients with social anxiety disorder: Do maladaptive metacognitive beliefs play a role?. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(3), 457-464.
- Nordahl, H., & Wells, A. (2017). Individual differences in metacognitive knowledge contribute to psychological vulnerability more than the presence of a mental disorder does. *Mental Health & Prevention*, 7, 17-20.
- Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., Kennair, L. E., Hjemdal, O., Solem, S., ... & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych open*, 4(5), 393-400.
- Nordahl, H., Ødegaard, I. H., Hjemdal, O., & Wells, A. (2019a). A test of the goodness of fit of the generic metacognitive model of psychopathology symptoms. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-9.
- Nordahl, H., Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2019b). What lies beneath trait-anxiety? Testing the self-regulatory executive function model of vulnerability. *Frontiers in psychology*, 10.
- Normann, N., van Emmerik, A. A., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, 31(5), 402-411.

- Özdel, K. (2015). Düünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.
- Özyüksel, B., & Uluğ, B. (2007). Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Kalıntı Belirtilerin Yetiştirimi ile İlişkisi: 3 Aylık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4).
- Palmer, S. E. (2002). Visual awareness. *Foundations of cognitive psychology: core readings*. içinde (s.3-21). Cambridge: MIT
- Palmier-Claus, J. E., Dunn, G., Morrison, A. P., & Lewis, S. W. (2011). The role of metacognitive beliefs in stress sensitisation, self-esteem variability, and the generation of paranoia. *Cognitive neuropsychiatry*, 16(6), 530-546.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 261-273.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2009). A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 123-131.
- Pazvantoğlu, O., Algül, A., Ateş, M. A., Sarısoy, G., Ebrinc, S., Başoğlu, C., & Çetin, M. (2013). Metacognitive functions in obsessive compulsive disorder in a Turkish clinical population: the relationship between symptom types and metacognition subdimensions. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(1), 65-71.
- Pearson, K. A., Watkins, E. R., & Mullan, E. G. (2011). Rejection sensitivity prospectively predicts increased rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 597-605.
- Pintrich, P. R., Wolters, C. A., & Baxter, G. P. (2000). 2. Assessing Metacognition and Self-Regulated Learning. *Issues in the Measurement of Metacognition*. 43-97.
- Ramos-Cejudo, J., & Salguero, J. M. (2017). Negative metacognitive beliefs moderate the influence of perceived stress and anxiety in long-term anxiety. *Psychiatry research*, 250, 25-29.
- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R. D., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2007). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1295-1305.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2010). Positive and negative beliefs about depressive rumination: A psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 34(2), 196-205.

- Roussis, P., & Wells, A. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(3), 213-225.
- Ryum, T., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Hagen, R., Halvorsen, J. Ø., & Solem, S. (2017). Worry and metacognitions as predictors of anxiety symptoms: a prospective study. *Frontiers in psychology*, 8, 924.
- Saed, O., Purehsan, S., & Akbaari, S. (2010). Correlation among meta-cognitive beliefs and anxiety–depression symptoms. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1685-1689.
- Safrancı, B. (2010). *The association between metacognitions and psychological symptoms: moderator role of coping strategies*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Salguero, J. M., Ramos-Cejudo, J., & García-Sancho, E. (2019). Metacognitive Beliefs and Emotional Dysregulation Have a Specific Contribution on Worry and the Emotional Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1-12.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(5), 932.
- Sarısoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D. D., Ay, N. D., Yılman, T., Mor, S., ... & Gümüş, K. (2014). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic journal of psychiatry*, 68(4), 275-281.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Selig, J. P., & Preacher, K. J. (2009). Mediation models for longitudinal data in developmental research. *Research in Human Development*, 6(2-3), 144-164.
- Shimamura, A. P. (2000). Toward a cognitive neuroscience of metacognition. *Consciousness and Cognition*, 9, 313-323.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive–compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 14(4), 258-268.
- Simonds, V. M., & Whiffen, V. E. (2003). Are gender differences in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety?. *Journal of affective disorders*, 77(3), 197-202.

