



LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ

**GENÇ YETİŞKİNLERDE DENEYİMSSEL KAÇINMA
DÜZEYİ VE DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİNDE
GÜÇLÜĞÜN PSİKOSOMATİK BELİRTİLER
ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ROLÜ**

Ayşenur Verkhovets

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İstanbul, Ocak 2024

**GENÇ YETİŞKİNLERDE DENEYİMSSEL KAÇINMA
DÜZEYİ VE DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİNDE
GÜÇLÜĞÜN PSİKOSOMATİK BELİRTİLER
ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ROLÜ**

Ayşenur VERKHOVETS

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayşegül Selcen GÜLER

YÜKSEK LİSANS TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ
Prof. Dr. Mansur BEYAZYÜREK
Dr. Öğr. Üyesi Gaye ÖZEN AKIN

ÖNSÖZ

Yüksek lisans sürecimde bana manevi olarak destek olan sevgili anneme, babama, eşime ve arkadaşlarıma,

Lisans yıllarımda beni bir araştırmacı olarak yetiştiren ve yüksek lisans eğitimi almam için beni teşvik eden sayın Doç. Dr. Sezin ÖNER YAMAN'a,

Engin bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösterici olan, araştırma fikrimi ilgi ile destekleyen, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum tez danışmanım sayın Prof. Dr. Ayşegül Selcen GÜLER'e,

İçimdeki araştırma merakımı her zaman canlı tutan, bana bir araştırmacı olmanın inceliklerini öğreten, bir bilim insanı olma yolunda bana ışık tutan sayın Dr. Öğretim Üyesi Handan NOYAN'a,

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
SEMBOLLER	ix
KISALTMALAR	x
ŞEKİL LİSTESİ	xi
TABLO LİSTESİ	xii
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. GİRİŞ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	3
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	3
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1. PSİKOSOMATİK BELİRTİLER	4
2.1.1. Psikosomatik Belirtilere Teorik Yaklaşımlar	5
2.1.1.1. Psikanalitik Yaklaşım	5
2.1.1.2. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım	6
2.1.1.1. Stres Temelli Yaklaşımlar	8
2.1.1.2. Öğrenilmiş Bir Tepki Olarak Psikosomatik Belirtiler	9
2.2. DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİ	9
2.2.1. Duygu Düzenlemede Güçlük ve Psikosomatik Belirtiler	10
2.3. DENEYİMSSEL KAÇINMA	11
2.3.1. Deneyimsel Kaçınma ve Duygu Düzenleme Becerileri	12
3 YÖNTEM	13
3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM	13
3.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ	13

3.3. VERİ TOPLAMA PROSEDÜRÜ	13
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	14
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	14
3.4.2. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	14
3.4.3. Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği	15
3.4.4. Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği	15
3.4.5. 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği	15
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	16
4 BULGULAR.....	17
4.1. KATILIMCILARIN PROFİLİ	17
4.2. ÖLÇEK PUANLARININ KATILIMCIN DEMOGRAFİK PROFİLLERİNE GÖRE DEĞİŞİMİ	19
4.3. ÖLÇEKLER ARASI KORELASYON	25
4.3.1. DDZÖ ve ÇBYKÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları	25
4.3.2. Psikosomatik Belirti Şiddeti.....	26
4.3.3. Psikosomatik Belirti Sıklığı	26
4.3.4. Psikosomatik Belirtilerden Önce Ortaya Çıkan Duygular	27
4.4. DOĞRULAYICI FAKTÖR ANALİZİ	30
4.5. YAPISAL EŞİTLİK MODELİ	33
4.5.6 Aleksitimi Kontrol Değişkenli Yapısal Eşitlik Modeli Eşitlik Modeli.....	36
5 TARTIŞMA	39
5.1. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ TARTIŞMASI	39
5.2. ÖLÇEK PUANLARININ KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DEĞİŞİMİNİN TARTIŞMASI	39
5.3. ÖLÇEKLER ARASI KORELASYONLARIN TARTIŞMASI.....	42
5.4. DOĞRULAYICI FAKTÖR ANALİZİ VE YAPISAL EŞİTLİK MODELİNİN TARTIŞMASI	45
5.5. SINIRLILIKLAR	48
5.6. GELECEK ÇALIŞMALARA ÖNERİLER	49
5.7. SONUÇ	49
KAYNAKÇA	52
EK A.....	71
EK B.....	72
EK C.....	73

EK D.	77
EK E..	79
EK F.	80
ÖZGEÇMİŞ	81



ÖZET

GENÇ YETİŞKİNLERDE DENEYİMSEL KAÇINMA DÜZEYİ VE DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİNDE GÜÇLÜĞÜN PSİKOSOMATİK BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ROLÜ

Organik bir sebebe bağlı olmadan ortaya çıkan ve baş ağrısı, yorgunluk, karın ağrısı, mide bulantısı gibi belirtilerle kendini gösteren, psikolojik kökenli belirtilere psikosomatik belirtiler adı verilmektedir. Bu çalışmada, psikosomatik belirtilerin ortaya çıkmasıyla ilişkili olabilecek iki değişken olan duygu düzenleme becerilerinde güçlük ve deneyimsel kaçınmanın bu belirtileri genç yetişkinler üzerinde yordama gücü test edilmiştir. Çalışmaya 18-26 yaş aralığında 321 Beykoz Üniversitesi lisans ve lisansüstü öğrencisi katılmıştır. Katılımcılar Sosyodemografik Veri Formu, Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği, Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği, Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği ve 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'ni doldurmuşlardır. Literatürdeki çalışmalarda psikosomatik belirtilerin sıklığı ve şiddeti ele alınırken, bu araştırmada psikosomatik belirtilerin sıklığı ve şiddetinin yanında söz konusu belirtileri deneyimlerken ortaya çıkan duygular da ele alınmıştır. Verilerin yapısal eşitlik modeli ile analizi sonucunda, duygu düzenlemede güçlüğü Açıklık, Farkındalık, Dürtü, Kabul Etmeme ve Stratejiler alt boyutlarının psikosomatik belirtileri yordadığı, deneyimsel kaçınma alt ölçeklerinin ise psikosomatik belirtileri yordamadığı gözlenmiştir. Bunun yanında, aleksitimi bir kontrol değişkeni olarak modele eklendiğinde, duygu düzenlemede güçlüğü psikosomatik belirtiler üzerinde yordayıcı etkisinin arttığı gözlenmiştir. Araştırma bulguları, psikosomatik belirtilerin tedavisinde ve önlenmesinde belirli duygu düzenleme güçlüklerine odaklanılmasının faydalı olacağına işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: duygu düzenleme, deneyimsel kaçınma, psikosomatik belirtiler

Tarih: 26.01.2024

ABSTRACT

THE PREDICTIVE ROLE OF EXPERIENTIAL AVOIDANCE AND DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SKILLS ON PSYCHOSOMATIC SYMPTOMS IN YOUNG ADULTS

Psychosomatic symptoms refer to symptoms that occur without any organic cause and manifest themselves in various ways such as headaches, fatigue, abdominal pain, nausea, etc., and are attributed to psychological origins. In this study, the predictive role of difficulties in emotion regulation skills and experiential avoidance, two variables that may be associated with the emergence of psychosomatic symptoms, was tested in young adults. A total of 321 undergraduate and graduate students from Beykoz University aged between 18-26 participated in the study. Participants completed the Sociodemographic Data Form, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire, Somatization of Emotional Conflict Scale and 20-Item Toronto Alexithymia Scale. While studies in the literature examine with the frequency and severity of psychosomatic symptoms, this study examines the emotions that occur while experiencing psychosomatic symptoms as well as the frequency and severity of these symptoms. The research results indicated that difficulties in emotion regulation predict psychosomatic symptoms, particularly in the sub-dimensions of Openness, Awareness, Impulse, Acceptance, and Strategies. However, experiential avoidance subscales did not predict psychosomatic symptoms. Besides, when alexithymia was added to the model as a control variable, it was observed that the predictive effect of difficulty in emotion regulation on psychosomatic symptoms increased. The findings of the study suggest that focusing on specific difficulties in emotion regulation may be beneficial in the treatment and prevention of psychosomatic symptoms.

Keywords: emotion regulation, experiential avoidance, psychosomatic symptoms

Date: 26.01.2024

SEMBOLLER

β : Beta katsayısı

χ^2 : Ki-kare

%: Yüzde

<: Küçüktür

>: Büyüktür

KISALTMALAR

- AAQ:** Acceptance and Action Questionnaire (Kabul ve Eylem Formu)
- ANOVA:** Analysis of Covariance (Kovaryans Analizi)
- BP:** Birleşik Protokol (United Protocol)
- CFI:** Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
- COVID-19:** Koronavirüs hastalığı 2019
- ÇBYKÖ:** Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği
- DDT:** Diyalektik Davranışçı Terapi
- DDZÖ:** Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği
- DKDBE:** Duygusal ve Kişilerarası Düzenleme Beceri Eğitimi (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation)
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
- GFI:** Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
- KDDT:** Kabule Dayalı Davranış Terapisi (Acceptance-Based Behavior Therapy)
- NCS-R:** The National Comorbidity Survey Replication (Ulusal Komorbidite Anketi Tekrarı)
- NFI:** Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
- OPD:** Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Operasyonelleştirilmiş Psikodinamik Tanı)
- PAS:** Primary Attention System (Birincil Dikkat Sistemi)
- PASS:** Procrastination Assessment Scale (Erteleme Değerlendirme Ölçeği)
- PSS:** Psychosomatic Symptoms Scale (Psikomatik Belirtiler Ölçeği)
- RMSEA:** Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık hataların ortalama karekökü)
- SAS:** Secondary Attention System (İkincil Dikkat Sistemi)
- SBB:** Somatik Belirti Bozukluğu
- SDÇÖ:** Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği
- SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)
- TAÖ-20:** 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Diyagramı.....	33
Şekil 4.2. Yapısal Eşitlik Modeli	34
Şekil 4.3. Aleksitimi Kontrol Değişkeni Eklenmiş Yapısal Eşitlik Modeli	37

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellik Dağılımları	17
Tablo 4.2. Katılımcıların Bedensel Rahatsızlık, Psikiyatrik Rahatsızlık ve İlaç Kullanma Durumlarının Sıklık Dağılımı	18
Tablo 4.3. Katılımcıların 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği Skorlarının Betimleyici İstatistikleri	18
Tablo 4.4. DDZÖ, ÇBYKÖ ve SDÇÖ Alt Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Değişimi.....	20
Tablo 4.5. DDZÖ, ÇBYKÖ ve SDÇÖ Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaşına Göre Değişimi.....	21
Tablo 4.6. DDZÖ, ÇBYKÖ ve SDÇÖ Alt Boyutlarının Katılımcıların Hane Halkı Gelirine Göre Değişimi.....	23
Tablo 4.7. DDZÖ, ÇBYKÖ ve SDÇÖ Alt Boyutlarının Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Değişimi.....	24
Tablo 4.8. DDZÖ, ÇBYKO, SDÇÖ ve TAÖ-20 Alt Boyutları Arasında İlişkinin Yönü ve Büyüklüğü İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonucu	29
Tablo 4.9. Uyum İyiliği İndekslerinin Kabul Edilebilir Uyum Aralıkları ve Doğrulamalı Faktör Analizinde Elde Edilen Değerler.	30
Tablo 4.10. Doğrulamalı Faktör Analizi Sonucu.	31
Tablo 4.11. İkinci Doğrulamalı Faktör Analizi Sonucu	32
Tablo 4.12. Uyum İyiliği İndekslerinin Kabul Edilebilir Uyum Aralıkları ve Yapısal Eşitlik Modelinde Elde Edilen Değerler	34
Tablo 4.13. Yapısal Eşitlik Modeli Sonucu	35
Tablo 4.14. Uyum İyiliği İndekslerinin Kabul Edilebilir Uyum Aralıkları ve Aleksitimi Kontrol Değişkeni Eklenmiş Yapısal Eşitlik Modelinde Elde Edilen Değerler	36
Tablo 4.15. Kontrol Değişkeni Eklenmiş Yapısal Eşitlik Modeli Sonucu	38

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Psikosomatik belirtiler, organik bir nedeni olmayan klinik belirtilerdir (Brill, Patel ve MacDonald, 2001). Birinci Basamak Bakım için Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-IV-PC), somatizasyonu "herhangi bir belirgin organik patoloji veya patofizyolojik mekanizma olmadan fiziksel şikâyetlerin tezahürü veya organik patoloji mevcut olduğunda, engelliliğe neden olan fiziksel sorunların bilinen fiziksel bulgularla orantısız bir şekilde beklenenden daha fazla olması" olarak tanımlamaktadır (American Psychiatric Association, 1996). Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki tüm tıbbi başvuruların neredeyse yüksek bir çoğunluğunu, psikosomatik belirtilerin toplumun genel sağlığında önemli bir sorun olduğu kabul edilmektedir (Allen ve diğerleri, 2001). Psikosomatik belirtilerin etiyojisi, tartışılmaya başlandığı 19. yüzyıldan bu güne hâlâ aydınlatılmaya çalışılmaktadır (Wolman, 1988). Günümüzde psikosomatik belirtilerin ortaya çıkışını açıklamaya çalışan pek çok model ortaya atılsa da, psikolojik faktörlerin somatik faktörlerde değişiklikler üretme süreci hakkında hâlâ yeterince bilgi bulunmamaktadır (Gatchel, Baum ve Singer, 2021). Yapılan çalışmalarda psikosomatik belirtilerin duygusal ve psikolojik sıkıntılarla ilişkili olduğu gözlenmektedir (Okur Güney vd., 2019; Bransfield ve Friedman, 2019).

Yapılan araştırmalar, duygu düzenlemenin ruh sağlığı sorunlarında önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Schnabel, Petzke, ve Witthöft, 2022). Duygu düzenleme, kısaca, kişilerin duygusal deneyimlerini izleme ve düzenleme girişimleri olarak tanımlanabilir (Gross ve Thompson, 2007). Duyguları düzenlemede güçlük ile ruhsal bozukluklar arasındaki bağlantıyı araştıran çok sayıda inceleme ve teori bulunmaktadır (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010; Hu ve diğerleri, 2014; Sheppes, Suri, ve Gross, 2015). Duygu düzenlemenin, Gratz ve Roemer (2004)'ün kavramsallaştırdığı şekliyle (a) duygusal tepkilerin farkındalığı, (b) duygusal tepkilerin açıklığı, (c) duygusal tepkilerin kabulü, (d) etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine erişim, (e) olumsuz duygular yaşarken dürtüleri kontrol etme (f) olumsuz duygular yaşarken hedefe yönelik davranışlarda bulunma olmak üzere yedi alt boyutu bulunmaktadır. Psikosomatik belirtiler ile ilişkili olan spesifik duygu düzenleme güçlüklerinin keşfedilmesi, psikosomatik şikâyetlerde tedavi hedeflerinin belirlenmesinde önem arz etmektedir.

Ruh sağlığı sorunlarında önemli bir rol oynayan diğer bir faktör ise deneyimsel kaçınmadır (Chawla ve Ostafin, 2007). Deneyimsel kaçınma, Hayes ve diğerleri (1996) tarafından “kişinin çeşitli fiziksel duyular, duygular, düşünceler, anılar ve davranışsal eğilimler gibi içsel deneyimlerle temas etmeye isteksiz olması ve bu deneyimlerin şekli ile sıklığını kontrol etmek için yaptığı girişimler” olarak tanımlanmıştır. Deneyimsel kaçınmanın pek çok ruh sağlığı sorunu ile ilişkili olduğu bilinmesine rağmen, literatürde deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtiler ile ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (bkz. Mayorga vd., 2022; Molaei Pardh, Karami ve Moradi, 2022; Panayiotou vd., 2015). Ancak bu sınırlı sayıdaki çalışmaların sonuçları, deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtilerin anlaşılmasında önemli bir rol oynuyor olabileceğini ortaya koymaktadır. Panayiotou ve diğerleri (2015) deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtilerle pozitif bir ilişkiye sahip olduğunu raporlamışlardır. Mayorga ve diğerleri (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, COVID-19 pandemisi sırasında deneyimsel kaçınmanın yorgunluk ve ağrı belirtilerini yordadığı raporlanmıştır. Molaei Pardh, Karami ve Moradi (2022) tarafından yapılan çalışmada ise deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtileri anlamlı bir şekilde yordadığı gözlenmiştir. Bu bulgular, deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtilerin ortaya çıkmasındaki rolünün daha fazla araştırılmasına ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir.

Genç yetişkinlik dönemi, aile ortamından ayrılma, kişisel kimliğin gelişimi, eğitim ve meslekle ilgili önemli kararların alınmasını içeren kritik bir dönemdir (Slater, 2003; Vaillant, 2003; Park vd., 2006). Genç yetişkinlik döneminin yaş aralığına dair farklı görüşler bulunmakla birlikte, çoğunlukla 18-26 yaş aralığı olarak kabul edilmektedir (Bonnie, Stroud ve Breiner, 2014). Genç yetişkinlik dönemindeki ruh sağlığı sorunları, kişilerin psikolojik, sosyal, eğitimsel ve profesyonel yönde ilerlemelerine ket vurabilmektedir (Suvisaari vd., 2008). Toplumun geneli üzerinde yapılan araştırmalar, genç yetişkinlerde ruhsal bozuklukların yaygınlığını ortaya koymaktadır (Andrews vd. 2001; Alonso, Angermeyer ve Lepine, 2004; Jacobi vd. 2004). Genç yetişkinlerde en sık görülen sorunlar kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (Kessler vd., 2005). Bu yaş grubunda oluşan ruhsal bozuklukların çoğunun yaşam boyu yaygınlığı yüksektir (Kim-Cohen vd., 2003; Kessler vd. 2005). Amerika'da yapılan Ulusal Komorbidite Anketi Tekrarı (NCS-R) araştırmasına göre, yaşam boyu süren ruhsal bozuklukların dörtte üçü 24 yaşına kadar ortaya çıkmış bulunmaktadır (Kessler vd., 2005). Bu kritik yaş grubunda yapılan ruh sağlığı araştırmaları, erken tespit ve tedavi için önemli bir role sahiptir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, yeni nesil genç yetişkinlerde özellikle psikosomatik belirtiler açısından ruh sağlığı sorunlarında bir artışa işaret etmektedir (Bohman vd, 2018; Shanahan vd., 2014; Shelby vd., 2013). Bu araştırmada genç yetişkin bir örnekleme duygu düzenlemede güçlük ve deneyimsel kaçınma değişkenlerinin psikosomatik belirtileri yordayıcı etkisi incelenecektir. Çalışmada deneyimsel kaçınma değişkeninin duygu düzenleme becerileri değişkeniyle birlikte çalışılmasının; duygu dışındaki içsel deneyimleri de çalışmaya dâhil ederek tamamlayıcı bir analiz oluşturması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, psikosomatik belirtilerin deneyimlenmesinde belirleyici olabilecek duygu düzenleme güçlüğü'nün alt boyutlarının ve birçok psikopatolojinin ortaya çıkmasına sebep olan deneyimsel kaçınmanın alt boyutlarının, psikosomatik belirtilerin deneyimlenmesini yordama gücünü incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Psikosomatik belirtiler ile deneyimsel kaçınma davranışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Psikosomatik belirtiler ile duygu düzenlemede güçlük arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Deneyimsel kaçınma davranışlarının alt boyutları psikosomatik belirtilerin sıklığını, şiddetini ve öncesinde ortaya çıkan duygulanımları yordamaktadır.

H₄: Duygu düzenleme becerilerinde güçlüğü'nün alt boyutları psikosomatik belirtilerin sıklığını, şiddetini ve öncesinde ortaya çıkan duygulanımları yordamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikosomatik Belirtiler

Yunanca *psyche* (ruh) ve *soma* (beden) kelimelerinin birleşiminden meydana gelen psikosomatik terimi ilk kez J. C. Heinroth tarafından 1818 yılında ortaya atılmıştır (Lobo, Lozano ve Diefenbacher, 2007). Psikosomatik belirtiler, fizyolojik nedenlerden ziyade zihinsel veya duygusal nedenlerden dolayı ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir (Cerni-Obrdalj ve diğerleri, 2010). En sık görülen psikosomatik belirtiler vücudun farklı bölgelerinde (sırt, eklem, baş, göğüs vb.) ağrı, organ fonksiyonlarında bozukluk (mide-bağırsak, solunum vb.) ve halsizliktir (Henningsen, Zipfel ve Herzog, 2007). Geçmiş yıllarda yapılan araştırmalar, toplum genelinde psikosomatik belirtileri deneyimlemenin oldukça yaygın olduğunu göstermiştir (Hiller, Rief ve Brähler, 2006). Medikal olarak açıklanamayan yapısı sebebiyle psikosomatik belirtilere sahip kişiler, klinisyenlerin karşısına zorlayıcı vakalar olarak çıkmaktadır.

Psikosomatik tıp, karmaşık tıbbi rahatsızlıkları olan hastalarda psikiyatrik bozuklukların da sık sık görülmesi ve psikolojinin insan sağlığı üzerindeki etkisinin anlaşılması sonucu, psikiyatrinin bir alt dalı olarak ortaya çıkmıştır (Gitlin, Levenson ve Lyketsos, 2004). Psikosomatik bozukluklar ilk olarak DSM-III'te "somatoform bozukluklar" adı altında tanımlanmıştır (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke ve Sharpe, 2005). Bu tanım DSM-V ile birlikte "bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar" kategorisi olarak değiştirilmiştir. Bu kategori; bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, konversiyon bozukluğu (işlevgören nöroloji belirtisi bozukluğu), diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler, yapay bozukluk, tanımlanmış ve tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar tanımlarını kapsar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Genel toplumda psikosomatik bozukluk tanısının görülme sıklığı %5 ila %7 arasındadır (Kurlansik ve Maffei, 2016).

Baş ağrısı, sırt ağrısı, hazımsızlık, halsizlik vb. gibi belirtiler pek çok insanın başına gelen sıradan şikâyetler olduklarından genellikle bu belirtiler ortaya çıktığında doktora müracaat edilmemektedir (Hiller ve diğerleri, 2006). Toplumun genelinde psikosomatik belirtilerin deneyimlenme sıklığını inceleyen bir araştırmada katılımcıların %22'sinin klinik olarak anlamlı somatik şikâyetleri olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %80'inin ise en az bir tane, hafif derecede rahatsız edici somatik şikâyeti bulunmaktadır

(Hiller ve diğeri, 2006). Bu bulgu, klinik tanısı bulunan popölasyonun buz dağının sadece görünen kısmı olduğuna işaret etmektedir.