- Siva, N.A. (1991). *İnfertilitede stresle başa çıkma, öğrenilmiş güçlülük ve depresyonun incelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Skinner, B. (1938). *The Behavior of Organisms: An experimental analysis*. Appleton-Century-Croft: New York
- Solem, S., Hagen, R., Hoksnes, J. J., & Hjemdal, O. (2016). The metacognitive model of depression: an empirical test in a large Norwegian sample. *Psychiatry research*, 242, 171-173.
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172-1181.
- Spada, M. M., Mohiyeddini, C., & Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual differences*, 45(3), 238-242.
- Spada, M. M., Georgiou, G. A., & Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, 39(1), 64-71.
- Sugiura, Y. (2017). Metacognitive, emotional, and avoidance predictors of generalized anxiety disorder. *Psychology*, 8(04), 636.
- Sun, X., So, S. H., Chan, R. C., Chiu, C. D., & Leung, P. W. (2019). Worry and metacognitions as predictors of the development of anxiety and paranoia. *Scientific Reports*, 9(1), 1-10.
- Sun, X., Zhu, C., & So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45, 139-153.
- Şahin, N. H. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- Şahin, N. H. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 7(23), 3-13.
- Şahin, N. H., & Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Şahin, N.H., Güler, M., & Basım, N. B. (2009). A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekanın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 243-254.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). Using multivariate statistics (Vol. 5). *Nedham Heights, MA: Allyn & Bacon*.

- Tajrish, K. Z., Mohammadkhani, S., & Jadidi, F. (2011). Metacognitive beliefs and negative emotions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 530-533.
- Takarangi, M. K., Smith, R. A., Strange, D., & Flowe, H. D. (2017). Metacognitive and metamemory beliefs in the development and maintenance of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 131-140.
- Tegin, B. (1980). *Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Thielsch, C., Ehring, T., Nestler, S., Wolters, J., Kopei, I., Rist, F., ... & Andor, T. (2015). Metacognitions, worry and sleep in everyday life: Studying bidirectional pathways using Ecological Momentary Assessment in GAD patients. *Journal of anxiety disorders*, 33, 53-61.
- Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1).
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.
- Tüzün, Z. (1997). *Üniversite öğrencilerinde yaşam olayları, depresyon, sosyal destek sistemleri, yaşama nedenleri ve intihar olasılığı*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Özsoy, G. (2008). Üstbiliş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(4), 713-740.
- Özsoy, F., & Kuloğlu, M. (2017). Major depresif bozukluk ve Panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 7(1), 42-49.
- Ulusoy, M., Şahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163-172.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depression—a replication and extension. *Personality and Individual Differences*, 39(1), 73-82.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological review*, 20(2), 158.
- Watson, J. B., ve Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of experimental psychology*, 3(1), 1.
- Weber, F., & Exner, C. (2013). Metacognitive beliefs and rumination: A longitudinal study. *Cognitive therapy and research*, 37(6), 1257-1261.
- Wells, A. (1991). Effects of dispositional self-focus, appraisal and attention instructions on responses to a threatening stimulus. *Anxiety Research*, 3(4), 291-301.

- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition. Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 337-355.
- Wells, A. (2006). The Metacognitive Model of Worry and Generalized Anxiety Disorder. Y. Sugiura 653 In G. C. L. Davey, ve A. Wells (Ed.), *Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment* (pp. 179-199). Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2008). Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36(6), 651-658.
- Wells (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 585-594.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy*, 32(1), 85-102.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11), 881-888.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion. A clinical perspective*. Hove: Erlbaum
- Winne, P. H. (1996). A metacognitive view of individual differences in self-regulated learning. *Learning and individual differences*, 8(4), 327-353.
- Valiente, C., Prados, J. M., Gómez, D., & Fuentenebro, F. (2012). Metacognitive beliefs and psychological well-being in paranoia and depression. *Cognitive neuropsychiatry*, 17(6), 527-543.

- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Visser, P. S., & Holbrook, A. L. (2012). Metacognitive determinants of attitude strength. *Social metacognition*, 21-42.
- Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT): Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 21-27.
- Yazıhan, N. T., Cinar, O., Canbaz, H., & Ak, M. (2019). Metacognitive beliefs and coping strategies of suicide attempters. *Sciences*, 9(1-2), 34-40.
- Yılmaz, A.E. (2007). *Examination of metacognitive factors in relation to anxiety and depressive symptoms: A cross-cultural study*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Yılmaz, A. E. (2016). Depresyonun Üstbilişsel Modeli'nin Türkiye'deki Bir Üniversite Öğrencisi Örnekleminde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27 (2), 1-10.
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2008). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 15(6), 424-439.
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 389-396.
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2015). Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *The Journal of general psychology*, 142(1), 23-33.
- Yılmaz, A. E., Sungur, M., Konkan, R., & Şenormancı, Ö. (2014). Ruminasyonla ilgili üstbiliş ölçeklerinin klinik ve klinik olmayan Türk örneklemelerindeki psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 1-11.
- Yılmaz, S., İzci, F., Mermi, O., & Atmaca, M. (2016). Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(6), 451-458.
- Yzerbyt, V. Y., & Demoulin, S. (2012). Meta-cognition in stereotypes and prejudice. *Social meta-cognition* içinde. (s.243-262). New York: Taylor & Francis Group

EKLER

EK 1. Sözlük

Üstbilişsel inançlar: Kişinin bilişsel süreçlerine ilişkin sahip olduğu bilgi olarak tanımlanmaktadır.

Kendini Düzenleyen Yönetici İşlev Modeli (K-DYİM): Üstbilişsel modelin duygusal bozuklukların açıklanmasında öne sürmüştüğü, bilişin farklı düzeylerindeki etkileşimleri ele alan bir bilgi işleme modelidir.

Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu (BDOS): K-DYİM'nin bir parçası olarak ortaya çıkan, tekrarlayıcı düşünce biçimleri ve uyumsuz başa çıkma girişimleriyle kendini gösteren bir bilişsel örüntüdür.

Endişeyle ilgili olumlu inançlar: Endişelerin işlevselliğine ve faydalarına ilişkin inançları değerlendirmektedir.

Kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar: Endişelerin kontrol edilemeyeceği ve kişiye zarar vereceğine ilişkin inançları değerlendirmektedir.

Bilişsel güvensizlik: Kişinin belleğine ve bilişsel sistemine ilişkin yaklaşımlarını değerlendirmektedir.

Düşünceleri kontrol ihtiyacı: Düşünceleri kontrol etmenin gerekliliğine ve düşünceleri kontrol edememenin yol açabileceği düşünülen sonuçları değerlendirmektedir.

Bilişsel farkındalık: Kendi düşüncelerini izleme, onların farkına varma eğilimini ve dikkatin içedönük olarak odaklanmasını değerlendirmektedir.

Ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar: Ruminasyonun yararlarına ilişkin kişinin sahip olduğu düşünceleri değerlendirmektedir.

Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili olumsuz inanışlar: Ruminasyonun kontrol edilemeyeceğine ve kişiye verebileceğini düşündüğü zararlara ilişkin inanışları değerlendirmektedir.

Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarıyla ilgili olumsuz inanışlar: Ruminasyonun yol açabileceği kişiler arası ve sosyal zararlarla ilgili kişinin sahip olduğu inanışları değerlendirmektedir.

Kendine güvenli yaklaşım: Kişilerin sorun karşısında etkin bir şekilde çözüm üretme yaklaşımlarını değerlendirmektedir.

Çaresiz yaklaşım: Kişilerin sorunlar karşısında kendini suçlama ve kendini çaresiz hissetmeye yönelik duygularını değerlendirmektedir.

Boyun eğici yaklaşım: Kişilerin kaderci yaklaşımlarını değerlendirmektedir.

İyimser yaklaşım: Kişilerin sorunlar karşısındaki iyimserliğini değerlendirmektedir.

EK 2. Demografik Bilgi Formu

SAYIN KATILIMCI

Katıldığınız bu çalışma, Adnan Menderes Üniversitesi Klinik Psikoloji Bütünleşik Doktora programı tez çalışması kapsamında Prof. Dr. Çiğdem G. Dereboy danışmanlığında yürütülen bilimsel bir araştırmadır. Bu araştırmada kişilerin üstbilişlerinin (kendi bilişsel süreçleriyle ilgili sahip oldukları düşünceler) depresyon ve anksiyete belirtileriyle nasıl bir ilişki içinde olduğu incelenecektir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyarak cevaplayınız. **Anketteki soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bizim için verdiğiniz cevapların sizin kişisel düşüncelerinizi yansıtması önemlidir.** Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar **tamamen gizli tutulacak**, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. **Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir.** Dolduracağınız anketlerin yaklaşık 45 dakikanızı alması beklenmektedir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Arş. Gör. Gözde Sayın Karakaş'a 05557128808 nolu telefondan ve gozde.sayin@adu.edu.tr mail adresinden uygulama sırasında veya sonrasında sorabilirsiniz. **Katılımınız için teşekkür ederim.**