2.1.1. Psikosomatik Belirtilere Teorik Yaklaşımlar

2.1.1.1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım, psikosomatik belirtilerin ortaya çıkışına yönelik teorilerin üretilmesinde önemli bir rol oynamıştır. 1889 yılında Janet, histerik belirtilerin açıklanması için kalıtsal bir zihinsel zayıflığa dayanan disosiyasyon (çözünme) modelini önermiştir (Gottlieb, 2003). Bu modele göre kişiliğin çeşitli unsurlarını birbirine bağlayan bir tür "yapıştırıcının" zayıf olması halinde, yoğun bir travmaya maruz kalan kişinin benlik parçaları bölünmektedir. Disosiye olmuş benlik parçaları, psikosomatik belirtileri de kapsayan histerik belirtilere sebep olmaktadır (Gottlieb, 2003). Freud ise 1895 yılında bu belirtileri konversiyon (dönüştürme) olarak adlandırmış ve "dayanılmaz bir fikrin, ona bağlı uyarılma miktarının bazı bedensel ifade biçimlerine iletilmesiyle zararsız hale getirildiği" bir süreç olarak tanımlamıştır (Freud, 1966). Yani Freud'a göre kabul edilmesi zor bilinçdışı isteklerin bastırılması, somatik belirtilere dönüşmelerine yol açmaktadır. Bu iki yaklaşım arasındaki temel fark; Freud'un yaklaşımında somatik belirtiler travmanın bedende bir temsili iken, Janet'in yaklaşımında travma zaten kalıtsal olarak disosiye olmaya yatkın kişi için bir tetikleyicidir.

Psikanalitik yaklaşımda sistematik psikosomatik araştırmaların temeli 20. yüzyılda F. G. Alexander ile birlikte atılmıştır. Alexander'e göre psikolojik süreçler temelde aynı zamanda fizyolojik süreçlerdir ve diğeri vücut süreçlerinden tek farkları yalnızca öznel olarak algılanmalarıdır (Wolman, 1988). Bedensel süreçler, psikolojik uyarılardan etkilenmektedir çünkü psikolojik süreçlerin merkezi olan beyin, organizmanın tüm parçaları ile direkt veya dolaylı yoldan bağlantılıdır (Alexander, 1950). Alexander, Freud'un öne sürdüğü konversiyon varsayımını kabul etmekle birlikte "organ nevrozu" şeklinde adlandırdığı, kronik duygusal durumları yansıtan bir kavram ortaya atmıştır. Konversiyon belirtisi duygusal bir çatışmanın bedendeki temsili iken, organ nevrozu organların sürekli veya periyodik olarak tekrar eden duygusal durumlara fizyolojik olarak verdiği tepkidir (Alexander, 1950). Örneğin öfkeli bir insanın kan

basıncı yükselebilir, ancak bu kişinin öfkesini rahatlatmamaktadır (Wolman, 1988). "Psikojenik organik bozukluk" kavramı, Alexander tarafından psikosomatik bozuklukların gelişiminde iki aşama olduğu varsayılarak formüle edilmiştir. İlk aşamada, organda duygusal ve kronik bir uyarılmanın neden olduğu bir işlevsel bozukluk meydana gelmektedir. İkinci aşamada ise işlevsel bozukluk kronik hale gelerek doku değişikliklerine yol açmakta ve geri dönüşü olmayan organik bir hastalığa kademeli bir geçiş gerçekleşmektedir (Wolman, 1988).

Günümüzde psikanalitik yaklaşım temel olarak psikosomatik bozuklukların kökenini zihinsel çatışma, yapı eksiklikleri ya da ikisinin bir birleşimi olarak görmektedir (Charis ve Panayiotou, 2018). Bu bağlamda yapı, kişiliğin yapısını ifade eder ve öz-farkındalık, öz-düzenleme, iletişim ve bağ kurma yeteneklerini kapsamaktadır. Bu özellikler, bireyin kendini rahatlatmasını ve çevre ile etkileşime girmesini sağlamaktadır. Bu kaynakların eksikliği yapı açıkları olarak adlandırılmaktadır (Arbeitskreis OPD, 2009). Rudolf ve Henningsen (2006), Fonagy ve diğerlerinin (2002) zihinselleştirme teorisine dayanarak, kişiliğe odaklanan bir somatoform bozukluk kavramsallaştırması önermişlerdir. Bu kavramsallaştırmaya göre, güvenli ve otonom bir kendiliğin gelişimi, bakım verenin çocuğun duygusal sinyallerini doğru bir şekilde yansıtmaya ve bunlara yanıt verme yeteneğine bağlıdır. Birincil bakım verenin yaşadığı herhangi bir travma, şiddet, ihmal veya hastalık, bireyin beden egosunda bozulmaya yol açabilmekte, yani kişi fiziksel ve duygusal gerilimi ayırt edemez hale gelebilmektedir. Bu durum psikosomatik belirtilerin gelişmesine neden olmaktadır (Charis ve Panayiotou, 2018). Bundan etkilenen bireyler, duygularını etkili bir şekilde düzenleyemedikleri için stres karşısında kendilerini çaresiz hissetmektedirler ve bu eksikliklerini aşırı aktif olarak telafi etmektedirler. Bu da aşırı gerilme, engellenme ve tahammülsüzlük duygularına yol açar. Bu sebeple psikosomatik şikâyetlerin tedavisinde, danışanların duygu düzenlemeyi öğrenmeleri amaçlanır (Charis ve Panayiotou, 2018).

2.1.1.2. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Psikosomatik belirtileri açıklayan birden fazla bilişsel davranışçı model bulunmaktadır. Bununla birlikte, bilişsel davranışçı modellerin çoğunluğu sorunu hazırlayan, tetikleyen ve sürdüren faktörleri göz önünde bulundurmaktadır (Charis ve Panayiotou, 2018). Bu modellerin temelinde, psikosomatik belirtilerin gelişmesine ve

sürdürülmesine yol açan farklı alanlardaki faktörler arasındaki etkileşimler ve geri bildirim döngüleri olduğu fikri yatmaktadır (Deary, Chalder ve Sharpe, 2007). Bilişsel davranışçı modellerin bir başka özelliği de, psikosomatik belirtilerin başlangıcını ve sürdürülmesini açıklarken yalnızca psikolojik değil aynı zamanda fizyolojik değişkenleri de dikkate almalarıdır. (Charis ve Panayiotou, 2018). Genel olarak, bilişsel davranışçı modeller, psikosomatik bozuklukların gelişimindeki kilit noktanın bedensel duyumların felâketleştirilerek yorumlanması olduğunu ileri sürmektedir. Bu modellere göre hastalık veya yaralanma gibi fiziksel olaylar, olumsuz yaşam olayları veya diğer stres etkenleri belirli bir bedensel duyumu tetiklemektedir. Tetiklenme sonucu stres reaksiyonları aktif hale gelerek daha fazla fiziksel belirti gelişimine yol açmaktadır. Bu fiziksel belirtiler, deneyimleyen kişi tarafından olumsuz bir şekilde yorumlanmaktadır. Buna bağlı olarak fiziksel uyarılma artmakta ve bir hastalığa atfedilen daha fazla duyum ve belirti oluşmasına yol açmaktadır (Witthöft ve Hiller, 2010). Bu durum, psikosomatik belirtilerin sürmesine sebep olan döngüyü ortaya çıkarmaktadır.

Brown (2004), psikosomatik hastalıklarla ilgili çeşitli teorik kavramları tek bir çerçevede birleştirmeyi amaçlayan bütünleştirici kavramsal modeli oluşturmuştur. Bu model, psikosomatik hastalıkların oluşumu ve devamına ilişkin önceki bilişsel-davranışçı modellere kıyasla daha kapsamlı bir açıklama getirmeye çalışmıştır. Brown, birincil dikkat sistemi (Primary Attention System-PAS) ile ikincil dikkat sistemi (Secondary Attention System- SAS) arasında bir ayrım yapmıştır. Birincil dikkat sistemi, doğal, zahmetsiz ve otomatik bir bilgi işleme modudur; ikincil dikkat sistemi ise yeni ve mevcut verileri yorumlamanın kontrollü, çaba gerektiren ve üzerinde düşünülmüş bir yoludur (Brown, 2004). Brown'ın modeli, psikosomatik belirtilerin, onları deneyimleyen kişi için gerçek olduğunu öne sürmektedir, yani bu belirtiler, deneyimleyen kişi tarafından kasıtlı olarak taklit edilmemektedir. Psikosomatik rahatsızlıklar, algı ve belleklerinden gelen verilere dayanan, bireylerin beden algılarındaki değişikliklerin nihai bir sonucudur (Charis ve Panayiotou, 2018). Brown, revize edilmiş vücut imajının dayandığı bilgilerin yanlışlığını açıklamak için "aldatıcı temsiller" ifadesini kullanmıştır (Brown, 2004).

Bütünleştirici kavramsal model; bedensel duyumları nasıl yorumladığımızın büyük ölçüde bilğimiz, inançlarımız ve arzularımız dâhil olmak üzere geçmiş kişisel deneyimlerimize dayandığını öne sürmektedir (Brown, 2004). Birincil dikkat sistemi daha sonra uyarının en aktif yorumunu seçerek bunu duyuşsal bilgileri organize etmek ve daha fazla düşünce ve davranış hareketine geçirmek için kullanmaktadır. Psikosomatik rahatsızlıklar söz konusu olduğunda, birincil dikkat sistemi aldatıcı temsilleri seçerek, ilk

duyumun yanlış algılanmasına yol açar ve sonuç olarak bu yanlış algılamayla uyumlu başka düşünce ve eylemler tetiklenir (Brown, 2004). Modele göre fiziksel hastalıklara, duygusal durumlara ve travmatik deneyimlere maruz kalma nedeniyle aldatıcı temsiller oluşabilmektedir. Başkalarının, özellikle aile üyelerinin fiziksel belirtilerine dair anılar da bir kaynak olabilmektedir. Sosyokültürel hastalık ve belirti kavramları da etkili olabilmektedir (Brown, 2004). Son olarak, başkalarından gelen “Bu belirti ciddi olabilir.” gibi telkinler, aldatıcı temsillerin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Brown'a göre sorunun sürdürülmesindeki en önemli faktör ise ikincil dikkat sisteminin belirti algısına ve bununla ilişkili yanıltıcı temsillere tahsis ettiği yüksek düzeyde dikkattir (Charis ve Panayiotou, 2018).

2.1.1.3. Stres Temelli Yaklaşımlar

Selye (1956) organizmaların strese nasıl tepki verdiğine dair, “genel adaptasyon sendromu” adını verdiği bir teori ortaya atmıştır. Genel adaptasyon sendromunun alarm tepkisi, direnç ve tükenme olmak üzere üç aşaması bulunmaktadır (McNamara, 1979). Selye, hayvanlar üzerinde yaptığı deneylerde onları açlık, enfeksiyon, zehir, soğuk, sıcak ve kanama gibi farklı stres türlerine maruz bırakmıştır. Bu deneyler sonucunda, hayvanların tüm stresörlere benzer tepkiler verdiğini gözlemlemiştir. Organizma bir stresörle karşılaştığında, vücut kimyasında ve fizyolojisinde Selye’nin alarm tepkisi adını verdiği bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Selye, 1956). Alarm tepkisi, hipofiz bezinin adrenal korteksi aktive eden adrenokortikotropik hormonu üretmesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda adrenal korteks, kortizol hormonu üretmektedir. Bu hormonlar, organizmanın stresörle başa çıkmasına veya başlangıç durumuna geri dönmesine yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte, bir tür strese uyum sağlamak, organizmayı başka bir tür strese karşı daha az dirençli hale getirebilmektedir. Ayrıca, stres çok güçlü veya çok uzun süreli ise adaptasyon başarısız olabilmektedir. Her organizmanın strese ne kadar uyum sağlayabileceği konusunda bir sınırı bulunmaktadır. Bir noktada, her organizma tükenme aşamasına ulaşmaktadır (Selye, 1956). İnsanlar bir dereceye kadar strese direnç gösterebilseler de, uzun süre fazla miktarda maruz kaldıklarında tükenme aşamasına ulaşmaktadırlar (McNamara, 1979).

Genel adaptasyon sendromu, farklı belirtilerin neden ortaya çıktığına bir açıklama getirememesi sebebiyle psikosomatik hastalıkların etiyolojisini açıklamada

yeterli bulunmamıştır (McNamara, 1979). O dönemde yapılan farklı araştırmalar (Lacey vd., 1953; Engel ve Bickford, 1961) birçok insanın çeşitli stres faktörlerine karşı tutarlı fizyolojik reaksiyon modellerine sahip olduğunu göstermiştir. Bu fizyolojik reaksiyonlar, bireyler arasında değişkenlik göstermekte ancak belirli bir birey için farklı uyaranlara ve durumlara karşı aynı kalmaktadır. Bu araştırmalar verilen fiziksel reaksiyonlardaki bireysel farklılıkları açıklayamasalar da strese verilen reaksiyonların, stres uyaranının türünden ziyade bireyin karakteristik özelliklerine göre değişiklik gösterdiğini öne sürerek gelecekteki bireysel farklılıkları inceleyen çalışmalara öncülük etmişlerdir (McNamara, 1979).

2.1.1.4. Öğrenilmiş Bir Tepki Olarak Psikosomatik Belirtiler

Sosyal öğrenme modelleri, psikosomatik belirtilerin gelişimi gibi davranışsal tepkilerin sosyal pekiştirme ve modelleme yoluyla öğrenildiğini öne sürmektedir (De Gucht ve Maes, 2006). Bu modellere göre, psikosomatik belirtiler sosyal ödülllerle pekiştirilmekte ve sürdürölmektedirler (Hiller ve Fichter, 2004). Bu ödüller arasında, psikosomatik belirtileri deneyimleyen kişi için destek, ilgi, ev işlerine daha az katılım beklentisi, maddi telafi veya endişe yaratan durumlardan kaçış sayılabilir (Levy, vd. 2001). Ancak bu durum, belirtilerin mevcut olmadığı veya belirtileri deneyimleyen kişilerin bu tür olumsuzlukları manipöle etmek için bilinçli bir girişimi olduğu anlamına gelmemektedir (Levy vd., 2001). Bu varsayımı inceleyen kronik ağrı şikayetleri olan kişilerle yapılan ampirik araştırmalar, ilgi ve desteğin artan ağrı ve sakatlıkla ilişkili olduğunu göstermektedir (Keefe, Abernethy ve Campbell, 2005; Romano vd., 1995).

2.2. Duygu Düzenleme Becerileri

Duygu düzenleme, kişilerin duygusal deneyimlerini gözlemleme ve değiştirme girişimleridir (Gross ve Thompson, 2007). Duygu düzenleme, hem bilişsel, fizyolojik hem de davranışsal bileşenleri içeren çok çeşitli tepkileri kapsamaktadır. Genel olarak duygu düzenleme, kişinin duyguyla ilişkili kendi içsel (bilişsel ve fizyolojik) deneyimlerini aktif olarak kontrol etmesi olarak anlaşılsa da, farklı tanımlarda duygunun dışsal (davranışsal) ifadesine de vurgu yapılmaktadır (Langer ve Lawrence, 2010). Duygu düzenlemeye farklı kavramsal yaklaşımlar bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar duygu

düzenlemeyi kişinin duygusal durumları değiştirmesi (Lischetzke ve Eid, 2003), olumsuz duygulanımı azaltmaya çalışması (Auerbach, Abela ve Ringo, 2007) ve geçersiz kılmak için kasıtlı çaba kullanması (Koole, 2009) şeklinde kavramsallaştırmıştır. Buna karşın, bazı araştırmacılar ise olumsuz duyguların da bir işlevi olduğunu, bu sebeple duygu düzenlemenin olumsuz duyguları ortadan kaldırmaya çalışmaktan ziyade, kişinin hedeflerine ulaşmak için duygusal tepkilerini gözlemlemesi, fark etmesi, değerlendirmesi, ifade etmesi ve değiştirmesinden sorumlu dışsal ve içsel süreçler (Gross ve Thompson, 2007; Eisenberg, Hofer, ve Vaughan, 2007) olarak tanımlamıştır.

Duygu düzenleme becerilerine kapsamlı bir yaklaşım getiren Gratz ve Roemer (2003), duygu düzenleme becerilerinin; duyguları tanıma ve anlama, duyguları kabul etme, olumsuz duygular hissederken dürtü kontrolünü sınırlama ve kişisel hedefleri karşılayacak ve durumsal gereksinimleri karşılayacak şekilde duruma uygun duygu düzenleme tekniklerini uygulama olarak kavramsallaştırılabileceğini öne sürmektedir. Bu becerilerin eksikliği, kişilerin duygu düzenleme güçlüğü yaşadığına işaret etmektedir (Gratz ve Roemer, 2003). Duygu düzenlemede güçlük ve psikopatoloji arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Webb vd., 2012). Duygu düzenlemede güçlüğü; duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, sınırda kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi pek çok ruh sağlığı rahatsızlığında gözleniyor oluşu, bu rahatsızlıkların tedavisinde hedef alınabilecek önemli bir etken olduğunu düşündürmektedir (Werner and Gross, 2010).

2.2.1. Duygu Düzenleme Becerileri ve Psikosomatik Belirtiler

Duygu düzenleme becerilerinde güçlüklerin psikopatoloji ile ilişkisi, son yıllarda pek çok ruh sağlığına ilişkin modelde, teorik yaklaşımda ve incelemede ele alınmaktadır (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010; Hu ve diğerleri, 2014; Sheppes, Suri ve Gross, 2015). Psikosomatik bozukluklara ilişkin teoriler; duygu düzenleme süreçlerindeki bozuklukları, psikosomatik belirtilerin gelişimine ve ilerlemesine katkıda bulunan etkenlerden biri olarak kabul etmektedir (Rief ve Broadbent, 2007; Luyten vd. 2013). Ampirik ve klinik raporlar da oldukça tutarlı bir şekilde duygu düzenleme süreçlerindeki bozukluklar ile psikosomatik bozukluklar arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır (Brown vd., 2013, Koechlin vd., 2018).

Psikosomatik bozukluk tanılı bireylerde duygu düzenleme güçlüğü'nün gelişimi

için risk faktörleri, erken dönemde kişilerarası etkileşimlerde bozulma, güvensiz bağlanma stilleri veya travma öyküsünün bulunmasıdır (Okur Güney vd., 2019). Biyolojik olarak duygu düzenleme güçlüğü; endokrin, bağışıklık ve ağrı düzenleyici sistemlerdeki değişikliklerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Henningesen, Zipfel, ve Herzog, 2007; Luyten vd. 2013; Waller ve Scheidt, 2006; Neumann vd., 2015). Nörobiyolojik çalışmalar duygusal, somatosensoriyel ve motor alt sistemlerin örtüşmesi sebebiyle duygu düzenleme süreçleri ile somatik belirti bozuklukları arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Okur Güney ve diğerlerinin (2019) yaptığı kapsamlı sistematik gözden geçirmede, 64 makalenin duygu düzenlemede güçlükler ve somatik belirti bozukluğu (SBB) arasındaki ilişkiyi doğruladığı raporlanmıştır. Çalışmada SBB tanılı bireylerin; duygu düzenlemenin bilişsel, bedensel ve dikkat bileşenlerine ilişkin güçlükler yaşadığı kaydedilmiştir. Pek çok makalede, SBB tanılı bireylerde bilgi odaklı duygu düzenlemenin (duyguyu değerlendirme, fark etme ve anlamlandırma) kısıtlandığı; bireyin kendisinin ve başkalarının duygularıyla ilgili üst düzey bilişsel işlevlerinin azaldığı tekrarlı bir şekilde raporlanmıştır (Subic-Wrana vd., 2010; Burger vd., 2016; Schwarz vd., 2017; Waller ve Scheidt, 2004) Aynı zamanda SBB tanılı bireylerin dikkat odaklı duygu düzenlemede de güçlük yaşadıkları, negatif duygusal uyarılara karşı dikkat eğilimlerinin bulunduğu kaydedilmiştir (Gul ve Ahmad, 2014; Wingenfeld vd., 2011; Burns, Quartana ve Bruehl, 2011; Rimes vd., 2016) . SBB tanılı bireylerin beden odaklı duygu düzenleme becerilerine dair yaşadıkları zorluklara bakıldığında; sempatik aktivite ile irkilme tepkilerinin düzenlenmesinde ve dürtüsel davranışların kontrolünde zorluk yaşadıkları gözlemlenmiştir (Zoccali vd., 2016; Bruehl vd., 2007; Bruehl vd., 2012; Burns vd., 2016; Burns vd., 2015) Genel olarak sonuçlar; SBB tanılı bireylerin duygularına ve tetikteki otonomik işlevlerine dikkat yanlılıklarının bulunduğunu, buna bağlı olarak otonomik işlevlerinin daha tepkisel olduğunu ancak duygular hakkındaki bilişsel süreçlerinin kısıtlı olduğunu göstermektedir (Okur Güney vd., 2019).

2.3. Deneyimsel Kaçınma

Deneyimsel kaçınma, özel psikolojik deneyimlerin (düşünceler, duygular, duyumlar, anılar ve dürtüler gibi) biçimini, yoğunluğunu, sıklığını ve durumsal duyarlılığını manipüle ederek bu deneyimlerden kaçınma eğilimidir (Hayes vd., 1996).

Bu kaçınma eğilimi, genellikle kısa vadede sıkıntıyı azaltsa da, uzun vadede olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Boulanger, Hayes ve Pistorello, 2010). Deneyimsel kaçınma alışkanlık haline geldiğinde, katılaştığında ve otomatikleştiğinde, insanların yaşamlarında önemli sıkıntı ve bozulmalara neden olma eğilimindedir (Hayes-Skelton ve Eustis, 2020).

Pek çok çalışma, deneyimsel kaçınmanın çok çeşitli psikopatoloji ve davranış sorunlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Chawla ve Ostafin, 2007). Deneyimsel kaçınma özellikle depresyon, stres, kaygı ve genel psikolojik sıkıntı ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Hayes vd., 2006). Aynı zamanda madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kasıtlı kendine zarar verme, kronik ağrıya tahammülsüzlük, homofobi, trikotilomani ve fobik korku ile de ilişkilendirilmiştir (Hayes vd., 2006). Deneyimsel kaçınmanın tanı kategorileri genelinde psikolojik semptomlarla güçlü bir şekilde ilişkili olması, psikopatolojiye tanılar ötesi yaklaşımda önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir (Baer, 2007).

2.3.1. Deneyimsel Kaçınma ve Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme ve deneyimsel kaçınma yakın ilişkili kavramlar olduğundan, bu kavramların çizgilerinin nerede başladığını ve bittiğini belirlemek önem arz etmektedir. Duygu düzenleme stratejileri; kaçma, kaçınma veya olumsuz duyguların sıklığını ve yoğunluğunu azaltma işlevi taşıyabilirler. Ancak deneyimsel kaçınma, bir duygusal düzenleme biçimi değildir (Kring ve Sloan, 2010). Duygu düzenlemenin; belirli hedeflerin ve görevlerin gerçekleştirilmesini desteklemek, kişilik işleyişinin optimizasyonu gibi işlevleri de bulunmaktadır (Koole, 2009). Örneğin, sosyal hayatta genellikle insanların "soğukkanlı ve kendine hâkim" olması gerekir ve duygu düzenleme becerileri sayesinde insanlar hem olumsuz hem de olumlu duygularını kontrol edebilirler (Erber, Wegner, ve Therriault, 1996). Bunun yanında deneyimsel kaçınmanın odak noktası, duygu düzenlemeden daha geniştir. Çünkü deneyimsel kaçınma duyguların yanında düşüncelerden, somatik duyumlardan (örneğin, fiziksel acı) ve istenmeyen olaylardan kaçınmayı da içerir. Duygu düzenleme ise sadece duyguların düzenlenmesine odaklanır (Langer ve Lawrence, 2010). Duyguyu düzenleme, her zaman işlevsiz bir süreç olmasa da, belirli bir duygu düzenleme yönteminin deneyimsel bir kaçınma işlevi olduğu durumlarda, bu yöntem daha büyük psikopatoloji ve kişinin işlevselliğinde azalma ile sonuçlanır (Kring ve Sloan, 2010). Bu sebeple, deneyimsel kaçınmanın tamamlayıcı bir

şekilde duygu düzenleme ile birlikte çalışılması önem arz etmektedir.

3. YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini, Beykoz Üniversitesi lisans ve lisansüstü öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmaya genç yetişkin popülasyonu temsil etmek üzere 18-26 yaş (Bonnie, Stroud ve Breiner, 2014) aralığında bulunan 321 gönüllü katılmıştır. Araştırmanın dışlama kriterleri, literatürdeki psikosomatik belirtiler üzerine yapılan çalışmalar baz alınarak (Scarella vd., 2016; Liao vd., 2019; Wei-Lieh vd., 2017; Khesmakhi, 2019; Sack, 2010; Yazdanfar, 2015) katılımcıların şizofreni spektrum bozukluğu ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu ya da nörolojik rahatsızlık tanılarından birini almamış olması olarak belirlenmiştir. Araştırma için Beykoz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (EK A).

3.2. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma nicel bir araştırmadır. Araştırmada genç yetişkinlerde deneyimsel kaçınma düzeyi ve duygu düzenleme becerilerinde güçlüğü, psikosomatik belirtiler üzerindeki yordayıcı rolünü incelemek amacıyla ilişkisel tarama modelinden faydalanılmıştır.

3.3. Veri Toplama Prosedürü

Araştırma, araştırmacının sosyal medya hesapları aracılığıyla duyurulmuştur. Veri toplama süreci çevrimiçi ortamda gerçekleşmiştir. Katılımcılar çalışmaya başlamadan önce araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş ve “Bilgilendirilmiş Onam Formu”nu doldurmuşlardır. Daha sonra sırasıyla sosyodemografik veri formunu, Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği’ni, 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği’ni, Çok Boyutlu

Yaşantısal Kaçınma Ölçeği'ni ve Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği'ni doldurmuşlardır. Formları doldurmak için süre kısıtlaması bulunmamasıyla birlikte, uygulama her katılımcı için yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu

Araştırma için geliştirilen form, katılımcıların yaş, cinsiyet, çalışma durumu, gelir durumu, bedensel ve psikiyatrik rahatsızlıklarının bulunup bulunmadığı ve herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığı sorularını içermektedir (EK B.1)

3.4.2. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DDZÖ)

Ölçeğin özgün versiyonu (Difficulties in Emotion Regulation) Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiştir. 36 maddeden oluşan ölçekte kişilerin duygu düzenlemede zorluk dereceleri duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (FARKINDALIK), duygusal tepkilerin anlaşılabilmesi (AÇIKLIK), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (KABUL ETMEME), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (STRATEJİLER), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (DÜRTÜ), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (HEDEFLENER) olarak 6 boyutta değerlendirilmektedir. Maddeler 5'li likert tipi şeklinde (1=hemen hemen hiç ve 5=hemen hemen her zaman) derecelendirilmiştir. Ölçekte kesme puanı bulunmamakla birlikte, daha yüksek puan alınması kişinin duygu düzenleme becerilerinde daha fazla güçlük yaşadığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından yapılmıştır. Yapılan uyarlamanın geçerlilik- güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur, alt boyutların iç tutarlık katsayıları ise 0,90 ile 0,75 arasında değişmektedir (EK B.2).

3.4.3. Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği (ÇBYKÖ)

Gámez vd. (2011) tarafından oluşturulan ölçeğin özgün versiyonu (The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire) 62 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 6'lı likert tipi (1=kesinlikle katılmıyorum ve 6=kesinlikle katılıyorum) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek kaçınma, erteleme, dikkat dağıtma ve baskılama, bastırma ve inkar ile sıkıntıya dayanıklılık olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam puanın yüksek olması yüksek oranda yaşantısal kaçınmaya işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yıldırım ve Bahtiyar (2020) tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmada uyarlanan ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Alt boyutların iç tutarlık katsayıları 0,91 ile 0,85 arasında değişmektedir (EK B.3).

3.4.4. Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği (SDÇÖ)

Borckardt vd. (2000) tarafından oluşturulan orijinal ölçekte (Somatization of Emotional Conflict Scale) 42 adet somatik şikayet bulunmaktadır. Ölçekte somatik şikayetler A, B ve C şeklinde üç farklı sütunda (her biri bir alt ölçek olmak üzere) değerlendirilmektedir. Semptomların şiddetini ve sıklığını değerlendiren iki adet 5'li likert tipi alt ölçeği bulunmaktadır. Üçüncü bir alt ölçekte ise katılımcılardan semptomların anksiyete, depresyon veya öfke gibi duygulardan hangilerinde ortaya çıktığını var veya yok şeklinde (0 veya 1) değerlendirilmesi istenmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Tütüncü (2020) tarafından yapılmıştır. Yapılan iç tutarlık analizleri sonucunda SDÇÖ alt ölçeklerinin iç tutarlılık Cronbach Alfa değerleri 0,90-0,82 arasında değişmektedir (EK B.4).

3.4.5. 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

TAÖ'nün ilk versiyonu Taylor vd. (1985) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin bu versiyonu 26 sorudan ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Daha sonra ölçek Bagby vd. (1994) 20 sorudan oluşacak şekilde kısaltılmıştır. TAÖ-20'de ilk versiyonun aksine 3 alt boyut bulunmaktadır. Bu 3 alt boyut 'duyguları tanımada güçlük', 'duyguları söze dökmede güçlük' ve 'dışa vuruk düşünme' olarak adlandırılmaktadır. Ölçek 5'li likert tipi (1=hiçbir zaman ve 5=her zaman) şeklinde ölçüm yapmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Güleç vd. (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,78 olarak

bulunmuştur. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayısı ise 0.57-0.80 arasında değişmektedir. Kesme puanı Güleç ve Yenel (2010) tarafından 51 olarak belirlenmiştir. Daha katı bir eleme istendiği takdirde ise kesme puanının 59 olarak alınmasını tavsiye etmişlerdir (Güleç ve Yenel, 2010) (EK B.5).

3.5. İstatistiksel Analizler

Araştırmanın başlangıcında, ölçeklerin iç tutarlılık değerleri Cronbach Alpha istatistiği kullanılarak incelenmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılık değerleri incelendiğinde, DDZÖ alt boyutlarının Açıklık, Farkındalık, Dürtü, Kabul Etmeme, Hedefler ve Stratejiler boyutlarının kabul edilebilir ($\alpha= 0,75-0,80$ arası değişen) düzeyde yüksek Cronbach Alpha değerlerine sahip olduğu görülmüştür. ÇBYKÖ alt boyutları olan Kaçınma, Dikkat Dağıtma, Sıkıntıya Dayanıklılık, Erteleme ve Bastırma ve İnkâr boyutları da kabul edilebilir ($\alpha= 0,70-0,888$ arası değişen) düzeyde yüksek Cronbach Alpha değerlerine sahiptir. SDÇÖ alt boyutları olan Sıklık, Şiddet, Depresiflik, Öfke ve Kaygı ($\alpha=0,79-0,85$) alt boyutlarının da iç tutarlılık değerleri kabul edilebilir düzeydedir. İç tutarlıklar yeterli olduktan sonra, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri frekans ve tanımlayıcı istatistiklerle sunulmuştur. Bu aşamada, ölçek puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre nasıl değiştiği incelenmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle grup karşılaştırmaları ANOVA ve Bağımsız t testi kullanılarak analiz edilmiştir. Sonraki aşamada, ölçekler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak ortaya konulmuştur. Bu analizle, ölçeklerin birbirleriyle nasıl ilişkili olduğu ve hangi boyutların birlikte değiştiği belirlenmiştir.

Son bölümde ise yapısal eşitlik modeli ve yol analizi kullanılarak araştırmanın amacına yönelik analizler yapılmıştır. Analizler ve testler SPSS v.25 ve AMOS 24 yardımıyla gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Profili

Bu bölümde, genç yetişkinler üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmanın demografik özelliklere yönelik bulguları incelenmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur. Cinsiyet dağılımına baktığımızda, katılımcıların %52,6'sının kadın (n=169) ve %47,4'ünün erkek (n=152) olduğu görülmüştür. Yaş dağılımı ise şu şekildedir: %32,4'ü 18-20 yaş aralığında, %50,5'i 21-24 yaş aralığında ve %17,1'i 24-26 yaş aralığındadır. Hane halkı geliri değişkenine göre, katılımcıların %28,0'i 0-8,500 TL arasında, %32,4'ü 8,500-17,000 TL arasında, %15,0'i 17,000-25,500 TL arasında ve %24,6'sı 25,000 TL ve üzerinde gelire sahiptir. Çalışma durumuna baktığımızda, katılımcıların %24,2'si aktif olarak çalışırken %75,8'i ise çalışmamaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellik Dağılımları (n=321)

Demografik Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	169	52,6
	Erkek	152	47,4
Yaş	18-20	104	32,4
	21-23	162	50,5
	24-26	55	17,1
Hane halkı Geliri	0-8,500 TL	90	28,0
	8,500-17,000 TL	104	32,4
	17,000-25,500 TL	48	15,0
	25,000 TL ve üstü	79	24,6
Çalışma Durumu	Evet	78	24,2
	Hayır	243	75,8

Bu çalışmanın bir sonraki tablosu, araştırmaya katılan genç yetişkinlerin bedensel ve psikiyatrik rahatsızlık durumlarına ve ilaç kullanımına ilişkin dağılımlarını

göstermektedir. Bedensel rahatsızlık durumu değişkenine göre, katılımcıların %5,9'u (n=19) bedensel rahatsızlığa sahipken %94,1'i (n=302) bedensel rahatsızlık yaşamamaktadır. Psikiyatrik rahatsızlık durumu ise, katılımcıların %6,9'unun (n=22) psikiyatrik rahatsızlığa sahip olduğunu, %93,1'inin (n=299) ise psikiyatrik rahatsızlık yaşamadığını göstermektedir. İlaç kullanma durumu incelendiğinde, katılımcıların %10,9'unun (n=35) ilaç kullandığı ve %89,1'inin (n=286) ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.2 Katılımcıların Bedensel Rahatsızlık, Psikiyatrik Rahatsızlık ve İlaç Kullanma Durumlarının Sıklık Dağılımı (n=321)

Değişkenler	n	%
Bedensel Rahatsızlık Durumu		
<i>Var</i>	19	5,9
<i>Yok</i>	302	94,1
Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu		
<i>Var</i>	22	6,9
<i>Yok</i>	299	93,1
İlaç Kullanma Durumu		
<i>Evet</i>	35	10,9
<i>Hayır</i>	286	89,1

Katılımcılar arasında aleksitimik bireylerin olabileceği ve bu durumun katılımcıların duygu raporlamalarını etkileyebileceği göz önünde bulundurularak katılımcıların (n=321) 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği skorları alınmıştır. Bu skorların betimleyici istatistiklerine bakıldığında katılımcıların puanlarının 29 ile 49 puan arasında değiştiği ve ortalama 46,15 (SS=2,92) puana sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3 Katılımcıların 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği Skorlarının Betimleyici İstatistikleri (n=321)

Değişkenler	Min.	Maks.	Ort.	SS
TAÖ-20	29	49	46,15	2,92

4.2. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Değişimi

Tablo 4.4'te, Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DDZÖ), Çok Boyutlu Deneyimsel Kaçınma Ölçeği (ÇBYKÖ) ve Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği (SDÇÖ) alt boyutlarının katılımcıların cinsiyetine göre nasıl değiştiği ve bağımsız t testi sonucunu göstermektedir.

Kadınların DDZÖ ölçeği toplam puanlarının (Ort.=100,08, SS=17,98), erkeklerin toplam puanlarından (Ort.=104,49, SS=14,04) anlamlı bir biçimde daha düşük olduğu görülmektedir ($t(319) = -2,227$, $p=0,024$). Açıklık, Dürtü, Kabul Etmeme, Stratejiler alt boyutlarında kadınların ortalama puanları (Açıklık: Ort.=13,28, SS=3,49, Dürtü: Ort.=15,82, SS=4,55, Kabul Etmeme: Ort.=15,50, SS=5,46, Stratejiler: Ort.=21,33, SS=5,46) erkeklerin ortalama puanlarından (Açıklık: Ort.=14,49, SS=3,71, Dürtü: Ort.=17,37, SS=3,52, Kabul Etmeme: Ort.=16,88, SS=4,75, Stratejiler: Ort.=22,66, SS=4,75) anlamlı olarak daha düşüktür. Diğer alt boyutlardan "Farkındalık" ve "Hedefler" için katılımcıların cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>,05$).

ÇBYKÖ ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında, "Kaçınma", "Dikkat Dağıtma", "Sıkıntıya Dayanıklılık", "Bastırma ve İnkâr" alt boyutlarındaki ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>,05$). "Erteleme" alt boyutunda ise kadınların ortalama puanı (Ort.=26,12, SS=6,06) erkeklerin ortalama puanından (Ort.=24,41, SS=5,39) anlamlı derecede daha yüksektir ($t(319)=2,66$, $p=0,008$). Bu bulgu, Erteleme alt boyutunda, kadınların erkeklerden daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir. ÇBYKÖ'nün toplam puanı cinsiyetler arası karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>,05$).

Son olarak, SDÇÖ ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında, "Sıklık", "Şiddet", "Depresiflik" ve "Öfke" alt boyutlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Kadınların "Sıklık" (Ort.=62,04, SS=37,10), "Şiddet" (Ort.=55,85, SS=38,61), "Depresiflik" (Ort.=7,15, SS=6,23) ve "Öfke" (Ort.=7,50, SS=6,46) alt boyutlarındaki ortalama puanları erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha düşüktür ($p<,05$). Bir başka deyişle, kadınlar söz konusu psikosomatik belirti alt boyutlarında erkeklerden daha az sorun yaşamaktadır. "Kaygı" alt boyutunda ise

cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($t(319)=0,28$, $p=0,777$).

Tablo 4.4. DDZÖ, ÇBYKÖ ve SDÇÖ Alt Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Değişimi (n=321)

Ölçek ve Alt Boyutları	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		t-Test	
	Ort.	SS	Ort.	SS	t (319)	p
DDZÖ						
Açıklık	13,28	3,49	14,49	3,71	-2,99	,003
Farkındalık	16,25	4,10	16,42	3,76	-0,38	,706
Dürtü	15,82	4,55	17,37	3,52	-3,38	,001
Kabul Etmeme	15,50	5,46	16,88	4,75	-2,40	,017
Hedefler	15,05	4,01	14,87	3,80	0,41	,683
Stratejiler	21,33	6,17	22,66	5,00	-2,12	,035
Toplam Puan	100,08	17,98	104,49	14,04	-2,227	,024
ÇBYKÖ						
Kaçınma	75,75	16,05	72,66	13,29	-1,86	,064
Dikkat Dağıtma	29,59	7,15	28,24	6,28	1,79	,075
Sıkıntıya Dayanıklılık	22,65	5,46	22,49	4,55	0,28	,781
Erteleme	26,12	6,06	24,41	5,39	2,66	,008
Bastırma ve İnkâr	38,28	10,90	40,09	7,63	-1,71	,088
Toplam Puan	224,09	30,64	219,92	24,33	1,34	,181
SDÇÖ						
Sıklık	62,04	37,10	76,06	33,66	-3,53	<,001
Şiddet	55,85	38,61	73,01	35,91	-4,11	<,001
Kaygı	9,73	8,99	9,49	5,59	0,28	,777
Depresiflik	7,15	6,23	9,17	5,63	-3,03	,003
Öfke	7,50	6,46	9,35	5,51	-2,75	,006

Tablo 4.5’te Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DDZÖ), Çok Boyutlu Deneyimsel Kaçınma Ölçeği (ÇBYKÖ) ve Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği (SDÇÖ) alt boyutlarının katılımcıların yaşına göre nasıl değiştiği ve ANOVA testi sonucu verilmiştir. Tüm alt boyutlarda, 18-20 yaş, 21-23 yaş ve 24-26 yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

DDZÖ ölçeği alt boyutlarına bakıldığında, "Açıklık", "Farkındalık", "Dürtü", "Kabul Etmeme", "Hedefler" ve "Stratejiler" alt boyutlarında yaşa bağlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Benzer şekilde, ÇBYKÖ ölçeğinin alt boyutları olan "Kaçınma", "Dikkat Dağıtma", "Sıkıntıya Dayanıklılık", "Erteleme" ve "Bastırma ve İnkâr" alt boyutlarında da yaşa bağlı anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Son olarak, SDÇÖ ölçeğinin alt boyutları olan "Sıklık", "Şiddet", "Kaygı", "Depresiflik" ve "Öfke" alt boyutlarında da yaşa bağlı anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.5. DDZÖ, ÇBYKÖ ve SDÇÖ Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaşına Göre Değişimi (n=321)

Ölçek ve Alt Boyutları	Yaş						ANOVA	
	18-20		21-23		24-26		F (2, 318)	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
DDZÖ								
Açıklık	13,72	3,73	13,78	3,45	14,31	4,02	0,53	,591
Farkındalık	16,62	4,07	16,00	3,82	16,78	4,01	1,21	,301
Dürtü	17,02	3,83	16,08	4,18	17,07	4,58	2,15	,119
Kabul Etmeme	16,63	5,18	15,81	5,16	16,27	5,22	0,79	,454
Hedefler	14,63	3,93	15,23	3,93	14,80	3,81	0,79	,456
Toplam Puan	22,28	5,58	21,75	5,62	21,98	6,09	0,27	,763
	102,11	17,60	101,33	15,41	105,43	15,78	1,10	,333
ÇBYKÖ								
Kaçınma	73,32	13,81	74,98	14,64	74,09	17,42	0,40	,672
Dikkat Dağıtma	28,71	7,24	29,46	6,24	27,93	7,35	1,15	,319
Sıkıntıya Dayanıklılık	22,60	5,41	22,73	4,82	22,07	5,03	0,35	,703
Erteleme	24,99	5,66	25,54	5,72	25,27	6,39	0,28	,755
Bastırma ve İnkâr	39,36	8,32	38,96	9,71	39,24	11,13	0,06	,944
Toplam Puan	220,78	25,52	223,20	26,53	221,45	35,40	0,26	,774
SDÇÖ								
Sıklık	72,29	34,58	66,06	36,01	69,58	39,35	0,96	,383
Şiddet	67,63	37,30	61,75	38,29	63,60	40,21	0,75	,473
Kaygı	10,42	7,64	9,18	7,66	9,40	7,13	0,89	,414
Depresiflik	8,81	5,42	7,51	6,15	8,56	6,65	1,67	,190
Öfke	8,85	6,03	8,04	5,84	8,45	6,94	0,55	,575

Tablo 4.6’da Duygu Düzenlemede Zorluklar  l eği (DDZ ),  ok Boyutlu Deneyimsel Kaçınma  l eği ( BYK ) ve Somatik Duygusal  atı ma  l eği (SD  ) alt boyutlarının katılımcıların hane halkı toplam geliri grubuna göre nasıl değiştiği ve ANOVA testi sonucu verilmiştir.