1. Adınız-soyadınız:.....
2. Telefon numaranız:.....
3. Cinsiyetiniz nedir? ()Kadın ()Erkek
4. Yaşınız kaç?.....
5. Medeni durumunuz nedir?
()Bekar ()Evli ()Boşanmış ()Eşi vefat etmiş ()Ayrı yaşıyor
6. Eğitim düzeyiniz nedir?(En son bitirdiğiniz okulu düşünerek cevabı işaretleyiniz)
()Okur-yazar ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite ()
Yüksek lisans-doktora
7. Son 6 aydır gelir getiren bir işiniz var mı?
()Var ()Yok
8. Size göre gelir düzeyiniz nasıldır?
()Düşük ()Orta ()Yüksek
9. Sizin dışınızda yaşadığınız evde kaç kişi bulunmaktadır?
()Yalnız yaşıyorum ()1-3 kişi ()4-5 kişi ()6 ve daha fazlası
10. Yaşamınızın büyük bir kısmı hangi yerleşim biriminde geçmiştir?
()Büyükşehir ()Şehir ()İlçe/Kasaba ()Köy
11. Ruhsal hastalık dışında herhangi bir kronik bir hastalığınız var mı? Varsa adını belirtiniz.
()Var.....()Yok
12. İlk psikiyatri başvurunuzu kaç yaşında yapmıştınız?.....
13. Belirtilerinizin başlamasının ardından psikiyatri polikliniğine başvuru sıklığınız nedir?.....
14. Konulan tanı.....

EK 3. Üstbilişler-30 Ölçeği

Bu anket insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inançları ile ilgilidir. Aşağıda, insanların ifade ettikleri bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun yere **carpı işareti (X)** koyarak belirtiniz. Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellemeye yardımcı olur				
2. Endişelerim benim için tehlikelidir				
3. Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm				
4. Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim				
5. Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum				
6. Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam, ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur				
7. Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir				
8. Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır				
9. Durdurmak için ne kadar uğraşsam da, endişe verici düşüncelerim devam eder				
10. Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene				
11. Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir				
12. Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım				
13. Düşüncelerimi her zaman kontrolüm altında tutabilmem gerekir				
14. Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir				
15. Endişelerim beni deliye döndürebilir				
16. Düşüncelerimin sürekli farkındayım				
17. Hafızam zayıftır				
18. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim				
19. Endişelenmek yaşadıklarımla baş etmeme yardımcı olur				
20. Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir				
21. Endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam				
22. Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım				
23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur				
24. Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır				
25. Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür				
26. Hafızama güvenmem				
27. Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam, iş				
28. İyi çalışmak için, endişelenmem gerekir				
29. Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır				
30. Düşüncelerimi sürekli incelerim				

EK 4. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği

Çoğu insanın aklından zaman zaman depresif (çökkün, üzüntülü, karamsar) düşünceler geçebilir. Depresif düşünme biçimi bazen uzun süre ve tekrarlayıcı biçimde devam edebilir. Bu ölçek bu tür uzamış ve tekrar eden depresif düşünceler hakkındaki inanışlar ile ilgilidir. Aşağıda bu inanışlardan bazıları listelenmiştir. Lütfen her inanışı dikkatlice okuyunuz ve her birine genel olarak ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Cevabınızı en iyi tanımlayan bölümü **carpı (X) işareti koyarak** belirtiniz. Lütfen tüm maddelere yanıt veriniz

	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Depresif (çökkün) duygularımı anlamak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem				
2. Geçmişte başıma gelen kötü şeylerden bir anlam çıkarabilmek için olanlar hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.				
3. Depresyonumun (çökkünlüğümün) nedenlerini bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir				
4. Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek en önemli şeylere odaklanmama yardımcı olur.				
5. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek gelecekte olabilecek hata ve başarısızlıkları önlememe yardımcı olur.				
6. Depresyonuma (çökkünlüğüme) çare bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem				
7. Hissettiklerim hakkında tekrar tekrar düşünmek depresyonumu (çökkünlüğümü) ortaya çıkaran etkenleri fark etmeme yardımcı olur.				
8. Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek geçmiş hata ve başarısızlıklarımı anlamama yardımcı olur.				
9. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek yaptığım şeylerin nasıl daha iyi yapılabileceğini bulmama yardımcı olur.				