DDZ   l eği toplam puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ($F=4,87$, $p=,003$). DDZ   l eğinin alt boyutlarından "Açıklık" ($F=3,47$, $p=0,017$), "Dürtü" ($F=3,35$, $p=0,019$) ve "Kabul Etmeme" ($F=4,46$, $p=0,004$) alt boyutlarında 0-8,500 TL düzeyinde gelire sahip genç katılımcıların daha yüksek ortalama puana sahip olduğu görülmüştür. Buradan, gelir düzeyi düşük bireylerin duygu düzenlemede fazla zorluk yaşadığı anlaşılmaktadır.  BYK   l eğinin alt boyutlarından "Dikkat Dağıtma" ($F=2,40$, $p=0,068$) ve "Bastırma ve  nk r" ($F=2,53$, $p=0,058$) alt boyutlarında hane halkı geliri ile ilişkili eğilimler gözlenmemiştir. SD    l eğinin alt boyutlarından "Sıklık" ($F=11,28$, $p<0,001$), " iddet" ($F=6,62$, $p<0,001$) ve " fke" ($F=3,51$, $p=0,016$) alt boyutlarında hane halkı geliri ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Düşük gelir düzeyine sahip genç katılımcılar, "Sıklık" ve " iddet" alt boyutlarında daha yüksek puanlar almıştır. Diğer alt boyutlarda (SD  : Kaygı, Depresiflik,  fke) ise hane halkı geliri ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.6. DDZÖ, ÇBYKÖ ve SDÇÖ Alt Boyutlarının Katılımcıların Hane Halkı Gelirine Göre Değişimi (n=321)

Ölçek ve Alt Boyutları	Hane halkı Geliri								ANOVA	
	0- 8,500 TL		8,500- 17,000 TL		17,000- 25,500 TL		25,000 TL ve üstü			
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	F (3, 317)	p
DDZÖ										
Açıklık	14,83	3,60	13,53	3,63	13,00	3,78	13,68	3,44	3,47	,017
Farkındalık	17,01	3,46	16,44	3,99	15,37	4,56	16,00	3,90	2,07	,104
Dürtü	17,58	3,67	16,40	4,50	15,35	3,98	16,32	4,13	3,35	,019
Kabul Etmeme	17,63	4,63	15,90	5,60	14,48	4,88	15,82	5,01	4,46	,004
Hedefler	14,83	3,62	14,95	3,95	15,00	4,29	15,10	4,01	0,07	,977
Stratejiler	22,64	4,62	21,06	5,73	21,17	6,73	22,86	5,86	2,32	,076
Toplam Puan	106,84	12,62	100,04	17,99	95,97	20,19	103,28	13,80	4,87	,003
ÇBYKÖ										
Kaçınma	74,21	10,84	74,34	16,52	73,15	18,94	75,00	13,94	0,16	,927
Dikkat Dağıtma	28,58	5,43	28,12	7,12	31,19	7,67	29,11	6,93	2,40	,068
Sıkıntıya Dayanıklılık	21,78	4,62	23,12	5,38	22,96	5,67	22,54	4,60	1,24	,294
Erteleme	24,87	4,86	25,56	6,41	24,85	6,52	25,78	5,57	0,51	,676
Bastırma ve İnkâr	41,02	7,29	37,88	9,93	37,29	10,69	39,76	10,18	2,53	,058
Toplam Puan	223,90	20,90	219,79	32,25	220,52	33,93	224,11	24,57	0,55	,648
SDÇÖ										
Sıklık	81,79	26,46	63,26	36,77	48,21	37,06	73,32	37,84	11,28	<,001
Şiddet	75,94	31,97	60,03	38,67	47,56	42,22	65,51	37,96	6,62	<,001
Kaygı	9,19	5,24	10,16	8,06	11,33	12,02	8,35	5,14	1,85	,138
Depresiflik	8,90	5,06	7,97	6,33	7,27	7,84	7,90	5,37	0,88	,454
Öfke	9,78	4,77	8,03	6,22	6,38	7,19	8,44	6,26	3,51	,016

Katılımcıların, çalışma durumuna bağlı olarak duygu düzenleme, deneyimsel kaçınma ve psikosomatik belirtileri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği gözlenmiştir. DDZÖ toplam puanına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak alt boyutlara bakıldığında "Açıklık" ($t(319)=2,30$, $p=0,022$) ve "Kabul Etmeme" ($t(319)=2,36$, $p=0,019$) alt boyutlarında çalışan gençlerin, çalışmayanlara kıyasla daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğu

tespit edilmiştir. Yani çalışan katılımcılar, çalışmayan katılımcılara göre Açıklık ve Kabul Etmeme alt boyutlarında daha fazla güçlük yaşamaktadırlar. Farkındalık, Dürtü, Hedefler ve Stratejiler alt boyutlarında ise çalışma durumu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Somatik duygusal çatışma ölçeğinin alt boyutlarında ise "Sıklık" ($t(319)=2,48$, $p=0,014$), Şiddet ($t(319)=2,81$, $p=0,005$) ve "Depresiflik" ($t(319)=2,64$, $p=0,009$) alt boyutlarında çalışan gençlerin daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Diğer alt boyutlarda (ÇBYKÖ: Toplam, Kaçınma, Dikkat Dağıtma, Erteleme, Bastırma ve İnkâr; SDÇÖ: Kaygı, Öfke) ise çalışma durumu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.7. DDZÖ, ÇBYKÖ ve SDÇÖ Alt Boyutlarının Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Değişimi (n=321)

Ölçek ve Alt Boyutları	Çalışma Durumu					
	Evet		Hayır		T-Test	
	Ort.	SS	Ort.	SS	t (319)	p
DDZÖ						
Açıklık	14,17	3,66	13,17	3,51	2,30	,022
Farkındalık	16,32	3,96	16,37	3,91	-0,10	,919
Dürtü	16,64	4,05	16,37	4,40	0,55	,584
Kabul Etmeme	16,61	5,10	15,16	5,21	2,36	,019
Hedefler	14,85	3,72	15,21	4,30	-0,76	,447
Stratejiler	22,30	5,44	21,23	6,13	1,58	,116
Toplam Puan	103,46	14,97	99,60	18,68	1,83	,068
ÇBYKÖ						
Kaçınma	73,95	14,18	75,02	16,32	-0,60	,550
Dikkat Dağıtma	29,06	6,60	28,72	7,16	0,41	,680
Sıkıntıya Dayanıklılık	22,16	5,11	23,49	4,80	-2,20	,029
Erteleme	25,12	5,54	25,74	6,36	-0,89	,372
Bastırma ve İnkâr	39,53	9,14	38,28	10,30	1,10	,274
Toplam Puan	222,50	26,45	221,28	30,85	0,37	,716
SDÇÖ						
Sıklık	72,04	35,85	61,37	35,88	2,48	,014
Şiddet	68,00	37,80	55,20	38,01	2,81	,005
Kaygı	9,97	7,40	8,85	7,89	1,24	,218
Depresiflik	8,70	6,10	6,81	5,70	2,64	,009
Öfke	8,79	6,42	7,48	5,22	1,80	,073

4. 3. Ölçekler Arası Korelasyon

Bu bölümde DDZÖ, ÇBYKÖ ve SDÇÖ arasında korelasyon ilişkisi incelenmiş ve Pearson korelasyon analizi Tablo 8’de sunulmuştur. Araştırmanın bu bölümünün amacı özellikle, somatik belirti şiddeti ve somatikbelirti sıklığı ile diğer DDZÖ ve ÇBYKÖ alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu bağlamda psikosomatik belirti şiddeti, psikosomatik belirti sıklığı ve psikosomatik belirtilerle ilişkili duygulara ilişkin sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

4.3.1. DDZÖ ve ÇBYKÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları

Duygu düzenleme becerilerinde güçlük ve deneyimsel kaçınma düzeyleri orta seviyede pozitif bir biçimde ilişkili bulunmuştur ($r=,61$, $p<,001$). DDZÖ’nün Açıklık (Kaçınma: $r=,15$, $p<,001$, Erteleme: $r=,14$, $p<,05$, Bastırma: $r=,32$, $p<-,001$, Sıkıntıya Dayanıklılık: $r=-,32$, $p<,001$) Kabul Etmeme (Kaçınma: $r=,28$, $p<,001$, Erteleme: $r=,20$, $p<,001$, Bastırma: $r=,46$, $p<,001$, Sıkıntıya Dayanıklılık: $r=-,27$, $p<,001$), Dürtü (Kaçınma: $r=,19$, $p<,001$, Erteleme: $r=,25$, $p<,001$, Bastırma: $r=,39$, $p<,001$, Sıkıntıya Dayanıklılık: $r=$, $p<,001$) ve Stratejiler (Kaçınma: $r=,28$, $p<,001$, Erteleme: $r=,27$, $p<,001$, Bastırma: $r=,37$, $p<,001$, Sıkıntıya Dayanıklılık: $r=-,27$, $p<,001$) alt boyutlarının Kaçınma, Erteleme ve Bastırma alt boyutlarıyla pozitif yönlü, Sıkıntıya Dayanıklılık ile ise negatif yönlü zayıf ilişkileri tespit edilmiştir. Farkındalık alt boyutunun ise Sıkıntıya Dayanıklılık ($r=-,31$, $p<,001$) alt boyutu ile negatif, Bastırma ($r=,25$, $p<,001$) alt boyutu ile ise pozitif ve zayıf bir ilişkisi bulunmuştur. Hedefler alt boyutunun Kaçınma ($r=,28$, $p<,001$), Dikkat ($r=,18$, $p<,001$) ve Erteleme ($r=,31$, $p<,001$) alt boyutlarıyla pozitif yönlü zayıf bir ilişkisi bulunmuştur. Bu sonuçlar DDZÖ ve ÇBYKÖ alt boyutlarının çoğunlukla birbirleriyle zayıf olmakla birlikte ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu da bireylerin duygu düzenleme güçlükleri arttıkça, deneyimsel kaçınmalarının da artış gösterdiği anlamına gelmektedir.

4.3.2. Psikosomatik Belirti Şiddeti

DDZÖ toplam puanı ve psikosomatik belirti şiddeti arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=,77$, $p<,001$). DDZÖ alt boyutlarından Açıklık ($r=,31$, $p<,001$), Farkındalık ($r=,23$, $p<,001$), Dürtü ($r=,42$, $p<,001$) ve Stratejiler ($r=,42$, $p<,001$) ile psikosomatik belirti şiddeti arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Bunun yanında, Kabul Etmeme ($r=,50$, $p<,001$) alt boyutu ile psikosomatik belirti şiddeti arasında pozitif yönlü orta bir ilişki saptanmıştır. Ancak Hedef alt boyutu ile psikosomatik belirti şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-,02$ $p=,832$).

ÇBYKÖ toplam puanı ve psikosomatik belirti şiddeti arasında anlamlı güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=,73$, $p<,001$). ÇBYKÖ alt boyutlarından Bastırma ($r=,53$, $p<,001$) ile psikosomatik şiddet arasında pozitif yönlü orta bir ilişki vardır. Sıkıntıya Dayanıklılık ($r=-,25,34$, $p<,001$) alt boyutu ve psikosomatik belirti şiddeti arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Dikkat Dağıtma ($r=-,11$, $p=,109$), Kaçınma ($r=,06$, $p=,327$) ve Erteleme ($r=,11$, $p=,085$) ile psikosomatik şiddet arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

4.3.3. Psikosomatik Belirti Sıklığı

DDZÖ toplam puanı ve psikosomatik belirti sıklığı arasında yüksek seviyede, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,87$, $p<,001$). DDZÖ alt boyutlarından Açıklık ($r=,41$, $p<,001$) ve Stratejiler ($r=,46$, $p<,001$) ile psikosomatik belirtilerin sıklığı arasında pozitif yönlü orta seviyede, Dürtü ($r=,55$, $p<,001$), Kabul Etmeme ($r=,58$, $p<,001$) ve Farkındalık ($r=,28$, $p<,001$) alt boyutu ile ise zayıf bir ilişki saptanmıştır. Hedefler alt boyutu ile ise psikosomatik belirtilerin sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-,03$ $p=,832$).

ÇBYKÖ toplam puanı ve psikosomatik belirti şiddeti arasında anlamlı güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=,82$, $p<,001$). ÇBYKÖ alt boyutlarına bakıldığında Dikkat dağıtma ($r=-,17$, $p<,001$) ve Sıkıntıya Dayanıklılık ($r=-,39$, $p<,001$) alt boyutları ve psikosomatik belirti sıklığı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Diğer yandan Bastırma ve İnkâr ($r=,53$, $p<,001$) ve ile psikosomatik belirti sıklığı arasında pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki vardır. Kaçınma ($r=,09$, $p=,231$) ve Erteleme ($r=,11$, $p=,735$) ile psikosomatik belirti sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu sonuçlar, psikosomatik şiddet ve psikosomatik sıklığın farklı psikolojik boyutlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle, duygu düzenlemenin Açıklık, Farkındalık, Dürtü, Kabul Etmeme, Stratejiler alt boyutları ile deneyimsel kaçınmanın Dikkat Dağıtma, Sıkıntıya Dayanıklılık, Bastırma ve İnkâr alt boyutları psikosomatik belirti sıklığının anlaşılmasında önemli rol oynayan faktörler olarak ortaya çıkmaktadır.

4.3.4 Psikosomatik Belirtilerden Önce Ortaya Çıkan Duygular

Psikosomatik belirtilerden önce ortaya çıkan depresif duyguların DDZÖ toplam puanı ($r=.48$, $p<.001$) ile pozitif yönlü zayıf bir ilişkisi bulunmuştur. DDZÖ alt boyutlarından Açıklık ($r=.25$, $p<.001$), Farkındalık ($r=.29$, $p<.001$), Dürtü ($r=.31$, $p<.001$), Kabul Etmeme ($r=.28$, $p<.001$) ve Stratejiler ($r=.26$, $p<.001$) ile de pozitif yönlü zayıf bir ilişkisi bulunmaktadır. Hedefler alt boyutu ile ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=.10$, $p=.383$). ÇBYKÖ toplam puanı ($r=.41$, $p<.001$) ile pozitif yönlü zayıf bir ilişkisi bulunmuştur. ÇBYKÖ alt boyutlarına bakıldığında Sıkıntıya Dayanıklılık ($r=-.23$, $p<.001$) alt boyutunun psikosomatik belirtilerden önce ortaya çıkan depresif duygularla negatif yönlü, Bastırma ve İnkâr ($r=.26$, $p<.001$) alt boyutu ile ise pozitif yönlü zayıf bir ilişkisi bulunmaktadır. Kaçınma ($r=.03$, $p=.625$), Dikkat Dağıtma ($r=-.09$, $p=.107$) ve Erteleme ($r=-.02$, $p=.712$) alt boyutlarıyla anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır.

Psikosomatik belirtilerden önce ortaya çıkan kaygı duygusuna bakıldığında, DDZÖ toplam puanı ($r=.210$, $p<.001$) ile pozitif yönlü zayıf bir ilişkisi bulunmaktadır. DDZÖ alt boyutlarından Açıklık ($r=.18$, $p<.001$), Farkındalık ($r=.22$, $p<.001$), Dürtü ($r=.14$, $p<.05$) ile pozitif yönlü ve zayıf bir ilişkisi olduğu gözükmemektedir. ÇBYKÖ toplam puanı ($r=.15$, $p<.001$) ile pozitif yönlü zayıf bir ilişkisi bulunmaktadır. ÇBYKÖ alt boyutlarından ise Sıkıntıya Dayanıklılık ($r=-.29$, $p<.001$) alt boyutu ile negatif yönlü zayıf bir ilişkisi olduğu görülmektedir. ÇBYKÖ'nün diğer alt boyutları olan Kaçınma ($r=-.02$, $p=.732$) Dikkat Dağıtma ($r=-.06$, $p=.261$), Erteleme ($r=-.05$, $p=.332$) ve Bastırma ($r=.01$, $p=.812$) ile ise anlamlı herhangi bir ilişkisi bulunamamıştır.

Psikosomatik belirtilerden önce ortaya çıkan öfke duygusunun ise DDZÖ toplam puanı ($r=.56$, $p<.001$) ile pozitif yönlü orta seviye bir ilişkisi bulunmaktadır. DDZÖ alt ölçeklerinden Açıklık ($r=.31$, $p<.001$), Farkındalık ($r=.28$, $p<.001$), Kabul Etmeme ($r=.37$, $p<.001$), Stratejiler ($r=.21$, $p<.001$) ve Dürtü ($r=.28$, $p<.001$) alt boyutlarıyla zayıf,

pozitif yönlü bir ilişkisi bulunmuştur. Hedefler ($r=-,04$, $p=,648$) alt ölçeği ile ise anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. ÇBYKÖ toplam puanı ($r=,52$, $p<,001$) ile pozitif yönlü orta seviye bir ilişkisi bulunmaktadır. ÇBYKÖ alt boyutlarından Dikkat ($r=-,17$, $p<,05$) ve Sıkıntıya Dayanıklılık ($r=-,17$, $p<,001$) alt boyutları ile negatif yönlü, zayıf bir ilişkisi bulunmaktadır. Bastırma ve İnkâr ($r=,34$, $p<,001$) ile pozitif yönlü zayıf bir ilişkisi bulunmuştur. ÇBYKÖ'nün Erteleme ($r=,004$, $p=,937$) alt boyutu ile ise anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır.



Tablo 4.8. DDZÖ, ÇBYKO, SDÇÖ ve TAÖ-20 Alt Boyutları Arasında İlişkinin Yönü ve Büyüklüğü İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonucu (n=321)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1.Açıklık	1	,36**	,17**	,36**	,36**	,43**	,15**	,02	-,32**	,14*	,32**	,41**	,31**	,18**	,25**	,31**	,49**	,62**	,40**
2.Farkındalık		1	,07	,24**	,29**	,22**	-,03	-,10	-,31**	,04	,25**	,31**	,23**	,22**	,29**	,28**	,38**	,56**	,11*
3.Hedefler			1	,19**	,28**	,36**	,28**	,18**	-,03	,31**	,05	,03	-,02	,07	,10	,04	,16**	,25**	,27**
4.Kabul Etmeme				1	,50**	,56**	,28**	,03	-,27**	,20**	,46**	,58**	,50**	,07	,28**	,37**	,62**	,68**	,528**
5.Dürtü					1	,59**	,19**	-,04	-,26**	,25**	,39**	,55**	,42**	,14*	,31**	,37**	,56**	,68**	,41**
6.Stratejiler						1	,28**	,07	-,27**	,27**	,37**	,46**	,39**	,09	,26**	,28**	,53**	,68**	,47**
7.Kaçınma							1	,59**	,13*	,37**	,44**	,09	,06	-,02	,03	,07	,50**	,11*	,39**
8.Dikkat Dağıtma								1	,26**	,26**	,21**	-,17**	-,11	-,06	-,09	-,12*	,20**	-,14*	,22**
9.Sıkıntıya Day.									1	,03	-,15**	-,39**	-,25**	-,29**	-,23**	-,17**	-,30**	-,45**	-,04
10.Erteleme										1	,23**	,11	0,11	-,05	-,02	,00	,26**	,10	,27**
11.Bastırma ve İnkâr											1	,53**	,53**	,01	,26**	,34**	,71**	,46**	,53**
12.Psk. B. Sıklık												1	,88**	0,10	,48**	,76**	,82**	,87**	,49**
13.Psk. B. Şiddet													1	-,07	,45**	,52**	,73**	,77**	,32**
14.Psk. B. Kaygı														1	,40**	,25**	,15**	,21**	,07
15.Psk. B. Depresyon															1	,49**	,41**	,48**	,26**
16. Psk. B.Öfke																1	,52**	,56**	,38**
17. ÇBYKÖ																	1	,61**	,55**
18. DDZÖ																		1	,47**
19. TAÖ-20																			1

*:p <.05(iki uçlu test)

** :p<.001 (iki uçlu test)

4.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Bu bölümde oluşturulan yapının geçerliliğini ölçmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu analiz, araştırmada SDÇÖ sonucuna göre Öfke, Kaygı ve Depresiflik belirtilerinden en az birine sahip 277 kişi üzerinden sürdürülmüştür. Yapılan analizin uyum iyiliği değerleri, modelin uyumunun geçerli olduğunu göstermektedir ($\chi^2/df = 2,03$, RMSEA=0,07, NFI=0,91, CFI=0,90, GFI=0,90). Tablo 9’da kabul edilebilir uyum iyiliği indeksi aralıkları ve elde edilen uyum iyiliği sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 4.9. Uyum İyiliği İndekslerinin Kabul Edilebilir Uyum Aralıkları ve Doğrulayıcı Faktör

Analizinde Elde Edilen Değerler		
Uyum İyiliği İndeksi	Kabul Edilebilir Uyum Aralığı	Elde Edilen Değer
χ^2/df	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	2,03
RMSEA	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,07
NFI	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,91
CFI	$0,90 \leq CFI \leq 0,95$	0,90
GFI	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,90

(Wheaton vd., 1977; Tabachnick ve Fidell, 2007; MacCallum vd., 1996; Miles ve Shevlin, 1998; Byrne, 1998; Bentler ve Bonnet, 1980; Hu ve Bentler, 1999)

Deneyimsel Kaçınmanın gözlenen değişkenlerinden Kaçınma ($\beta=0,04$, $p=0,519$) ve Erteleme ($\beta=0,07$, $p=0,253$), Duygu Düzenlemede Güçlüklerin gözlenen değişkenlerinden Hedefler ($\beta=0,02$, $p=0,263$) ve Psikosomatik Belirtiler gözlenen değişkenlerinden Kaygı ($\beta=0,05$, $p=0,793$) istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bunun sebebi incelendiğinde, standartlaştırılmış yol katsayılarına baktığımız zaman bu değişkenlerin yol katsayılarının (β) 0,1’in altında, çok küçük bir etkiye sahip olduğu gözlenmiştir (Tablo 10). Bu sebeple Kaçınma, Erteleme, Hedefler ve Psikosomatik Kaygı modelden çıkarılmıştır.

Tablo 4.10. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu

Ölçüm Modeli			<i>b</i>	β	S.E.	KR	<i>p</i>
Bastırma ve İnkâr*	<---	Deneyimsel K.	1,00	-	-		
Erteleme	<---	Deneyimsel K.	0,08	0,07	0,07	1,14	0,253
Sıkıntıya Day.	<---	Deneyimsel K.	0,44	0,48	0,06	6,91	***
Dikkat Dağıtma	<---	Deneyimsel K.	0,23	0,20	0,08	2,86	0,004
Kaçınma	<---	Deneyimsel K.	0,09	0,04	0,14	0,65	0,519
Öfke*	<---	Psikosomatik B.	1,00	-	-		
Depresiflik	<---	Psikosomatik B.	0,67	0,45	0,09	7,22	***
Kaygı	<---	Psikosomatik B.	0,05	0,03	0,12	0,41	0,684
Şiddet	<---	Psikosomatik B.	9,43	0,95	0,59	16,03	***
Sıklık	<---	Psikosomatik B.	9,48	0,93	0,60	15,73	***
Stratejiler*	<---	Duygu D. G.	1,00	-	-		
Hedefler	<---	Duygu D. G.	0,02	0,02	0,08	0,26	0,793
Kabul Etmeme	<---	Duygu D. G.	0,95	0,61	0,13	7,57	***
Dürtü	<---	Duygu D. G.	0,73	0,57	0,10	7,24	***
Farkındalık	<---	Duygu D. G.	0,60	0,48	0,09	6,38	***
Açıklık	<---	Duygu D. G.	0,61	0,52	0,09	6,81	***

*:Yol katsayısı tahmin oluşturabilmek için 1'e eşitlenmiştir ($p < .001$).

***: $p < 0,001$

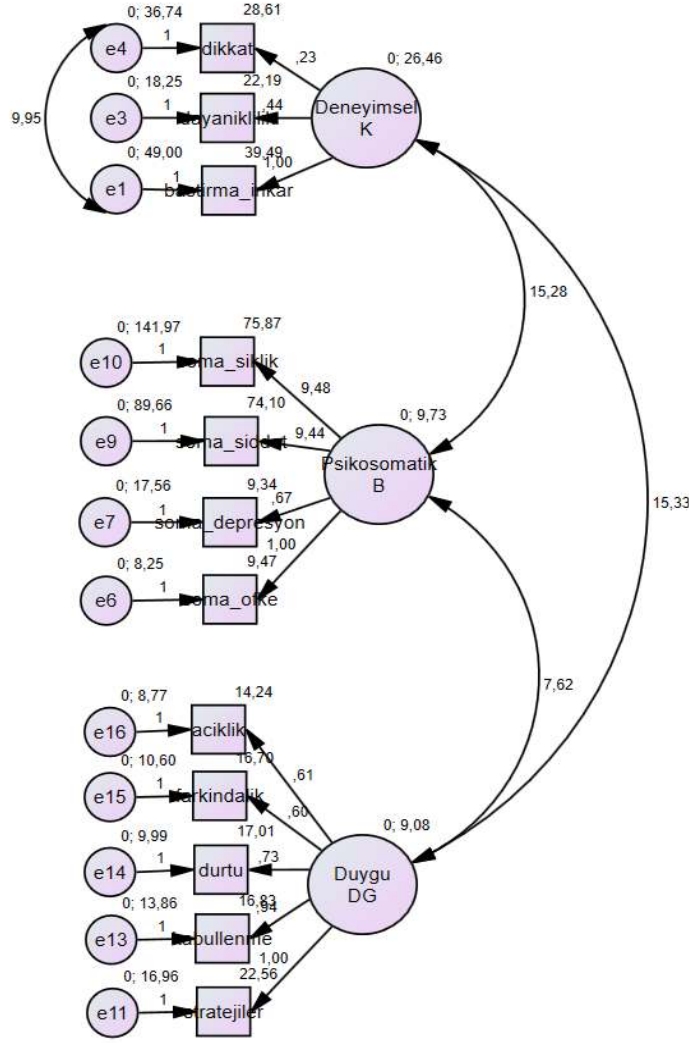
Söz konusu gözlenebilir değişkenler modelden çıkarıldıktan sonra doğrulayıcı faktör analizi tekrarlanmıştır. Yapılan yeni analizin uyum iyiliği indeksleri ($\chi^2/df=2,19$; RMSEA=0,06, NFI=0,92, CFI=0,94 ve GFI=0,93) modelin uyumunun geçerli olduğunu göstermektedir. Tekrarlanan DFA sonucu Tablo 11'de, oluşturulan yeni model ise Şekil 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. İkinci Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu

Ölçüm Modeli			<i>b</i>	β	S.E.	C.R.	<i>p</i>
Bastırma ve İnkar*	<---	Deneyimsel K.	1,00	-	-	-	
Sıkıntıya Day.	<---	Deneyimsel K.	0,45	0,47	0,07	6,88	***
Dikkat Dağıtma	<---	Deneyimsel K.	0,24	0,20	0,08	2,89	0,004
Öfke*	<---	Psikosomatik B.	1,00	-	-	-	
Depresiflik	<---	Psikosomatik B.	0,67	0,45	0,09	7,22	***
Şiddet	<---	Psikosomatik B.	9,44	0,95	0,59	16,03	***
Sıklık	<---	Psikosomatik B.	9,48	0,93	0,60	15,72	***
Stratejiler*	<---	Duygu D. G.	1,00	-	-	-	
Kabul Etmeme	<---	Duygu D. G.	0,94	0,61	0,12	7,57	***
Dürtü	<---	Duygu D. G.	0,73	0,57	0,10	7,28	***
Farkındalık	<---	Duygu D. G.	0,60	0,48	0,09	6,41	***
Açıklık	<---	Duygu D. G.	0,61	0,53	0,09	6,84	***

*:Yol katsayısı tahmin oluşturabilmek için 1'e eşitlenmiştir ($p < .001$).

***: $p < 0,001$



Şekil 4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Diyagramı

$\chi^2/df=2,19$; RMSEA=0,06, NFI=0,92, CFI=0,94 ve GFI=0,93

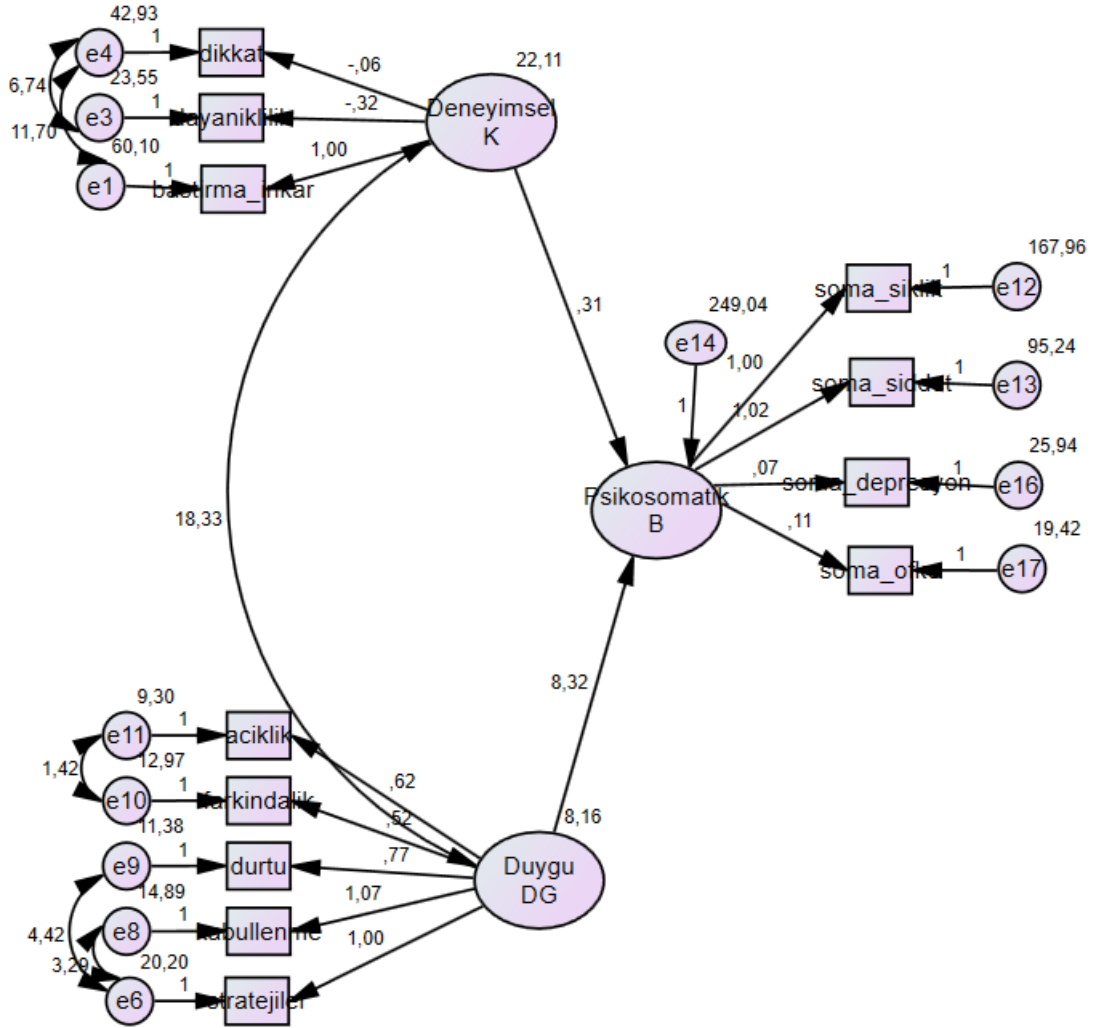
4.5. Yapısal Eşitlik Modeli

Bu bölümde oluşturulan yapısal eşitlik modeline ilişkin sonuçlar sunulmuştur. Oluşturulan modelin amacı gençlerde psikosomatik belirtilerin seviyesini, bireylerin deneyimsel kaçınma ve duygu düzenleme puanları ile tahmin etmektir. Elde edilen yapısal eşitlik modeli sonuçlarına göre, $\chi^2= 208,272$, d.f.=95 ve $\chi^2/df=2,19$ olarak hesaplanmıştır, bu da modelin verilere uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, uyum iyiliği indeksleri değerlendirildiğinde, RMSEA=0,06, NFI=0,90, CFI=0,92 ve GFI=0,91 olarak elde edilmiştir, bu da modelin gözlenen verileri iyi bir şekilde açıkladığını göstermektedir.

Tablo 4.12. Uyum İyiliği İndekslerinin Kabul Edilebilir Uyum Aralıkları ve Yapısal Eşitlik

Modelinde Elde Edilen Değerler		
Uyum İyiliği İndeksi	Kabul Edilebilir Uyum Aralığı	Elde Edilen Değer
χ^2/df	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	2,01
RMSEA	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,06
NFI	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,92
CFI	$0,90 \leq CFI \leq 0,95$	0,95
GFI	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,94

(Wheaton vd., 1977; Tabachnick ve Fidell, 2007; MacCallum vd., 1996; Miles ve Shevlin, 1998; Byrne, 1998; Bentler ve Bonnet, 1980; Hu ve Bentler, 1999)



Şekil 4.2. Yapısal Eşitlik Modeli

$\chi^2= 208,272$; d.f.=95; $\chi^2/ df=2,19$, RMSEA=0,06, NFI=0,90, CFI=0,92, GFI=0,91

Yapısal ilişki analizine göre, Deneyimsel Kaçınma ($\beta=0,05$, $p=0,67$) gizil değişkeninin Psikosomatik Belirtiler değişkeni üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. Duygu Düzenlemede Güçlük ($\beta=0,77$, $p<0,001$) gizil değişkeni ise Psikosomatik Belirtiler değişkeni üzerinde anlamlı, pozitif bir etkiye sahiptir. Gözlenen değişkenlerin gizil değişkenler üzerindeki etkisine baktığımızda, Dayanıklılık ($\beta=-0,30$, $p<0,001$) gözlenen değişkeninin Deneyimsel Kaçınma gizil değişkeni üzerinde anlamlı ve negatif bir etkisi olduğu görülmektedir. Dikkat ($\beta=-0,04$, $p=0,44$) gözlenen değişkeni ise Deneyimsel Kaçınma gizil değişkeni üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir. Kabul Etmeme ($\beta=0,62$, $p<0,001$), Dürtü ($\beta=0,55$, $p<0,001$), Farkındalık ($\beta=0,38$, $p<0,001$) ve Açıklık ($\beta=0,50$, $p<0,001$) gözlenen değişkenlerinin, Duygu Düzenlemede Güçlük gizil değişkeni üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir. Şiddet ($\beta=0,95$, $p<0,001$), Depresiflik ($\beta=0,36$, $p<0,001$) ve Öfke ($\beta=0,59$, $p<0,001$) gözlenen değişkenlerinin ise Psikosomatik Belirtiler gizil değişkeni üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi görülmektedir.

Tablo 4.13. Yapısal Eşitlik Modeli Sonucu

Yapısal İlişkiler			B	β	S.E.	K.R.	p
Psikosomatik B.	<---	Deneyimsel K.	0,31	0,05	0,74	0,43	0,67
Psikosomatik B.	<---	Duygu D. G.	8,32	0,79	1,52	5,48	***
Bastırma ve İnkâr*	<---	Deneyimsel K.	1,00	0,52			
Sıkıntıya Dayanıklılık	<---	Deneyimsel K.	-0,32	-0,30	0,06	-5,44	***
Dikkat	<---	Deneyimsel K.	-0,06	-0,04	0,07	-0,77	0,44
Stratejiler*	<---	Duygu D. G.	1,00	0,54			
Kabul Etmeme	<---	Duygu D. G.	1,07	0,62	0,13	8,24	***
Dürtü	<---	Duygu D. G.	0,77	0,55	0,10	8,13	***
Farkındalık	<---	Duygu D. G.	0,52	0,38	0,10	5,18	***
Açıklık	<---	Duygu D. G.	0,62	0,50	0,10	6,41	***
Sıklık*	<---	Psikosomatik B.	1,00	0,92			
Şiddet	<---	Psikosomatik B.	1,02	0,95	0,04	25,09	***
Depresiflik	<---	Psikosomatik B.	0,07	0,36	0,01	6,21	***
Öfke	<---	Psikosomatik B.	0,11	0,59	0,01	11,27	***

*:Yol katsayısı tahmin oluşturabilmek için 1'e eşitlenmiştir ($p < 0,001$).

***: $p<0,001$

4.5.6 Aleksitimi Kontrol Değişkeni Eklenmiş Yapısal Eşitlik Modeli

Bu bölümde oluşturulan Aleksitimi değişkeninin kontrol değişkeni olarak eklendiği yapısal eşitlik modeline ilişkin sonuçlar sunulmuştur. Oluşturulan modelin amacı gençlerde psikosomatik belirtilerin seviyesini, bireylerin deneyimsel kaçınma ve duygu düzenleme puanları ile tahmin etmektir. Elde edilen yapısal eşitlik modeli sonuçlarına göre, $\chi^2 = 161,674$, d.f.=55 ve $\chi^2/df=2,94$ olarak hesaplanmıştır, bu da modelin verilere uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, uyum iyiliği indeksleri değerlendirildiğinde, RMSEA=0,08, NFI=0,90, CFI=0,92 ve GFI=0,92 olarak elde edilmiştir, bu da modelin gözlenen verileri iyi bir şekilde açıkladığını göstermektedir. Söz konusu rakamlar modelin uyumunun iyi olduğuna işaret etmektedir.

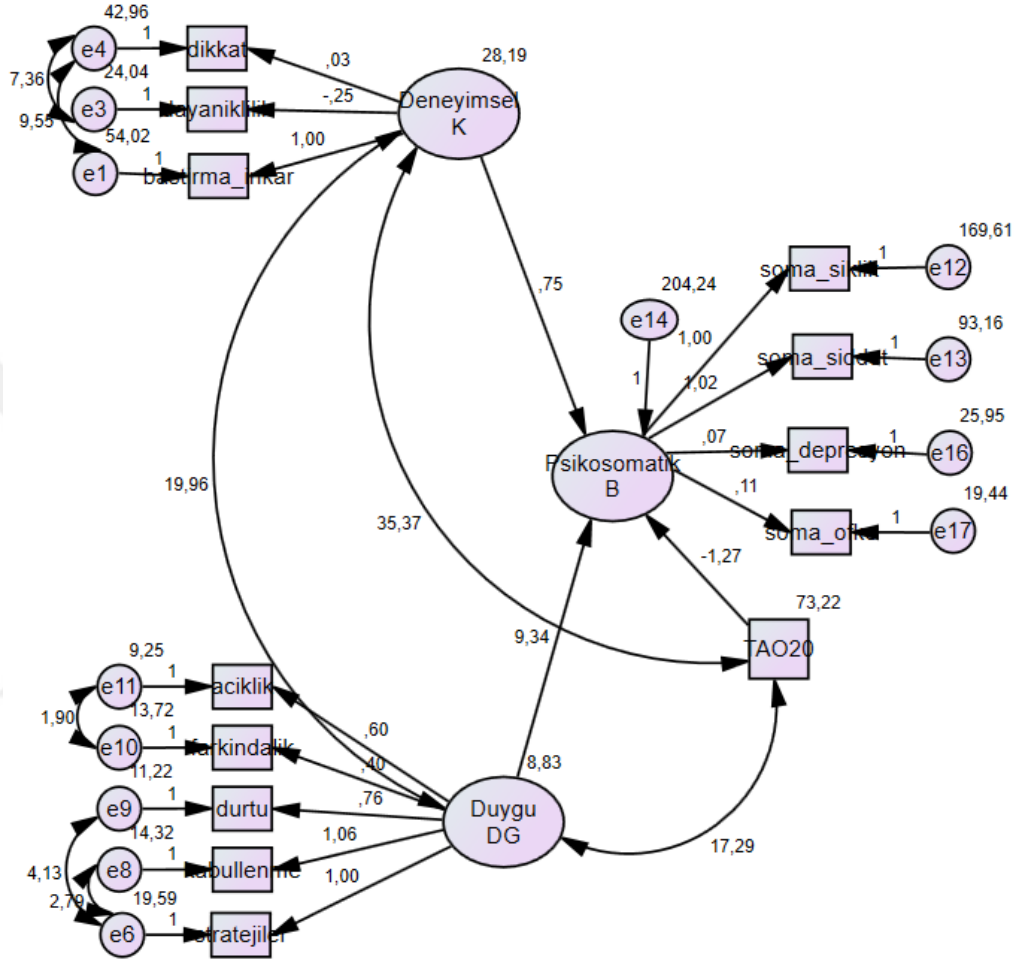
Tablo 4.14. Uyum İyiliği İndekslerinin Kabul Edilebilir Uyum Aralıkları ve Aleksitimi Kontrol Değişkeni Eklenmiş Yapısal Eşitlik Modelinde Elde Edilen Değerler

Uyum İyiliği İndeksi	Kabul Edilebilir Uyum Aralığı	Elde Edilen Değer
χ^2/df	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	2,94
RMSEA	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,08
NFI	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,90
CFI	$0,90 \leq CFI \leq 0,95$	0,92
GFI	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,92

(Wheaton vd., 1977; Tabachnick ve Fidell, 2007; MacCallum vd., 1996; Miles ve Shevlin, 1998; Byrne, 1998; Bentler ve Bonnet, 1980; Hu ve Bentler, 1999)

Aleksitimi, psikosomatik belirtilerin algılanmasını etkileyen karıştırıcı bir değişken olabileceğinden, modele kontrol değişkeni olarak eklenmiştir. Aleksitimi değişkeninin kontrol değişkeni olarak modele eklenmesi sonrası, Deneyimsel Kaçınma ($\beta=0,13$, $p=0,46$) gizil değişkeninin Psikosomatik Belirtiler değişkeni üzerinde anlamlı bir etkisinin olmayışının sürdüğü gözlenmektedir. Duygu Düzenlemede Güçlük gizil değişkeninin de, Psikosomatik Belirtiler ($\beta=0,92$, $p<0,001$) üzerindeki anlamlı ve pozitif

etkisinin sürdüğü gözlenmektedir Aleksitimi ($\beta = -0,36$, $p < 0,001$) değişkeni ise, Psikosomatik Belirtiler değişkeni üzerinde anlamlı bir negatif etkiye sahiptir.



Şekil 4.3. Aleksitimi Kontrol Değişkeni Eklenmiş Yapısal Eşitlik Modeli

$\chi^2/df=2,94$; RMSEA=0,08, NFI=0,90, CFI=0,92 ve GFI=0,92

Gözlenen değişkenlerin gizil değişkenler üzerindeki etkisine baktığımızda, Dayanıklılık ($\beta = -0,25$, $p < 0,001$) değişkeninin Deneyimsel Kaçınma gizil değişkeni üzerinde anlamlı negatif etkisi devam etmektedir. Dikkat ($\beta = 0,03$, $p = 0,61$) değişkeninin ise Deneyimsel Kaçınma gizil değişkeni üzerinde anlamlı bir etkisi olmayışının sürdüğü görülmektedir.

Kabul Etmeme ($\beta = 0,64$, $p < 0,001$), Dürtü ($\beta = 0,56$, $p < 0,001$), Farkındalık ($\beta = 0,36$, $p < 0,001$) ve Açıklık ($\beta = 0,50$, $p < 0,001$) gözlenen değişkenlerinin, Duygu Düzenlemede

Güçlük gizil değişkeni üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir. Şiddet ($\beta=0,95$, $p<0,001$), Depresiflik ($\beta=0,36$, $p<0,001$) ve Öfke ($\beta=0,59$, $p<0,001$) gözlenen değişkenlerinin ise Psikosomatik Belirtiler gizil değişkeni üzerinde anlamlı ve pozitif etkisi sürmektedir.

Tablo 4.15. Kontrol Değişkeni Eklenmiş Yapısal Eşitlik Modeli Sonucu

Yapısal İlişkiler			B	β	S.E.	K.R.	p
Psikosomatik B.	<---	Deneyimsel K.	0,75	0,13	1,01	0,75	0,46
Psikosomatik B.	<---	Duygu D. G.	9,34	0,92	1,98	4,73	***
Psikosomatik B.	<---	Aleksitimi	-1,27	-0,36	0,35	-3,61	***
Bastırma ve İnkar*	<---	Deneyimsel K.	1,00	-	-	-	
Sıkıntıya Dayanıklılık	<---	Deneyimsel K.	-0,25	-0,26	0,05	-4,76	***
Dikkat Dağıtma	<---	Deneyimsel K.	0,03	0,03	0,07	0,50	0,61
Stratejiler*	<---	Duygu D. G.	1,00	-	-	-	
Kabul Etmeme	<---	Duygu D. G.	1,06	0,64	0,12	8,97	***
Dürtü	<---	Duygu D. G.	0,76	0,56	0,09	8,78	***
Farkındalık	<---	Duygu D. G.	0,40	0,31	0,09	4,58	***
Açıklık	<---	Duygu D. G.	0,60	0,50	0,09	6,92	***
Sıklık*	<---	Psikosomatik B.	1,00	-	-	-	
Şiddet	<---	Psikosomatik B.	1,02	0,95	0,04	24,94	***
Depresiflik	<---	Psikosomatik B.	0,07	0,36	0,01	6,19	***
Öfke	<---	Psikosomatik B.	0,11	0,59	0,01	11,25	***

*:Yol katsayısı tahmin oluşturabilmek için 1'e eşitlenmiştir ($p < 0,001$).

***: $p<0,0$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada genç yetişkinlerde duygu düzenleme becerilerinde güçlük ve deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtileri yordayıcı etkisi araştırılmıştır. Bunun yanında katılımcıların sosyodemografik verilerinden yola çıkılarak grup karşılaştırmaları yapılmış ve ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yapılan istatistikî analizler sonucu dikkate değer bulgular ortaya çıkmıştır.

5.1. Toronto Aleksitimi Ölçeği Sonuçlarının Tartışması

Aleksitimi, bireyin kendi duygularını tanımlamada ve betimlemede güçlük yaşaması ile kendini gösteren bir kişilik özelliğidir (Ghadery vd., 2018). Aleksitimik kişilik özelliğinin, somatizasyon ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır (Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 2001). Bu çalışmada psikosomatik belirtilerin ölçümünde kullanılan Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği duyguların tanımlanmasını içerdiğinden, aleksitimi bir kontrol değişkeni olarak çalışmaya eklenmiştir.

20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin betimleyici istatistikleri incelendiğinde sonuçlar 29 ile 49 puan arasında değişmektedir. Güleç ve Yenel (2010), ölçeğin kesme puanını 51 olarak belirlemiştir. Buradan yola çıkarak, katılımcılar arasında tam olarak aleksitimi olma kriterini karşılayan bireylerin bulunmadığı söylenebilir. Katılımcıların sağlıklı bir popülasyon olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu olağandır.

5.2. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Değişiminin Tartışması

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçek puanları karşılaştırılmıştır. DDZÖ ölçeğine baktığımızda kadınların toplam puanları, erkeklerin toplam puanlarından anlamlı bir biçimde daha düşüktür. Literatüre bakıldığında, bazı çalışmalar DDZÖ toplam puanının cinsiyetler arası farklılaşmadığını raporlamıştır (Kaur vd. 2022; Gratz ve Roemer, 2004; Tull vd., 2012). Bu çalışmaların örneklemlerinin bizim çalışmamızdan farklılaştığı görülmektedir. Gratz ve Roemer (2004)'in çalışmasında katılımcıların yaş aralığı 18-55, Kaur ve diğerlerinin (2022) çalışmasında katılımcıların yaş aralığı 18-59,

Tull ve diğerlerinin (2012) çalışmasında ise yaş aralığı 18-61'dir. Bu örneklemeler genel yetişkin örneklemeler (Lachman, 2001) iken, bizim çalışmamız genç yetişkin örneklemini ele almaktadır. Bunun yanında, Tull ve diğerlerinin (2012) araştırmasında yatılı olarak madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bir örnekleme çalışılmıştır. Söz konusu örneklem farklılıkları, bulgularının bizim çalışmamızla farklılaşmalarını açıklayabilir.

DDZÖ'nün alt boyutlarına baktığımızda kadınların Açıklık, Dürtü, Kabul Etmeme, Stratejiler alt boyutlarında ortalama puanları erkeklerden anlamlı derecede daha düşüktür. Yani kadınlar, söz konusu duygularını düzenleme alt boyutlarında erkeklerden daha az zorluk yaşamaktadırlar. Farklı çalışmalarda kadınların hedefe yönelik davranışlarda (Sarıtış-Atalar, Gençöz ve Özen, 2014; Neumann vd., 2009) ve duygusal açıklık alt boyutunda (Neumann vd., 2009) erkeklere göre daha fazla zorluk yaşadığı bildirilirken, erkek katılımcıların duygusal farkındalık konusunda kadınlara göre daha fazla zorluk yaşadığı gözlenmiştir (Sarıtış-Atalar vd., 2014; Neumann vd., 2009). Çalışmamızın bulguları, Hedefler ve Duygusal Farkındalık puanlarının cinsiyetler arası farklılaşmaması, Açıklık alt boyutunda ise erkeklerin kadınlara göre daha fazla zorluk yaşaması sebebiyle bu çalışmaların bulgularıyla örtüşmemektedir. Ancak, Sarıtış-Atalar ve diğerleri (2014) ile Neumann ve diğerlerinin (2009) çalışmalarının katılımcılarının örneklemi ergenlerden oluşmaktadır. Bu farklılık, söz konusu uyumsuzluğun altında yatan sebep olabilir.