EK 5. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

Çoğu insanın aklından zaman zaman depresif (çökkün, üzüntülü, karamsar) düşünceler geçebilir. Depresif düşünme biçimi bazen uzun süre ve tekrarlayıcı biçimde devam edebilir. Bu ölçek bu tür uzamış ve tekrar eden depresif düşünceler hakkındaki inanışlar ile ilgilidir. Aşağıda bu inanışlardan bazıları listelenmiştir. Lütfen her inanışı dikkatlice okuyunuz ve her birine genel olarak ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Cevabınızı en iyi tanımlayan bölümü **çarpı (X) işareti koyarak** belirtiniz. Lütfen tüm maddelere yanıt veriniz.

	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni fiziksel olarak hasta eder.				
2. Tekrarlayıcı biçimde düşünmeye başladığımda başka hiçbir şey yapamam.				
3. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek kontrolümü kaybettiğim anlamına gelir.				
4. Eğer kendim hakkında böylesine tekrar tekrar düşündüğümü bilselerdi, insanlar beni...				
5. Eğer tekrarlayıcı biçimde düşünürsem insanlar beni reddeder.				
6. Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek benim için kontrol edilemez bir durum.				
7. Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek intihar etmeme yol açabilir.				
8. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni başarısız biri haline getirir.				
9. Tekrarlayıcı biçimde düşünmekten kendimi alamıyorum.				
10. Tekrarlayıcı biçimde düşünüyorum olmam kötü bir insan olduğum anlamına gelir.				
11. Geçmişte olan kötü şeyler hakkında tekrar tekrar düşünmemek mümkün değil.				
12. Sadece zayıf insanlar tekrarlayıcı bir biçimde düşünürler.				
13. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek kendime zarar vermeme neden olabilir.				

EK 6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **genellikle neler yaptığınızı** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini **çarpı (X) koyarak** işaretleyin.

Bir sıkıntım olduğunda.....	Hiç uygun değil	Uygun değil	Uygun	Tamamen uygun
1- Kimsenin bilmesini istemem				
2- İyimser olmaya çalışırım				
3- Bir mucize olmasını beklerim				
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim				
Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13- İş olacağına varır diye düşünürüm				
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15- Problemin çözümü için adak adarım				
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım				
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21- Mücadeleden vazgeçerim				
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim				
25- “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm				
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm				
28-“Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm				
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

EK 7. Yaşam Olayları Ölçeği

Aşağıdaki listede kişilerin hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren bazı olaylar bulunmaktadır. Lütfen son **1 YIL içerisinde** bu olay başınızdan geçtiyse **kaç ay önce olduğunu** verilen boşluğa belirtiniz. Eğer bu olay son 1 YIL içinde başınızdan geçmediyse, “Olmadı” seçeneğine çarpı (X) işareti koyunuz. Başınızdan geçen her olayın meydana geldiği sırada **hayatınıza ne derece olumlu veya olumsuz bir etki yaptığını** düşündüğünüzü ilgili kısma çarpı (X) işareti koyarak belirtiniz.

SON 1 YIL İÇİNDE BU OLAY OLDU MU?			OLAYIN MEYDANA GELDİĞİ SIRADA HAYATINIZA NASIL BİR ETKİSİ OLMUŞTU?						
	OLMA DI	OLDU (Yaklaşık kaç ay önce oldu)	Çok olumsuz	Oldukç a olumsu z	Az olumsu z	Etkisiz	Az Olum lu	Oldukç a Olumlu	Çok olumlu
1.Evlilik									
2.Hapishanede tutuklu kalma									
3.Eşin ölümü									
4.Uyku alışkanlığında önemli değişimler (daha fazla veya daha az uyuma)									
5.Aşağıda belirtilen yakın bir aile üyesinin ölümü:									
a-Anne									
b-Baba									
c-Erkek kardeş									
d-Kız kardeş									
e-Büyük anne									
f-Büyük baba									
g- Diğerleri (belirtiniz.....)									
6.Yemek alışkanlıklarında önemli değişimler (daha az veya daha fazla yemek)									
7.Borç ya da ipoteğin haczedilmesi									
8.Yakın bir arkadaşın									
9.Önemli bir kişisel başarı									
10.Küçük çapta kanun ihlalleri (trafik, vergi)									
11.Erkek için: Karısının/kız arkadaşının (flörtünün) hamile kalması									
12.Kadın için: Hamile									
13. İş durumunda değişiklik (farklı iş sorumluluğu, iş şartlarında, iş saatlerinde vs değişiklikler)									