ÇBYKÖ'nün toplam puanları karşılaştırıldığında ise cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak, Erteleme alt boyutunda kadınların ortalama puanı erkeklerin ortalama puanından anlamlı derecede daha yüksektir. Bu da, kadınların erkeklere nazaran daha fazla erteleme davranışı gerçekleştirdiğini göstermektedir. Literatürde deneyimsel kaçınmanın ÇBYKÖ ile ölçüldüğü çalışmalarda, cinsiyete göre bir farklılık bulunmamıştır (Allen, 2021; Gamez vd., 2014). Çalışma bu anlamda literatürle örtüşmektedir.

Psikosomatik belirtilerin ölçümüne gelindiğinde, kadınların Sıklık, Şiddet, Depresyon ve Öfke alt boyutlarındaki ortalama puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu oldukça dikkat çekicidir. Yapılan çalışmalar, istikrarlı bir biçimde kadınların erkeklerden daha fazla psikosomatik belirti deneyimlediğini göstermektedir (Torrubia-Pérez vd., 2022, Brooks vd., 2021; Kosmala-Anderson ve Wallace, 2007; Kroenke ve Spitzer, 1998; Vingerhoets ve Van Heck, 1990).

Ancak çalışma sonuçlarına göre, duygu düzenlemede güçlük yaşamının psikosomatik belirtileri tahmin ettiği ve erkeklerin kadınlara göre duygu düzenleme becerilerinde daha fazla güçlük yaşadığı göz önünde bulundurulduğunda, bu bulgu anlam kazanmaktadır.

Katılımcıların ölçek puanları, yaşlarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmamaktadır. Bu sonuçlar, genç yetişkinlerin duygu düzenlemede güçlük, deneyimsel kaçınma ve psikosomatik belirtileri deneyimleme alanlarında yaşa bağlı olarak farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Literatürdeki çalışmalar duygu düzenleme becerilerinin yaşla birlikte arttığını ve katılımcıların yaşı arttıkça DDZÖ skorlarının (toplam skor ve alt ölçek skorlarının her birinin) düştüğünü göstermektedir (Giromini vd., 2017; Miguel vd., 2016; Orgeta vd., 2009). Literatürdeki bulguların bu örnekleme gözlenmemesi örneklem grubu yaş aralığının 18-26 ile kısıtlı oluşuyla açıklanabilir. Deneyimsel kaçınmaya gelindiğinde, literatürdeki çalışmalar yaştan deneyimsel kaçınma üzerinde bir etkisi olmadığını göstermektedir (Yavuz vd., 2016; Mahoney, Segal ve Coolidge, 2015). Dolayısıyla bu çalışmada deneyimsel kaçınmanın yaşa bağlı olarak değişmemesi literatürle tutarlıdır. Yine psikosomatik belirtilerin yaşa bağlı farklılık göstermeyişi literatürle tutarlıdır (Freund, Knecht ve Wiese, 2014).

Katılımcıların hane halkı toplam geliri grubuna göre ölçek puanlarının nasıl değiştiği incelenmiştir. DDZÖ ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. DDZÖ ölçeğinin alt boyutlarından Açıklık, Dürtü ve Kabul Etmeme alt boyutlarında 0-8,500 TL gelir düzeyine sahip genç katılımcıların diğer gelir gruplarındakilere göre daha yüksek puan almaları dolayısıyla duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadıkları anlaşılmaktadır. ÇBYKÖ için ise Dikkat Dağıtma ve Bastırma ve İnkâr alt boyutlarında hane halkı geliri ile ilişkili eğilimler gözlenmiştir, ancak ÇBYKÖ toplam puanı için gruplar arası bir fark gözlenmemiştir. SDÇÖ ölçeğinin alt boyutlarından Sıklık, Şiddet ve Öfkenin hane halkı gelirine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı fark edilmiştir. Düşük gelir düzeyine sahip genç katılımcılar, Sıklık ve Şiddet alt boyutlarında daha yüksek puanlar almıştır. Farklı çalışmalarda da düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip katılımcıların daha fazla psikosomatik belirti yaşadığı bildirilmektedir (Ladwig vd., 2000; Power, 2002).

Katılımcılar çalışma durumuna bağlı olarak karşılaştırıldığında, DDZÖ toplam puanında farklılık göstermeseler de, çalışan gençlerin, çalışmayanlara kıyasla, duygu düzenleme güçlüğüne Açıklık ve Kabul Etmeme alt boyutlarında daha yüksek ortalama

puanlara sahip olduğu gözlenmiştir. ÇBYKÖ toplam puanı ve alt boyutları için gruplar arası anlamlı bir fark gözlenmemiştir. SDÇÖ alt boyutlarında ise Sıklık, Şiddet ve Depresyon alt boyutlarında da çalışan gençlerin daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar, çalışma durumunun gençlerin duygusal deneyim ve düzenleme süreçlerinde belirli boyutlarda etkili olabileceğini göstermektedir. Çalışan katılımcılar, Duygusal Açıklık ve Kabul Etmeme alt boyutlarında daha yüksek puanlar elde etmiştir. Yani, çalışmakta olan katılımcılar, çalışmayan katılımcılara nazaran duygusal tepkilerini ayırt etme ve Kabul Etmeme daha fazla zorlanmaktadır. Ayrıca, çalışan katılımcıların daha fazla psikosomatik belirti yaşadığı anlaşılmaktadır. Mesleki ve akademik yaşamın zorluklarıyla etkili bir şekilde başa çıkamamak, çalışan öğrencilerin ruh sağlığı ve refahı üzerinde ciddi etkiler yaratabilmektedir (Youssef and Luthans, 2007). Çalışan öğrencilerle yapılan çalışmalar, iş ve akademik yaşamın taleplerini dengelemenin neden olduğu stresin potansiyel olarak tükenmişliğe (Dyrbye et al., 2008) ve depresyona (Njim et al., 2019) yol açabileceğini göstermektedir. Ayrıca çalışan üniversite öğrencilerinin, çalışmayan üniversite öğrencilerine göre psikolojik iyi oluşlarının daha düşük (Kamaratih ve Jamal, 2020), kaygı ve stres seviyelerinin ise daha yüksek olduğunu bulunmuştur (Mounsey, Vandehey ve Diekhoff, 2013). Bu çalışmanın örneklemini üniversite öğrencileri oluşturduğundan, çalışan katılımcıların psikosomatik belirtileri daha fazla deneyimlemeleri ve duygu düzenlemenin çeşitli alt boyutlarında daha fazla zorlanmaları, literatürdeki çalışan öğrencilerin ruh sağlığı ile ilişkili bulguları desteklemektedir.

5.3. Ölçekler Arası Korelasyonların Tartışması

Duygu düzenleme becerilerinde güçlük ve deneyimsel kaçınma düzeyleri anlamlı bir biçimde ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki literatürle uyumludur (Venta, Hart ve Sharp, 2012). DDZÖ'nün Açıklık, Kabul Etmeme, Dürtü ve Stratejiler alt boyutlarının Kaçınma, Erteleme ve Bastırma ve İnkâr alt boyutlarıyla pozitif yönlü, Sıkıntıya Dayanıklılık ile ise negatif yönlü zayıf ilişkileri tespit edilmiştir. Yani bireylerin duygusal tepkilerin anlaşılmasında, duygusal tepkilerini kabul etmede, olumsuz duygu deneyimledikleri sırada dürtülerini kontrol etmede ve etkili olarak algıladıkları duygu düzenleme stratejilerine erişimde güçlük yaşama oranı arttıkça; davranışsal kaçınma, sıkıntı veren durumları erteleme ve sıkıntı veren duygu ve düşünceleri bastırma oranı da artmaktadır. Farkındalık alt boyutunun ise Sıkıntıya Dayanıklılık alt boyutu ile negatif, Bastırma ve İnkâr alt boyutu ile ise pozitif ve zayıf bir ilişkisi bulunmuştur. Hedefler alt boyutunun

Kaçınma, Dikkat ve Erteleme alt boyutlarıyla pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Literatürde ÇBYKÖ ve DDZÖ alt boyutlarının ilişkisini inceleyen emsal bir çalışma bulunmamakla birlikte, deneyimsel kaçınma ve duygu düzenlemede güçlüğün ilişkisi bilindiğinden, alt boyutlar arası kolerasyonun bulunması olağan bir bulgudur. Farkındalık, Kabul Etmeme, Dürtü ve Stratejiler boyutlarının Sıkıntıya Dayanıklılık ile negatif bir ilişkisi olduğu göze çarpmaktadır. ÇBYKÖ'nin Sıkıntıya Dayanıklılık alt boyutunda alınan puan artması, bireylerin sıkıntıya daha dayanıklı olması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, katılımcıların sıkıntıya dayanıklılıkları arttıkça, söz konusu duygu düzenleme becerilerinde daha az güçlük yaşamaktadırlar. Bu bulgu Van Eck, Warren ve Flory (2016)'nin çalışmasının bulguları tarafından desteklenmektedir. Van Eck ve diğerleri (2016), bireylerin sıkıntıya toleranslarının (distress tolerance) azaldıkça, DDZÖ'nün Açıklık, Farkındalık, Kabul Etmeme, Dürtü, Hedefler ve Stratejiler alt boyutlarının arttığını raporlamışlardır.

Duygu düzenleme becerilerinde güçlük, aynı zamanda psikosomatik belirtilerin sıklığı, şiddeti, öncesinde oluşan kaygı, depresiflik ve öfke duygularıyla ilişkili bulunmuştur. Duygu düzenleme becerilerinde güçlüğün alt boyutlarına bakıldığında ise Açıklık, Farkındalık, Dürtü ve Stratejiler alt boyutlarının psikosomatik belirtilerin tüm alt boyutları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Kabul Etmeme alt boyutu da, psikosomatik belirtilerin sıklığı, şiddeti, öncesinde oluşan depresiflik ve öfke duygularıyla ilişkilidir. Bu bulgulara bakarak özellikle duygusal farkındalık eksikliği, duygusal netlik eksikliği, olumsuz duyguları kabul etmeme, etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine erişememe ve dürtüsel davranışlar üzerinde kontrol eksikliği arttıkça, psikosomatik belirtileri deneyimleme sıklığının, şiddetinin ve öncesinde hissedilen öfke ve depresiflik duygularını deneyimlemenin arttığı söylenebilir.

Deneyimsel kaçınma değişkeni de duygu düzenleme becerilerinde güçlüğe benzer şekilde psikosomatik belirtilerin sıklığı, şiddeti, öncesinde oluşan depresiflik, öfke ve kaygı duygularıyla ilişkili bulunmuştur. Deneyimsel kaçınmanın alt boyutları incelendiğinde, Dikkat Dağıtma ile psikosomatik belirti sıklığı ve öncesinde hissedilen öfke arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, katılımcıların dikkat dağıtma yoluyla deneyimsel kaçınma gerçekleştirdiklerinde, psikosomatik belirtilerinin azalma eğilimi olduğunu göstermektedir. Çildağ, Şentürk ve Sargın (2017) tarafından yapılan bir çalışmada; ilaç provokasyon testi yapılan katılımcılarda uygulama sonrası dikkat dağıtıcı görevler verilen katılımcıların, dikkat dağıtıcı görevler verilmeyen

katılımcılara göre anlamlı derecede daha az psikosomatik belirti deneyimlediği kaydedilmiştir. Dikkat Dağıtma genel olarak uyumsuz bir başa çıkma stratejisi olarak görülse de (Carver vd., 1989), Diyalektik Davranış Terapisi (DDT; Linehan, 1993) dikkat dağıtmayı rahatsız edici durumlarla başa çıkmak için geçerli bir strateji olarak ele alır. Bu görüş farklılığı, dikkat dağıtmanın bazı durumlarda uyumsuz iken bazı durumlarda uyumlu bir başa çıkma stratejisi olması ile açıklanabilir. Örneğin DDT’de dikkat dağıtma, kabulün önemi vurgulanarak ele alınır (Linehan, 1993). Bu bağlamda, dikkat dağıtma sıkıntıya tolerans becerisini geliştirmede bir araç olarak kullanılır. Waugh, Shing ve Furr (2020), olumlu dikkat dağıtmanın (kişinin olumlu duyguyu tetikleyen düşünceler düşünerek ve faaliyetlerde bulunarak dikkatini stres kaynağından uzaklaştırması), daha yüksek refah ve olumlu duygular gibi olumlu sonuçlarla pozitif bir ilişkisi olduğunu ve bu pozitif ilişkinin kaçınma kontrol edildiğinde arttığını raporlamışlardır. Dolayısıyla Dikkat Dağıtma, olumlu duyguları tetikleyerek ve sıkıntıya tolerans göstermede bir araç rolü üstlenerek psikosomatik belirtileri azaltıyor olabilir.

Bastırma ve İnkâr alt boyutu psikosomatik belirti sıklığı, şiddeti, psikosomatik belirtilerden önce oluşan depresyon ve öfke duyguları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Yani, bireyler bastırma ve inkâr yollarıyla deneyimsel kaçınma gerçekleştirdikçe, psikosomatik belirtilerinde artış gözlenmektedir. Reyher tarafından yapılan laboratuvar çalışmalarında, bastırma ve psikosomatik belirtiler tekrarlı bir biçimde ilişkili bulunmuştur (Perkins ve Reyher, 1971; Reyher, 1961; Reyher ve Basch, 1970; Sommerschild ve Reyher, 1973). Gambaro ve Rabin (1969), kişilerin psikosomatik belirtilerinin ortaya çıkma olasılığının, bastırma kullandığında daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Sıkıntıya Dayanıklılık alt boyutu ise hem Psikosomatik Belirtiler değişkeninin tüm alt boyutları ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, bireylerin sıkıntıya dayanıklılıkları arttıkça, psikosomatik belirtilerinin arttığına işaret etmektedir. Gürok, Gürok ve Öztürk (2022) tarafından yapılan bir çalışmada sıklıkla stresle ilişkili olarak ortaya çıkan (Konstantinou ve Konstantinou, 2020) kronik spontan ürtiker hastalarının, kontrol grubuna nazaran daha düşük sıkıntıya dayanma (distress tolerance) toplam puanlarına sahip olduğunu belirlemişlerdir. Kaçınma ve Erteleme alt boyutları ise psikosomatik belirtilerin hiçbir alt boyutu ile ilişkili bulunmamıştır. Malobabić, Živković ve Randelović (2019) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada psödonörolojik, kardiyovasküler-solunum, gastrointestinal ve ağrı-kas-iskelet sistemlerine ilişkin şikâyet eğilimi ile erteleme arasında istatistiksel olarak

anlamli pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, çalışmamızın bulgularıyla tutarlı değildir. Malobabić, Źivković ve Randelović (2019), alışmasında Psikosomatik Belirtiler öleđi (Psychosomatic Symptoms Scale-PSS; Vulić-Prtorić, 2005) ve Erteleme Deđerlendirme öleđi (Procrastination Assessment Scale- PASS; Solomon ve Rothblum, 1984)'den faydalanmıştır. Bulguların tutarsızlığının altında yatan sebep, farklı ölüm materyalleri kullanılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Sonuç olarak, Bastırma ve İnkâr, Sıkıntıya Dayanıklılık ve Dikkat Dağıtma alt boyutları psikosomatik belirtilerin anlaşılmasında önemli rol oynayan faktörler olarak ortaya çıkmaktadır.

5. 4. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Yapısal Eşitlik Modelinin Tartışması

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, modelde kullanılan bazı faktörler istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Duygu Düzenlemede Güçlük, Deneyimsel Kaçınma ve Psikosomatik Belirtiler gizil değerışkenlerinin birlikte oluşturduğu yapının incelendiği modelde, Erteleme ve Davranışsal Kaçınma faktörleri Deneyimsel Kaçınma gizil değerışkenini, Hedefler faktörü Duygu Düzenlemede Güçlük gizil değerışkenini, Kaygı değerışkeni ise Psikosomatik Belirtiler gizil değerışkenini anlamlı bir biçimde etkilememektedir. Bu bulgu, fiziksel rahatsızlık ve sıkıntıdan kaçınma davranışlarının, beklenen bir sıkıntının ertelenmesine yönelik harcanan çabanın, hedefe yönelik davranışlarda bulunmada güçlük yaşamanın ve psikosomatik bir belirti deneyimlerken hissedilen kaygı duygusunun modelde anlamlı olmadığını göstermektedir. Anlamlı olan faktörlere baktığımızda; Açıklık, Farkındalık, Dürtü ve Kabul Etmeme faktörlerinin Duygu Düzenlemede Güçlük gizil değerışkenini anlamlı bir biçimde etkilediği gözlemlenmektedir. Bu bulgu, duygusal olarak açık olma, duyguları fark etme, olumsuz duygular altında dürtüsel davranışları kontrol etme ve duygusal tepkileri kabul etmede güçlük yaşamanın modelde anlamlı olduğunu göstermektedir. Mazaheri (2015)'in yaptığı çalışmada, gastrointestinal belirtileri bağımsız olarak yordayan duygu düzenleme güçlüklerinin Hedefler ve Dürtü faktörleri olduğu raporlanmıştır. Bu farklılık dikkate değerdir. Mazaheri'nin çalışmasının örneklemi fonksiyonel gastrointestinal bozukluk tanısı almış, 18-70 yaş aralığında klinik bir örneklemdir (Mazaheri, 2015). Söz konusu farklılık çalışmaların örneklemler farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Dikkat Dağıtma ve Baskılama ile Sıkıntıya Dayanıklılık faktörleri ise, Deneyimsel Kaçınma gizil değerışkenini

anlamalı bir biçimde etkilemektedir. Bu bulgu, sıkıntının yok sayılmasının, baskılanmasının ve sıkıntılı deneyimler karşısında etkili bir şekilde davranamamanın modelde anlamalı olduğunu göstermektedir. Son olarak, Sıklık, Şiddet ve Depresiflik değişkenleri, Psikosomatik Belirtiler gizil değişkenini anlamalı bir şekilde etkilemektedir. Yani psikosomatik belirtilerin sıklığı, şiddeti ve öncesinde hissedilen depresif duygular modelde anlamlıdır.

Yapısal eşitlik modeli sonuçlarına göre, Duygu Düzenlemede Güçlükler gizil değişkeni genç yetişkinlerin psikosomatik belirtiler seviyesini önemli ölçüde yordamaktadır. Duygu düzenlemede güçlüğü psikosomatik belirtileri yordaması Mazaheri'nin (2015) çalışması ile paralellik göstermektedir. Ancak hem duygu düzenleme becerilerinde güçlük hem de deneyimsel kaçınma değişkenlerinin psikosomatik belirtileri yordama gücünü aynı modelde inceleyen emsal bir çalışma bulunmamaktadır. Duygu Düzenlemede Güçlükler gizil değişkeninin Açıklık, Farkındalık, Dürtü ve Kabul Etmeme faktörleri, genç yetişkinlerin psikosomatik belirtilerinin şiddetini, öncesinde hissedilen öfke ve depresiflik duygularını pozitif yönlü etkilemektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak duygu düzenleme becerilerinde güçlük yaşamının genç yetişkinlerdeki psikosomatik belirtilerini artırma eğiliminde olduğunu söylemek mümkündür. Doğrulayıcı faktör analizinde sadece belirli gözlenebilir değişkenlerin anlamalı bulunması, psikosomatik belirtilerin tahmin edilmesinde özellikle önem verilmesi gereken faktörleri vurgulamaktadır. Duygusal olarak açık olma, duyguları fark etme, olumsuz duygular altında dürtüsel davranışları kontrol etme ve duygusal tepkileri kabul etmede güçlük yaşama ve duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim psikosomatik belirtilerin ortaya çıkmasında kilit rol oynayan faktörlerdir.

Deneyimsel Kaçınma ($\beta=0,05$, $p=0,67$) gizil değişkeninin Psikosomatik Belirtiler değişkeni üzerinde anlamalı bir etkisi olmadığı gözlenmiştir. Bu da, Deneyimsel Kaçınma değişkeninin alt boyutlarının, psikosomatik belirtileri yordadığı hipotezinin doğrulanmadığı anlamına gelmektedir. Deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtileri yordamaması ise Molaei Pardh, Karami ve Moradi'nin (2022) çalışması ile tutarsızlık göstermektedir. Deneyimsel kaçınmanın pek çok psikopatolojinin kaynağı olması ve Molaei Pardh, Karami ve Moradi'nin (2022)'nin bulgularından yola çıkarak bu çalışmada psikosomatik belirtileri yordayabileceği öngörülmüştür. Ancak bu hipotez doğrulanmamıştır. Molaei Pardh ve diğerlerinin (2022) çalışmasında psikosomatik belirtileri ölçmek için Belirti Tarama Listesi-90 (Symptom Checklist -90), deneyimsel

kaçınmayı ölçmek için ise Kabul ve Eylem Formu'ndan (Acceptance and Action Questionnaire-AAQ) faydalanmıştır. Bulguların farklı oluşu, farklı ölçüm materyallerinden kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanında, Molaei Pardh ve diğerlerinin (2022) çalışmasının örneklemini Ulusal Güney İran Petrol Şirketi çalışanları iken, bizim çalışma örnekleminiz 18-26 yaş aralığındaki üniversite öğrencileridir. Dolayısıyla, örneklem farklılığı da bulguların tutarsız oluşunun bir sebebi olabilir. Değinilmesi gereken önemli bir nokta ise, Molaei Pardh ve diğerlerinin (2022) çalışmasında deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtiler üzerindeki yordayıcı rolü basit bir doğrusal regresyonla test edilmiştir. Bizim araştırmamızda ise, deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtiler üzerindeki yordayıcı rolü, duygu düzenleme becerilerinde güçlükler ile birlikte test edilmiştir. Bazı duygu düzenleme girişimlerinin, deneyimsel kaçınma işlevi olabileceği bilinmektedir (Kring ve Sloan, 2010). Bu sebeple duygu düzenlemede güçlükler ile aynı modelde değerlendirilen deneyimsel kaçınma, anlamlılığını yitirmiş olabilir.