SON 1 YIL İÇİNDE BU OLAY OLDU MU?			OLAYIN MEYDANA GELDİĞİ SIRADA HAYATINIZA NASIL BİR ETKİSİ OLMUŞTU?						
	OLMA DI	OLDU (Yaklaşık kaç ay önce oldu?)	Çok olumsuz	Oldukç a olumsu z	Az olumsu z	Etkisiz	Az Olum lu	Oldukç a Olumlu	Çok olumlu
14. Yeni bir işe girme									
15. Aşağıda belirtilen yakın aile üyelerinden birinin ciddi bir hastalığa yakalanmış olması, kaza geçirmesi, yaralanması, sakatlanması									
a-Anne									
b-Baba									
c-Erkek kardeş									
d- Kız kardeş									
e- Büyük anne									
f- Büyük baba									
g- Eş									
h- Diğerleri (belirtiniz.....)									
16. Cinsel sorunlar									
17. İşverenle anlaşmazlık (işini kaybetme tehlikesi, çalışma koşullarında olanakların kısıtlanması, terfi									
18. Kayınvalide, kayınpeder, kayınbirader veya görümce ile anlaşmazlık									
19. Maddi olanaklarda önemli değişimler (daha iyi maddi olanaklara sahip olmak veya maddi durumun									
20. Aile üyelerinin yakın ilişkilerinde önemli değişimler (yakınlığın azalması veya çoğalması)									
21. Aileye yeni bir üyenin katılması (doğum, evlat edinme, akrabalarından biri vs)									
22. İkametgah değişikliği									
23. Anlaşmazlık nedeniyle eşlerin birbirinden ayrı vasamaları									
24. Namaz kılma, camiye gitme, kuran okuma, oruç tutma vb gibi dini faaliyetlerde önemli değişimler (bu faaliyetlerin									

SON 1 YIL İÇİNDE BU OLAY OLDU MU?			OLAYIN MEYDANA GELDİĞİ SIRADA HAYATINIZA NASIL BİR ETKİSİ OLMUŞTU?						
	OLMA DI	OLDU (Yaklaşık kaç ay önce oldu?)	Çok olumsu	Oldukç a olumsu z	Az olumsu z	Etkisiz	Az Olum lu	Oldukç a Olumlu	Çok olumlu
25. Eşlerin tekrar birleşmesi									
26. Karı-koca tartışmalarının sayısında önemli değişimler (daha çok veya daha az tartışma)									
27. Evli erkek için: Evin dışında karısının işindeki değişiklik (çalışmaya başlaması, işini bırakması, yeni bir işe girmesi)									
28. Evli kadın için: Kocasının işindeki değişiklikler (işini kaybetmesi, yeni bir işe başlaması, emeklilik)									
29. Eğlenme ve dinlenme faaliyetlerinin türünde ve miktarında önemli değişimler									
30. 10.000 TL'den fazla borç alma veya yatırım yapma (ev almak, iş kurmak vb için)									
31. 10.000 TL'den az borç alma (araba almak, ev eşyası almak, kira, okul, ev veya yurt masrafları vb için)									
32. İşten çıkarılma									
33. Erkek için: Karısının/kız arkadaşının çocuk aldırması									
34. Kadın için: Çocuk aldırma									
35. Kişinin kendisinin ciddi bir hastalığa yakalanmış olması, kaza geçirmesi, yaralanması/sakatlanması									
36. Sosyal faaliyetlerde önemli değişimler (örn; parti, sinema, arkadaş ziyaretleri gibi faaliyetlere katılmada azalma veya artma)									
37. Ailenin yaşama şartlarında önemli değişimler (yeni ev yaptırma, evin tamir edilmesi ya da yeniden döşenmesi veya semtin, komşuların değişmesi)									
38. Boşanma									

SON 1 YIL İÇİNDE BU OLAY OLDU MU?			OLAYIN MEYDANA GELDİĞİ SIRADA HAYATINIZA NASIL BİR ETKİSİ OLMUŞTU?						
	OLMA DI	OLDU (Yaklaşık kaç ay önce oldu?)	Çok olumsuz	Oldukç a olumsu z	Az olumsu z	Etkisiz	Az Olum lu	Oldukç a Olumlu	Çok olumlu
39. Yakın bir arkadaşın kaza geçirmesi, yaralanması, sakatlanması veya ciddi bir hastalığa yakalanmış olması									
40. Emekliye ayrılma									
41. Kız veya erkek çocuğunun, evladın evden ayrılması (evlenme, okula gitme vb)									
42. Okulu bitirme									
43. Geçici süre için eşten ayrı kalma (iş,seyahat vs nedeniyle)									
44. Nişanlanma									
45. Kız/erkek arkadaşla (flörtle) ilişkinin bozulması									
46. Evden ilk defa ayrılma									
47. Kız/erkek arkadaş (flört) ile barışma, tekrar bir araya gelme									
Hayatınızı etkilemiş olan başka olaylar varsa yazınız ve derecelendiriniz:									
48.....									
49.....									
50.....									
Bu bölüm sadece üniversite öğrencileri içindir:									
51.Üniversite eğitime başlama(lisans, yüksek lisans vb)									
52. Üniversite değiştirme (lisans, yüksek lisans vb sırasında)									
53.Akademik başarısızlık nedeniyle okuldan atılma tehlikesinin olması									
54. Yurttan veya oturulan evden atılma									
55. Önemli bir sınavda başarısız olma									
56. Bölüm/alan değiştirme									
57. Bir derste başarısız olma									
58. Bir dersi bırakma, üzerinden düşürme									

EK 8. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (şu an dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine **çarpı (X) işareti koyarak** belirtiniz.

1.	Kendimi üzgün hissetmiyorum Kendimi üzgün hissediyorum Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2.	Gelecekte umutsuz değilim Gelecek konusunda umutsuzum Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3.	Kendimi başarısız görmüyorum Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4.	Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5.	Kendimi suçlu hissetmiyorum Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6.	Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7.	Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım Kendimi hayal kırıklığına uğrattım Kendimden hiç hoşlanmıyorum Kendimden nefret ediyorum
8.	Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9.	Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10.	Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum Şimdilerde her an ağlıyorum Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11.	Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim Çoğu zaman sinirli ve tedirginim Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

12.	Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13.	Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum Artık hiç karar veremiyorum
14.	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15.	Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum Artık hiç çalışmıyorum
16.	Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17.	Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18.	İştahım eskisinden pek farklı değil İştahım eskisi kadar iyi değil Şimdilerde iştahım epey kötü Artık hiç iştahım yok
19.	Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20.	Sağlığım beni pek endişelendirmiyor Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntıları var Ağrı sızı gibi bu sıkıntıları beni çok endişelendiriyor Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21.	Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

EK 9. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda, insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **bugün dahil son 1 haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere **çarpı (X) işareti** koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde	Orta düzeyde	Ciddi düzeyde
1-Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2-Sıcak/ateş basmaları				
3-Bacaklarda halsizlik, titreme				
4-Gevşeyememe				
5-Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6-Baş dönmesi veya sersemlik				
7-Kalp çarpıntısı				
8-Dengeyi kaybetme duygusu				
9-Dehşete kapılma				
10-Sinirlilik				
11-Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12-Ellerde titreme				
13-Titreklilik				
14-Kontrolü kaybetme korkusu				
15-Nefes almada güçlük				
16-Ölüm korkusu				
17-Korkuya kapılma				
18-Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19-Baygınlık				
20-Yüzün kızarması				
21-Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 10. Etik Kurul İzin Belgesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.01.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 19 nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK

Başkan

KARAR 19

Protokol No : 2017/1041

Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Çiğdem DEREBOY

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Çiğdem DEREBOY'un "Depresyon ve anksiyete belirtileri olan psikiyatri hastalarında üstbilişsel inançların stres ve başa çıkma çerçevesinde incelenmesi" başlıklı klinik araştırmasının 05.01.2017 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 17.01.2017 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri dosya halinde görüşüldü.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Gözde SAYIN KARAKAŞ

Doğum Yeri ve Tarihi : Aydın / 01.08.1990

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi: Ege Üniversitesi / Edebiyat Fakültesi / Psikoloji Bölümü

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce, Fransızca

İş Deneyimi

Araştırma Görevlisi (2014-Devam Etmekte) Adnan Menderes Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Aydın

İletişim

e-posta Adresi : gozde.sayin@adu.edu.tr / gzdsayin90@gmail.com

Tarih : 17/01/2020