Aleksitimi değişkeni kontrol değişkeni olarak modele eklendiğinde, deneyimsel kaçınma ve duygu düzenlemede güçlüğü psikosomatik belirtiler üzerindeki etkisinde bir değişiklik olmamakla birlikte, duygu düzenlemede güçlüğü model üzerindeki etkisi artmıştır. Bu da, aleksitimi değişkeni kontrol edildiğinde, duygu düzenlemede güçlüğü psikosomatik belirtileri daha iyi yordadığını göstermektedir. Ayrıca, aleksitimi değişkeninin modele etkisinin negatif olduğu gözlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar, aleksitiminin psikosomatik belirtilerle ilişkili olduğuna işaret etmektedir (De Gucht ve Heiser, 2003; Rief ve Broadbent, 2007; Taylor vd., 1992). Farklı çalışmalar aleksitiminin psikosomatik belirtileri yordadığını raporlamışlardır (Larkin vd., 2023; Bach ve Bach, 1995). Ancak söz konusu çalışmalar psikosomatik belirtilerin sıklığını ve şiddetini dikkate almaktadırlar. Bu çalışmada ise psikosomatik belirtileri ölçmek adına Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği kullanılmaktadır. Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği'nde, katılımcıların psikosomatik şikâyetleri sırasında deneyimledikleri duyguları belirtmeleri beklenmektedir. Bu da katılımcıların duygularını tanımlamasını ve ayırt etmesini içermektedir. Borckardt ve diğerleri (2000), psikosomatik şikâyetlerle birlikte kişilerin içinde bulundukları duyguları belirtmelerinin, bedensel belirti bozukluklarının tanımlanmasında önem arzeden belirtileri yorumlama biçiminin anlaşılmasına katkı sağlayabileceğini öne sürmektedir. Aleksitimi düzeyleri arttıkça duygularını tanımakta ve fark etmekte zorlanan katılımcılar, psikosomatik belirtilerin alt boyutları olan depresif

duygu ve öfke boyutlarında düşük puanlar almışlardır. Bu etki kontrol edildiğinde, duygu düzenleme becerilerinde güçlüğün psikosomatik belirtiler üzerindeki etkisi daha net bir biçimde açığa çıkmaktadır.

5.4. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu sınırlılıklardan ilki, çalışmanın genç yetişkin örnekleminin Beykoz Üniversitesi öğrencileri ile sınırlı olmasıdır. Beykoz Üniversitesi öğrencilerinden katılımcıların hepsi lisans veya yüksek lisans öğrencisi olduğundan eğitim seviyesi anlamında belirli bir örnekleme temsil etmektedir. Katılımcıların çoğunluğu öğrencilik durumları devam ettiği için çalışmamaktadır. Eğitimine üniversitede devam etmeden çalışan ve işsiz gençlerin örnekleme dâhil edilmesiyle evreni daha iyi temsil eden bir örnekleme sahip olunabilir.

Çalışmanın ikinci bir sınırlılığı ise ölçeklerin ve soru sayısının fazla olması sebebiyle bazı katılımcıların ölçekleri tamamlamaması ve sıkıldıklarını ifade etmeleridir. Yapılan çalışmalar can sıkıntısı sebebiyle katılımcıların hıza doğruluktan daha fazla öncelik vererek bu görevde acele etmesine neden olduğunu göstermiştir (Bieleke vd., 2021). Bu durum çalışmanın doğruluğunu etkilemiş olabilir. Özellikle modelden çıkarılan faktörlerin anlamlı sonuç vermemesinin sebebi, her ne kadar ölçeklerin Cronbach Alpha değerleri uyumlu olsa da, katılımcıların ölçeği doldururken doğruluğuna dikkat etmemiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Ölçeklerin varsa kısa formları kullanılarak bu durum engellenebilir.

Çalışmanın başka bir sınırlılığı ise verilerin öz bildirim ölçekleri ile elde edilmiş olmasıdır. Bilimsel araştırmalarda öz bildirim ölçeklerinin kullanılmasının çeşitli dezavantajları bulunmaktadır. Bunlardan biri, hatırlama yanlılığıdır. Hatırlama yanlılığı, katılımcıların geçmiş deneyimleri veya davranışları doğru bir şekilde hatırlamak ve raporlamakta zorlanmaları ile ortaya çıkmaktadır (Coughlin, 1990). Bir başka yanıt yanlılığı ise, katılımcının algılanan toplumsal normlara veya araştırmacı beklentilerine uymak için yanlış veya sosyal açıdan arzu edilen bilgileri sağlamasıyla ortaya çıkan toplumsal cazibe yanlılığıdır (Crowne and Marlowe, 1960). Ek olarak, öz-bildirim verileri subjektif olmaları sebebiyle, katılımcıların yorumlarına açıktılar. Bu da hatalı yorumlama riskini ortaya çıkarmaktadır (Northrup, 1996). Öz bildirim ölçekleri yerine

klirik görüşmeye dayalı değerlendirmelerin yapılması, söz konusu dezavantajların ortasadan kaldırılmasını sağlayacaktır.

5.5. Gelecek çalışmalara neriler

Bu araştırma, duygu düzenleme becerileri ve deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisini araştıran ilk araştırmadır. Bulguları büyük oranda literatürle paralel olmakla birlikte, Mazeheri'nin çalışmasında duygu düzenleme becerilerini yordamada Açıklık, Farkındalık, Dürtü ve Kabul Etmeme yerine Dürtü ve Hedefler faktörlerinin ne çıkması (Mazeheri, 2015) ve demografik özelliklerin ölçek puanlarında oluşan bazı gruplararası farklılık bulguları literatürden farklılaşmaktadır. Bu sebeple gelecek çalışmalarda bu farklılıklara sebep olabilecek muhtemel bireysel değişkenler incelenmelidir.

5.6. Sonuç

Bu araştırma, deneyimsel kaçınma ve duygu düzenleme becerilerinde güçlüğün psikosomatik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisini yapısal eşitlik modeli ile incelemiştir. Araştırmanın bulguları, belirli duygu düzenleme becerilerinde güçlüklerin psikosomatik belirtileri yordadığını göstermektedir. Duygu düzenleme güçlüklerinden duygusal açıklığa sahip olmama, duyguları fark etmede güçlük, olumsuz duygular altında dürtüsel davranışları kontrol edememe, duygusal tepkileri kabul etmede güçlük yaşama ve etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine erişimde güçlük psikosomatik belirtileri yordamaktadır. Bunun yanında, her ne kadar deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtiler üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir yordama etkisi bulunmasada da, Dikkat, Sıkıntı ve Bastırma ve İnkâr alt boyutlarının psikosomatik belirtilerle ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırmanın bulgularının psikolojinin uygulamalı alanlarına katkı sağlaması beklenmektedir. Psikosomatik belirtileri yordadığı belirlenen duygu düzenleme güçlüklerinin tanımlanması, bireylerin duygusal refahını iyileştirmeyi ve psikosomatik belirtileri azaltmayı amaçlayan tedavi yöntemlerine rehberlik edebilir. Diyaletik davranış terapisi (DDT), kabule dayalı davranış terapisi (KDDT), duygusal ve kişilerarası

düzenleme beceri eğitimi (DKDBE) ve birleşik protokol (BP) kapsamlı bir tedavinin bir bileşeni olarak duygu düzenlemeyi hedefleyen tedavi yöntemleridir (Gratz, Weiss ve Tull, 2015). Duygu Düzenleme Terapisi ve duygu düzenleme beceri eğitimi ise doğrudan duygu düzenlemeyi iyileştirmeyi hedefleyen tedavi yöntemleridir. Çeşitli çalışmalar DDT'nin duygusal açıklık (Axelrod, vd., 2011), Kabul Etmeme (Keuthen vd., 2012), farkındalık (Axelrod, vd., 2011) sıkıntılı durumlarda davranışları kontrol etme yeteneği (Axelrod, vd., 2011; Neacsiu vd., 2014) ve duyguları düzenlemek için etkili stratejilere erişim (Axelrod, vd., 2011; Safer ve Jo, 2010; Telch, Agras ve Linehan, 2000; Keuthen vd., 2012; Neacsiu vd., 2014) duygu düzenleme boyutlarını iyileştirmede etkili olduğunu bulmuştur. Başka bir tedavi yöntemi olan DKDBE'nin de duygu düzenlemenin açıklık ve modülasyon boyutları üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir (Cloitre vd., 2002). Başka bir çalışmanın sonuçları KDDT'nin duygu düzenlemede tümünden bir iyileşmenin yanı sıra duygusal kabul üzerinde olumlu etkilerini göstermiştir (Treanor vd., 2011). Bp tedavisini tamamlayanları inceleyen bir ön çalışmanın sonuçları ise, tedavi öncesinden sonrasına kadar duygu düzenleme stratejilerinde ve duygusal kabulde büyük iyileşmeler bulmuştur (Sauer-Zavala vd., 2012). Duygu düzenleme becerilerini geliştirmede etkili olduklarını kanıtlayan bu tedaviler, psikosomatik belirtilerin tedavisinde faydalı olabilir. Özellikle DDT, psikosomatik belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olduğu belirlenen tüm boyutlarda sağladığı iyileşmeyle, psikosomatik belirtilerin tedavisinde umut vadeci bir terapi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Gratz, Weiss ve Tull, 2015). Ayrıca, çalışmamız deneyimsel kaçınmanın psikosomatik belirtilerle pozitif ilişkili olduğunu bulmuştur. Bulgular, özellikle Dikkat Dağıtma, Sıkıntıya Dayanıklılık, Bastırma ve İnkâr alt boyutlarının psikosomatik belirtiler ile ilişkisinin altını çizmektedir. Her ne kadar deneyimsel kaçınma psikosomatik belirtilerin ortaya çıkışının bir yordayıcı olmasa da bu faktörlerin psikosomatik belirtilerle ilişkisi, psikosomatik şikâyetlerin tedavisinde potansiyel bir faktör olarak deneyimsel kaçınmanın ele alınmasına rehberlik edebilir. Yapılan çalışmalar, geleneksel BDT temelli yaklaşımların yanında mindfulness ve kabul temelli davranışsal müdahalelerin de deneyimsel kaçınmanın azaltılmasında etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışma bulgularında duygu düzenlemede güçlüğü, psikosomatik belirtilerin ortaya çıkışını yordadığı öne çıkmaktadır. Bu bulgu, literatürdeki örneklerle de desteklenmektedir (örn. Mazeheri, 2015). Özellikle Duygu Düzenlemede Güçlükler gizil değişkeninin Açıklık, Farkındalık, Dürtü, Stratejiler ve Kabul Etmeme alt boyutlarının

psikosomatik belirtileri yordadığı gözlenmiştir. Bu da, tedavi için başvuran danışanlarda söz konusu duygu düzenleme becerilerinde güçlüklerin tespitinin, gelecekte psikosomatik belirtilerin ortaya çıkabileceğine dair bir işaret olduğu anlamına gelmektedir. Bu anlamda yordayıcı faktörlerin biliniyor oluşu, psikosomatik şikâyetler ortaya çıkmadan önce duygu düzenlemede güçlüklerin tedavide hedef alınmasını sağlayarak, psikosomatik belirtilere karşı önlem alınmasını sağlayabilir.

Genel olarak bu çalışma, duygusal düzenlemede güçlük, deneyimsel kaçınma ve psikosomatik belirtiler arasındaki karmaşık etkileşimin daha kapsamlı anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır. Deneyimsel kaçınma ve duygu düzenlemede güçlüğü psikosomatik belirtiler üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışma literatürde henüz yoktur. Çalışmamız, bu konuda yapılabilecek gelecek çalışmalara ışık tutacaktır. Bu çalışmanın bulguları, psikosomatik belirtileri hafifletmek ve bu belirtileri yaşayan bireylerin genel yaşam kalitesini iyileştirmek için hedeflenen müdahalelerin, önleyici stratejilerin ve terapötik yaklaşımların şekillendirilmesinde rehberlik edebilir.

KAYNAKÇA

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., ve Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation Strategies Across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton.
- Alexander, F., French, T. M., ve Pollock, G. H. (1968), *Psychosomatic Specificity, Vol. I: Experimental Study and Results*. Chicago: University of Chicago Press.
- Allen, L. A., Gara, M. A., Escobar, J. I., Waitzkin, H., ve Silver, R. C. (2001). Somatization: a debilitating syndrome in primary care. *Psychosomatics*, 42(1), 63-67.
- Allen, M. T. (2021). An exploration of the relationships of experiential avoidance (as measured by the AAQ-II and meaQ) with negative affect, perceived stress, and avoidant coping styles. *PeerJ*, 9. doi:10.7717/peerj.11033
- Alonso, J., Angermeyer, M., & Lepine, J. (2004). The European study of the epidemiology of Mental Disorders (esemed) project: An epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(S420), 5-7. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00325.x
- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Primary care version*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)*. (E. Köroğlu, Çev.) (Beşinci Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, L. M., Reilly, E. E., Gorrell, S., Schaumberg, K., ve Anderson, D. A. (2016). Gender-based differential item function for the difficulties in emotion regulation

- scale. *Personality and Individual Differences*, 92, 87–91.
doi:10.1016/j.paid.2015.12.016
- Arbeitskreis OPD. (2009). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (2nd ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Auerbach, R. P., Abela, J. R. Z. ve Ho, M. R. (2007). Responding to symptoms of depression and anxiety: Emotion regulation, neuroticism, and engagement in risky behaviors. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2182-2191.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K. ve Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37, 37-42.
- Bach, M. ve Bach, D. (1995). Predictive Value of Alexithymia: A Prospective Study in Somatizing Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(1), 43–48.
doi:10.1159/000288989
- Baer, R. A. (2007). Mindfulness, assessment, and transdiagnostic processes. *Psychological Inquiry*, 18, 238–242. doi:10.1080/10478400701598306.
- Bagby, R. M., Taylor G. J. ve Parker J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 33-40.
- Bentler, P.M. ve Bonnet, D.C. (1980). Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- Bieleke, M., Barton, L., ve Wolff, W. (2021). Trajectories of boredom in self-control demanding tasks. *Cognition & Emotion*, 35(5), 1018–1028. doi: 10.1080/02699931.2021.1901656
- Bilge, Y., ve Tütüncü, N. (2020). Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 12, 180–194. <https://doi.org/10.18863/pgy.748557>

- Bohman, H., Låftman, S. B., Cleland, N., Lundberg, M., Päären, A., & Jonsson, U. (2018). Somatic symptoms in adolescence as a predictor of severe mental illness in adulthood: A long-term community-based follow-up study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1). doi:10.1186/s13034-018-0245-0
- Bonnie, R. J., Stroud, C., ve Breiner, H. (Eds.). (2014). *Investing in the health and well-being of young adults*. National Academies Press, Washington, USA.
- Borckardt, J. J., Younger, J. W., Adams, B. J. ve Nash, M. R. (2000) Toward a better understanding of the relationship between somatization and hypnotizability. *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*, Seattle, WA.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., ve Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. M. Kring ve D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (ss. 107–136). The Guilford Press.
- Bransfield, R. C., ve Friedman, K. J. (2019). Differentiating psychosomatic, somatopsychic, multisystem illnesses, and medical uncertainty. *Healthcare*, 7(4), 114. doi:10.3390/healthcare7040114
- Brill, S. R., Patel, D. R., ve MacDonald, E. (2001). Psychosomatic disorders in pediatrics. *The Indian Journal of Pediatrics*, 68(7), 597–603. doi:10.1007/bf02752270
- Brooks, S. J., Feldman, I., Schiöth, H. B., ve Titova, O. E. (2021). Important gender differences in psychosomatic and school-related complaints in relation to adolescent weight status. *Scientific Reports*, 11(1). doi:10.1038/s41598-021-93761-0
- Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130, 793–812.
- Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. A., Kemp, S., . . . Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), 178–183. doi:10.1016/j.yebeh.2013.07.019

- Bruehl, S., Chung, O. Y., Burns, J. W. ve Diedrich, L. (2007). Trait anger expressiveness and pain-induced beta-endorphin release: support for the opioid dysfunction hypothesis. *Pain*, 130, 208–215. doi: 10.1016/j.pain.2006.11.013
- Bruehl, S., Liu, X., Burns, J. W., Chont, M. ve Jamison, R. N. (2012). Associations between daily chronic pain intensity, daily anger expression, and trait anger expressiveness: an ecological momentary assessment study. *Pain*, 153, 2352–2358. doi: 10.1016/j.pain.2012.08.001
- Burger, A. J., Lumley, M. A., Carty, J. N., Latsch, D. V., Thakur, E. R. . . . Hyde-Nolan, M. E. (2016) The effects of a novel psychological attribution and emotional awareness and expression therapy for chronic musculoskeletal pain: A preliminary, uncontrolled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 81, 1–8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.12.003
- Burns, J. W., Gerhart, J. I., Bruehl, S., Peterson, K. M., Smith, D. A. . . . Porter, L. S. (2015). Anger arousal and behavioral anger regulation in everyday life among patients with chronic low back pain: Relationships to patient pain and function. *Health Psychology*, 34, 547–555. doi: 10.1037/hea0000091
- Burns, J. W., Gerhart, J. I., Bruehl, S., Post, K. M., Smith, D. A. . . . Porter, L. S. (2016). Anger arousal and behavioral anger regulation in everyday life among people with chronic low back pain: Relationships with spouse responses and negative affect. *Health Psychology*, 35, 29–40. doi: 10.1037/hea0000221
- Burns, J. W., Quartana, P. ve Bruehl, S. (2011). Anger suppression and subsequent pain behaviors among chronic low back pain patients: moderating effects of anger regulation style. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 42–54. doi: 10.1007/s12160-011-9270-4
- Byrne, B.M. (1998). Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic Concepts, Applications and Programming. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cerni-Obrdalj, E., Gabor, B. C., Pivić, G., Zalihić, A., Mujanović, O. B. ve Rumboldt, M. (2010). Association between psychosomatic and traumatic symptoms in early adolescence. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 301-303.

- Charis, C. ve Panayiotou, G. (Ed.). (2018). *Somatoform and Other Psychosomatic Disorders: A Dialogue Between Contemporary Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy Perspectives*. Cham: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-89360-0
- Chawla, N., ve Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. doi:10.1002/jclp.20400
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. ve Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
- Çildağ, S., Şentürk, T., Sargın, G. (2017) The effects of distraction on symptoms during drug provocation test. *Clujul Medical*, 90(1), 18-21. doi: 10.15386/cjmed-688.
- De Gucht, V. ve Maes, S. (2006). Explaining medically unexplained symptoms: Toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 349–352. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.01.
- De Gucht, V., Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425-434.
- Deary, V., Chalder, T. ve Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781-797. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.002
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A.... Harper, W. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149, 334–341. doi: 10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008
- Eisenberg, N., Hofer, C. ve Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In Gross, James J. (Ed). (2007). *Handbook of emotion regulation*. (287-306). New York, NY, US: Guilford Press.
- Engel, B. T., ve Bickford, A. F. (1961) Response specificity: Stimulus-response and

- individual-response specificity in essential hypertensives. *Archives of General Psychiatry*, 5, 478-489.
- Erber, R., Wegner, D. M., ve Therriault, N. (1996). On being cool and collected: Mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 757–766. doi:10.1037/0022-3514.70.4.757
- Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., ve Barlow, D. H. (2020). Experiential Avoidance as a Mechanism of Change Across Cognitive-Behavioral Therapy in a Sample of Participants with Heterogeneous Anxiety Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 275–286. doi:10.1007/s10608-019-10063-6
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., ve Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1966). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. (J. Strachey, Ed.) (Repr.). London: Hogarth Press.
- Freund, A. M., Knecht, M., ve Wiese, B. S. (2014). Multidomain engagement and self-reported psychosomatic symptoms in middle-aged women and men. *Gerontology*, 60(3), 255–262. doi:10.1159/000358756
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C. ve Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692-713. <https://doi.org/10.1037/a0023242>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35–45. doi:10.1037/a0034473
- Ghadery, C., Valli, M., Mihaescu, A., Strafella, R., Navalpotro, I., Kim, J. ve Strafella, A. P. (2018). Molecular Imaging of Addictive Behavior in Idiopathic

Parkinson's Disease. *International Review of Neurobiology*, 141, 365-404
doi:10.1016/bs.irn.2018.07.030

Giromini, L., Ales, F., de Campora, G., Zennaro, A., ve Pignolo, C. (2017). Developing Age and Gender Adjusted Normative Reference Values for the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4), 705–714. doi:10.1007/s10862-017-9611-0.

Gitlin, D. F. (2004). Psychosomatic Medicine: A New Psychiatric Subspecialty. *Academic Psychiatry*, 28(1), 4-11. doi:10.1176/appi.ap.28.1.4

Gottlieb, R. M. (2003). Psychosomatic Medicine: The Divergent Legacies of Freud and Janet. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(3), 857-881. doi:10.1177/00030651030510031001

Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.

Gratz, K. L., Weiss, N. H., ve Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology*, 3, 85–90. doi:10.1016/j.copsyc.2015.02.010

Gross, J. J. ve Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* içinde (ss. 3-24). New York: The Guilford Press.

Gross, J. J. ve Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In Gross, James J. (Ed). (2007). *Handbook of emotion regulation*. (3-24). New York, NY, US: Guilford Press.

Gul, A. ve Ahmad, H. (2014). Cognitive deficits and emotion regulation strategies in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a task-switching study. *Epilepsy & Behavior*, 32, 108–113. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.01.015

- Güleç, H. ve Yenel, A. (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Journal of Clinical Psychology*, 13(3), 108-112.
- Güleç, H., Köse, S., Güleç, M. Y., Çitak, S., Evren, C., Borckardt, J. ve Sayar, K. (2009). Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19(3), 214-220.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., ve Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Hayes-Skelton, S. A., ve Eustis, E. H. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (ss. 115–131). American Psychological Association. doi:10.1037/0000150-007
- Henningsen, P., Zipfel, S. ve Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369(9565), 946-955. doi:10.1016/S0140-6736(07)60159-7
- Hiller, W., Rief, W. ve Brähler, E. (2006). Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 704-712. doi:10.1007/s00127-006-0082-y
- Hiller, W., ve Fichter, M. M. (2004). High utilizers of medical care. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 437-443. doi:10.1016/s0022-3999(03)00628-7

- Hu, L.T. ve Bentler, P.M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives, *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., ve Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114(2), 341-362. doi:10.2466/03.20.pr0.114k22w4
- Huang, W. L., Liao, S. C., Yang, C. C., Kuo, T. B., Chen, T. T., Chen, I. M. ve Gau, S. S. (2017). Measures of Heart Rate Variability in Individuals With Somatic Symptom Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 79(1), 34-42. doi: 10.1097/PSY.0000000000000362.
- Jacobi, F., Wittchen, H., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611. doi:10.1017/s0033291703001399
- Kamaratih, D. ve Jamal, S. (2020). Description of Psychological Well-Being of Working Student in Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 436, 1017-1019. doi: 10.2991/assehr.k.200529.213.
- Kaur, A., Kailash, S. Z., Sureshkumar, K., Sivabackiya, C. ve Niha, R. (2022) Gender differences in emotional regulation capacity among the general population. *IAIM*, 9(1), 22-28.
- Keefe, F. J., Abernethy, A. P., ve C. Campbell, L. (2005). Psychological Approaches to Understanding and Treating Disease-Related Pain. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 601–630. doi:10.1146/annurev.psych.56.0911
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., . . . Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523. doi:10.1056/nejmsa043266

- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Fama, J., Altenburger, E., Falkenstein, M. J., Sprich, S. E., Kearns, M., Meunier, S., Jenike, M. A. ve Welch, S. S. (2012). DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions, 1*, 106-114.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*(7), 709. doi:10.1001/archpsyc.60.7.709
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., ve Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 107*, 38–45. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.02
- Konstantinou, G. N. ve Konstantinou, G. N. (2020). Psychological Stress and Chronic Urticaria: A Neuro-immuno-cutaneous Crosstalk. A Systematic Review of the Existing Evidence. *Clinical Therapeutics, 42*(5), 771-782. doi: 10.1016/j.clinthera.2020.03.010
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion, 23*, 4-41.
- Kosmala-Anderson, J. ve Wallace, L. (2007). Gender differences in the psychosomatic reactions of students subjected to examination stress. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 5*, 325-348.
- Kring, A. M. ve Sloan, D. M. (Ed.). (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- Kroenke, K., ve Spitzer, R. L. (1998). Gender Differences in the Reporting of Physical and Somatoform Symptoms. *Psychosomatic Medicine, 60*(2), 150–155. doi:10.1097/00006842-199803000-00006
- Kurlansik, S. L. ve Maffei, M. S. (2016). Somatic Symptom Disorder. *American Family Physician, 93*(1), 49-54.
- Lacey, J. I., Bateman, D. E., ve Van Lehn, R. (1953). Autonomic response specificity: An experimental study. *Psychosomatic Medicine, 15*, 8-21.

- Lachman, M. E. (2001). Psychology of Adult Development. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, 135–139. doi:10.1016/b0-08-043076-7/01650-8
- Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Formanek, B. ve Dammann, G. (2000) Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiol*, 16, 511–518
- Langer, A. ve Lawrence, E. (2010). Emotion Regulation and Experiential Avoidance In Intimate Partner Violence. F. Columbus (Ed.), *Advances in Psychology Research* içinde (C. 70, ss. 73-101). New York: Nova Science.
- Larkin, F., Ralston, B., Dinsdale, S. J., Kimura, S. ve Hayiou-Thomas, M. E. (2023). Alexithymia and intolerance of uncertainty predict somatic symptoms in autistic and non-autistic adults. *Autism*, 27(3), 602-615. doi: 10.1177/13623613221109717
- Levy, R. L., Jones, K. R., Whitehead, W. E., Feld, S. I., Talley, N. J., ve Corey, L. A. (2001). Irritable bowel syndrome in twins: Heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology*, 121(4), 799–804. doi:10.1053/gast.2001.27995
- Liao, S. C., Ma, H. M., Lin, Y. L., Huang, W. L. (2019) Functioning and quality of life in patients with somatic symptom disorder: The association with comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 90, 88-94. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.02.004.
- Lischetzke, T., ve Eid, M. (2003). Is Attention to Feelings Beneficial or Detrimental to Affective Well-Being? Mood Regulation as a Moderator Variable. *Emotion*, 3(4), 361–377. doi:10.1037/1528-3542.3.4.361
- Lobo, A., Lozano, M. ve Diefenbacher, A. (2007). Psychosomatic Psychiatry: A European View. *European Journal of Psychiatry—EUR J PSYCHIAT*, 21. doi:10.4321/S0213-61632007000200007

- Lundh, L.-G. ve Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, Emotion, and Somatic Complaints. *Journal of Personality*, 69(3), 483–510. doi:10.1111/1467-6494.00153
- Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 250–262. doi:10.1037/a0032360
- MacCallum, R.C., Browne, M.W. ve Sugawara, H., M. (1996). Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling, *Psychological Methods*, 1(2), 130-49.
- Mahoney, C. T., Segal, D. L., ve Coolidge, F. L. (2015). Anxiety sensitivity, experiential avoidance, and mindfulness among younger and older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 81(4), 217–240. doi:10.1177/0091415015621309
- Malobabić, M., Živković, D. ve Randelović, N. (2019). The severity of psychosomatic problems and procrastination in students. *Facta Universitatis, Series: Teaching, Learning and Teacher Education*, 3(2), 109–119. doi: 10.22190/FUTLTE1902109M
- Masson, P. C., Von Ranson K., M., Wallace, L. M, Safer, D. L. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 723-728.
- Mayorga, N. A., Manning, K. F., Garey, L., Viana, A. G., Ditre, J. W., ve Zvolensky, M. J. (2022). The role of experiential avoidance in terms of fatigue and pain during COVID-19 among latinx adults. *Cognitive Therapy and Research*, 46(3), 470-479. doi:10.1007/s10608-022-10292-2
- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K. ve Sharpe, M. (2005). Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 847-855. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.847
- McNamara, J. R. (Ed.). (1979). *Behavioral Approaches to Medicine*. Boston, MA:

- Miguel, F. K., Giromini, L., Colombarolli, M. S., Zuanazzi, A. C., ve Zennaro, A. (2016). A Brazilian investigation of the 36- and 16- item difficulties in emotion regulation scales. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1146-1159. doi:10.1002/jclp.22404.
- Miles, J. ve Shevlin, M. (1998). Effects of sample size, model specification and factor loadings on the GFI in confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 25, 85-90.
- Molaei Pardh, A., Karami, J., ve Moradi, A. (2022). Role of experiential avoidance and alexithymia in the prediction of psychosomatic disorder among the employees at National Iranian South Oil Company. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 30(2), 63-70. doi:10.52547/sjimu.30.2.63
- Mounsey, R., Vandehey, M. ve Diekhoff, G. (2013). Working and Non-Working University Students: Anxiety, Depression, and Grade Point Average. *College Student Journal*, 47, 379-389.
- Neacsiu A. D., Eberle, J., Kramer, R., Wiesmann, T and Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40-51.
- Neumann, A., van Lier, P. A. C., Gratz, K. L., ve Koot, H. M. (2009). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation Difficulties in Adolescents Using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, 17(1), 138–149. doi:10.1177/1073191109349579
- Neumann, E., Sattel, H., Gündel, H., Henningsen, P., ve Kruse, J. (2015). Attachment in Romantic Relationships and Somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 101–106. doi:10.1097/nmd.0000000000000241
- Njim, T., Mbanga, C. M., Tindong, M., Fonkou, S., Makebe, H.... Toukam, L. (2019). Burnout as a correlate of depression among medical students in Cameroon: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(5), e027709. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027709

- Northrup, D. A. (1997). *The Problem of the Self-Report In Survey Research*. Toronto: York University Institute for Social Research.
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., ve Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(6), 1-29. doi: 10.1371/journal.pone.0217277
- Orgeta, V. (2009). Specificity of age differences in emotion regulation. *Aging & Mental Health*, 13(6), 818–826. doi:10.1080/13607860902989661
- Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K. L., Sy, J. T., ve Björgravinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 206-216. doi:10.1016/j.comppsy.2014.09.006
- Park, M. J., Paul Mulye, T., Adams, S. H., Brindis, C. D., & Irwin, C. E. (2006). The health status of young adults in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 305-317. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.04.017
- Power, C., Stansfeld, S. A., Matthews, S., Manor, O. ve Hope, S. (2002) Childhood and adulthood risk factors for socioeconomic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British Birth Cohort. *Social Science & Medicine*, 55, 1989–2004.
- Rief, W. ve Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptomsmodels and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27, 821-841.
- Rief, W., ve Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 821-841. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.005
- Rimes, K. A., Ashcroft, J. ve Bryan, L. ve Chalder, T. (2016). Emotional suppression in chronic fatigue syndrome: Experimental study. *Health Psychology*, 35, 979–986. doi: 10.1037/hea0000341

- Romano, J. M., Turner, J. A., Jensen, M. P., Friedman, L. S., Bulcroft, R. A., Hops, H. ve Wright, S. F. (1995). Chronic pain patient–spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain*, 63(3), 353–360. doi:10.1016/0304-3959(95)00062-3
- Rudolf, G., ve Henningsen, P. (2006). Somatoforme Störungen. In C. Reimer & U. Rüger (Eds.), *Psychodynamische Psychotherapien* (ss. 311–318). Heidelberg: Springer.
- Rugancı, R. N. ve Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 442-455. doi: 10.1002/jclp.20665
- Sack, M., Boroske-Leiner, K. ve Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 315–320. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.0
- Safer, D. L. ve Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther*, 41:106-120.
- Sarıtaş-Atalar, D., Gençöz, T., ve Özen, A. (2015). Confirmatory factor analyses of the difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in a Turkish adolescent sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(1), 12–19. doi:10.1027/1015-5759/a000199
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A. ve Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 551-557.
- Sayyar Khesmakhi, S., Goli, F., Omid, A., Eduard Scheidt, C. ve Givchki, R. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosomatic Symptoms and Mindfulness in Patients With Psychosomatic Disorders. *Practice in Clinical Psychology*, 7(2), 79-86.

- Scarella, T. M., Laferton, J. A., Ahern, D. K., Fallon, B.A. ve Barsky A. (2016). The Relationship of Hypochondriasis to Anxiety, Depressive, and Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 57(2), 200-7. doi: 10.1016/j.psych.2015.10.006.
- Schnabel, K., Petzke, T. M., ve Witthöft, M. (2022). The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions - A systematic narrative review. *Clinical Psychology Review*, 97, 102196. doi:10.1016/j.cpr.2022.102196
- Schwarz, J., Rief, W., Radkovsky, A., Berking, M. ve Kleinstauber, M. (2017). Negative affect as mediator between emotion regulation and medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 114–121. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.08.010
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hili.
- Shanahan, L., Zucker, N., Copeland, W. E., Bondy, C. L., Egger, H. L., & Costello, E. J. (2014). Childhood somatic complaints predict generalized anxiety and depressive disorders during young adulthood in a community sample. *Psychological Medicine*, 45(8), 1721-1730. doi:10.1017/s0033291714002840
- Shelby, G. D., Shirkey, K. C., Sherman, A. L., Beck, J. E., Haman, K., Shears, A. R., . . . Walker, L. S. (2013). Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. *Pediatrics*, 132(3), 475-482. doi:10.1542/peds.2012-2191
- Sheppes, G., Suri, G., ve Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 379-405. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739
- Slater, C. L. (2003). Generativity versus stagnation: An elaboration of Erikson's adult stage of human development. *Journal of Adult Development*, 10(1), 53–65. doi:10.1023/A:1020790820868
- Solomon, L., ve Rothblum, E. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 503–509.

- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A. ve Lane, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine*, 72, 404–411. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181d35e83
- Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Tuulio-Henriksson, A., Härkänen, T., Saarni, S. I., Perälä, J., ... Lönnqvist, J. (2008). Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine*, 39(02), 287. doi:10.1017/s0033291708003632
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L.S. (2007) Using Multivariate Statistics (5. basım). New York: Allyn and Bacon.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Michael Bagby, R. ve Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 417-424.
- Taylor, G. J., Ryan, D., Bagby, R. M. (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom*, 44(4), 191-9. doi: 10.1159/000287912. PMID: 3837277.
- Telch, C. F., Agras, W. S., Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31, 569-582.
- Torrubia-Pérez, E., Reverté-Villarroya, S., Fernández-Sáez, J., ve Martorell-Poveda, M.-A. (2022). Analysis of psychosomatic disorders according to age and sex in a rural area: A population-based study. *Journal of Personalized Medicine*, 12(10), 1730. doi:10.3390/jpm12101730
- Treanor, M., Erisman, S. M., Salters-Pedneault, K., Roemer, L. ve Orsillo, S. M. (2011). Acceptance-based behavioral therapy for GAD: Effects on outcomes from three theoretical models. *Depression and Anxiety*, 28, 127-136.
- Tull, M. T., Weiss, N. H., Adams, C. E., ve Gratz, K. L. (2012). The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1084–1092. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.05.001.

- Vaillant, G. E. (2003). Mental health. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373-1384. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1373
- Venta, A., Hart, J., ve Sharp, C. (2012). The relation between experiential avoidance, alexithymia and emotion regulation in inpatient adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(3), 398–410. doi:10.1177/1359104512455815
- Vingerhoets, A. J. J. M., ve Van Heck, G. L. (1990). Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological Medicine*, 20(01), 125. doi:10.1017/s0033291700013301
- Vulić-Prtorić, A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente. *Suvremena Psihologija*, 8(2), 211-227.
- Waller, E. ve Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 239–247. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00613-5
- Waller, E., ve Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13-24. doi:10.1080/09540260500466774
- Webb, T. L., Miles, E., ve Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775-808. doi:10.1037/a0027600
- Werner, K., ve Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). The Guilford Press.
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D., F. ve Summers, G. (1977). Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology*, 8 (1), 84-136.
- Wingenfeld, K., Riedesel, K., Petrovic, Z., Philippsen, C., Meyer, B. . . . Rose M. (2011). Impact of childhood trauma, alexithymia, dissociation, and emotion suppression on

- emotional Stroop task. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 53–58. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.06.003
- Witthöft, M., ve Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 257–283.
- Wolgast, M. ve Lundh, L. G. (2017). Is Distraction an Adaptive or Maladaptive Strategy for Emotion Regulation? A Person-Oriented Approach. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39, 117–127. doi: 10.1007/s10862-016-9570-x
- Wolman, B. B. (Ed.). (1988). *Psychosomatic Disorders*. Boston, MA: Springer US. doi:10.1007/978-1-4684-5520-5
- Yazdanfar, M., Manshaee, G., Agah Herris, M., Alipour, A. ve Noorbala, A. A. (2015). The effectiveness of written emotional disclosure training on psychological well-being and quality of life in psychosomatic disorders. *Journal of Research and Health*, 5(1), 35-41.
- Yıldırım, J. C. ve Bahtiyar, B. (2020). Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması ve psikometrik özellikleri. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 4(1), 34-47.
- Youssef, C. M. ve Luthans, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace: the impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of Management*, 33, 774–800. doi: 10.1177/0149206307305562
- Zoccali, R., Muscatello, M. R., Bruno, A., Barilla, G., Campolo, D. . . . Meduri, M. (2006). Anger and ego-defence mechanisms in non-psychiatric patients with irritable bowel syndrome. *Digestive and Liver Disease*, 38, 195–200. doi: 10.1016/j.dld.2005.10.028

EK B

Sosyodemografik Veri Formu

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: ☐Kadın ☐Erkek

Yaşadığınız hanenin aylık geliri: ☐0-5.000 ☐5.000-10.000 ☐10.000-20.000 ☐20.000+

Şu anda çalışıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

Bilinen herhangi bir bedensel rahatsızlığınız var mı? ☐Evet (Belirtiniz:.....) ☐Hayır

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? ☐Evet (Belirtiniz:.....) ☐Hayır

Bilinen herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? ☐Evet (Belirtiniz:.....) ☐Hayır

EK C

Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DDZÖ)

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz. Değerlendirmenizi uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

4. Ne hissettiğim konusunda net bir fikrim vardır.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

6. Ne hissettiğime dikkat ederim.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

8. Ne hissettiğimi önemserim.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

10. Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygularımı kabul ederim.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

11. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için kendime kızarım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

12. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için utanırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

13. Kendimi kötü hissettiğimde, işlerimi yapmakta zorlanırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

14. Kendimi kötü hissettiğimde, kontrolümü kaybederim.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

15. Kendimi kötü hissettiğimde, uzun süre böyle kalacağıma inanırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

16. Kendimi kötü hissettiğimde, sonuç olarak yoğun depresif duygular içinde olacağıma inanırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

17. Kendimi kötü hissettiğimde, duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

18. Kendimi kötü hissettiğimde, başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

19. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi kontrolden çıkmış hissederim.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

20. Kendimi kötü hissettiğimde, halen işlerimi sürdürebilirim.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

21. Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

22. Kendimi kötü hissettiğimde, eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

23. Kendimi kötü hissettiğimde, zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

24. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarımı kontrol altında tutabileceğimi hissederim.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

25. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için suçluluk duyarım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

26. Kendimi kötü hissettiğimde, konsantre olmakta zorlanırım.

- ☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

27. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

28. Kendimi kötü hissettiğimde, daha iyi hissetmem için yapacağım hiç bir şey olmadığına inanırım.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

29. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendim için çok fazla endişelenmeye başlarım.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

31. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi bu duyguya bırakmaktan başka yapabileceğim birşey olmadığına inanırım.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

32. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

33. Kendimi kötü hissettiğimde, başka bir şey düşünmekte zorlanırım.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

34. Kendimi kötü hissettiğimde, duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

35. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

36. Kendimi kötü hissettiğimde, duygularım dayanılmaz olur.

☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık yarı yarıya ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

EK D

Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği (ÇBYKÖ)

Lütfen aşağıdaki maddelere ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı her maddenin yanında ayrılan alanda belirtiniz.

1. Hiç katılmıyorum
 2. Kısmen katılmıyorum
 3. Biraz katılmıyorum
 4. Biraz katılıyorum
 5. Kısmen katılıyorum
 6. Tamamen katılıyorum
-
1. Acı verici anılarımın tümünü sihirli bir silebilecek olsaydım, bunu yapardım.
 2. Üzücü bir şey olduğu zaman, onun hakkında düşünmemek için çok çabalarım
 3. Yapılması gereken hoş olmayan şeyleri erteleme eğilimindeyim.
 4. İnsanlar korkularıyla yüzleşmelidir.
 5. Mutluluk, hiçbir zaman acı ya da hayal kırıklığı hissetmemek demektir.
 6. Düşük de olsa, zarar görme ihtimalinin olduğu aktivitelerden kaçınırım.
 7. Olumsuz düşünceler aklıma geldiğinde, zihnimi başka şeylerle meşgul etmeye çalışırım.
 8. İnsanların bana inkar içinde olduğumu söylediği zamanlar oldu.
 9. Bazen zorluklarla karşılaşmaktan kaçınmak için işlerimi ertelerim.
 10. Rahatsız hissetsem bile, değer verdiğim şeyler için çalışmaktan vazgeçmem.
 11. İncindiğim zaman daha iyi hissetmek için her şeyi yaparım.
 12. Beni üzme ihtimali olan bir şeyi nadiren yaparım.
 13. Acı çektiğim zaman, genelde dikkatimi dağıtmaya çalışırım.
 14. Hissetmek istemediğimde duygularımı “kapatabilirim”.
 15. Önemli bir şey yapmam gerektiği zaman, kendimi bir sürü başka şey ile uğraşırken bulurum.
 16. İstedikimi elde etmek için acı ve rahatsızlığa katlanmaya razıyım.
 17. Mutluluk, olumsuz düşüncelerden kurtulmak demektir.
 18. Hoş olmayan düşünce ya da hislere yol açabilecek durumlardan kaçınmak için çok uğraşırım.
 19. Diğer insanlar bana söyleyene kaygılı olduğumu fark etmem.
 20. Üzücü anılar aklıma geldiği zaman başka şeylere odaklanmaya çalışırım.
 21. Duygularımla temas halindeyim. (ters madde)
 22. Benim için önemli olan şeyler için acı çekmeye razıyım.
 23. En büyük amaçlarımdan biri, acı veren duygulardan uzak olmaktır.
 24. Yeni şeyler denemek yerine, kendimi rahat hissettiğim aktivitelere devam etmeyi tercih ederim.
 25. Üzüntü verici duygulardan uzak durmak için çok çabalarım.
 26. Sorunlarımı kabul etmediğimi söyleyenler oldu.
 27. Korku ya da kaygı, beni önemli bir şeyi yapmaktan alıkoymaz.
 28. Sorunlarımın hemen üstesinden gelmeye çalışırım. (ters madde)
 29. Daha az stresli hissetmek için her şeyi yapardım.
 30. Hoş olmayan anılar aklıma geldiğinde, onları aklımdan çıkarmaya çalışırım.

31. Bu devirde insanlar, acı çekmek zorunda olmamalı.
32. Duygularımı bastırdığımı söyleyenler oldu.
33. Hoşuma gitmeyen işleri mümkün olduğunca ertelemeye çalışırım.
34. Acı çektiğim zamanlarda bile yapılması gerekenleri yaparım.
35. Hiç kaygı hissetmeseydim, hayatım mükemmel olurdu.
36. Eğer kendimi köşeye sıkışmış hissetmeye başlarsam, derhal o durumu bırakırım.
37. Olumsuz bir düşünce aklıma geldiğinde, hemen başka bir şey düşünmeye çalışırım.
38. Ne hissettiğimi bilmek benim için zordur.
39. Bir şeyi kesinlikle yapmam gereken son ana kadar yapmam.
40. Acının ya da rahatsızlığın istediğimi elde etmeme engel olmasına izin vermem.
41. Kötü hissetmemek için birçok şeyden vazgeçerdim.
42. Rahatsız edici durumlardan kaçınmak için çok çaba harcarım.
43. Hislerim çok yoğun olduğunda onları uyuşturabilirim.
44. Yarına erteleyebileceğin bir şeyi neden bugün yapasın ki?
45. İstediklerimi alabilmek için üzüntüye katlanmaya razıyım.
46. İnsanların bana “kafamı kuma gömdüğümü” söyledikleri oldu.
47. Acı her zaman zarar verir.
48. Bir durum beni biraz bile rahatsız etse, hemen ondan uzaklaşmaya çalışırım.
49. Kötü hissettiğimi fark etmem biraz zaman alır.
50. Şüphelerim olsa bile amaçlarım için çalışmaya devam ederim.
51. Olumsuz duygularımdan kurtulabilmeyi dilerdim.
52. Gergin hissetme ihtimalimin olduğu durumlardan kaçınırım.
53. Duygularımdan kopuk olduğumu hissediyorum.
54. Umutsuz/kasvetli düşüncelerin beni yapmak istediklerimden alıkoymasına izin vermem.
55. İyi bir hayatın sırrı hiç acı hissetmemektir.
56. Huzursuz hissettiğim herhangi bir ortamı hızlıca terk ederim.
57. İnsanların bana, sorunlarımın farkında olmadığımı söyledikleri oldu.
58. Hiç üzüntü ya da hayal kırıklığı olmadan yaşamayı umut ederim.
59. Önemli bir şey üzerinde çalışırken işler zorlaşsa da o işi bırakmam.

EK E

Somatik Duygusal Çatışma Ölçeği (SDÇÖ)

Aşağıda, insanların yaşadığı birtakım yaygın fiziksel zorluklar üç sütun halinde sunulmuştur. **Sütun A** bu zorlukları ne sıklıkla yaşadığınızla ilgilidir. Bu sütunda yaşadığınız zorlukların sıklığını belirten sayıyı işaretleyiniz. **Sütun B** bu zorlukların günlük hayatınızda ne kadar etkiye sahip olduğuyla ilgilidir. Sütun B’de fiziksel problemlerin etkisini belirten sayıyı işaretleyiniz. **Sütun C** fiziksel zorluklara ne çeşit ruh hali ve duyguların eşlik ettiğiyle ilgilidir. Fiziksel problemlerin yol açtığı duygusal durumları temsil eden kutularda size uygun olan istediğiniz sayıda işaretleme yapınız.

	Sütun - A Ne sıklıkla aşağıdaki problemleri yaşıyorsunuz? (Bir Seçeneği Yuvarlak İçine Alınız)					Sütun - B Bu problem size ne kadar etkiliyor?(Bir Seçeneği Yuvarlak İçine Alınız)					Sütun - C hissettiğinde bu problemleri yaşıyorum (Size Uygun Seçenekleri İşaretleyiniz)		
	Bu problemi Hiç yaşamadım	Ayda bir kereden daha az	Ayda bir ya da iki kere	Ayda üç ya da dört kere	Ayda dört kereden fazla	Hiç problem olmuyor	Çok az fark ediyorum problem	Küçük bir problem ve az bir rahatsızlık yaşıyorum	Problem ama başa çıkabiliyorum	Hayatımda büyük olumsuz etkileri var	Stresli, huzursuz, korkmuş ya da kaygılı	Depresif, yalnız, üzgün ya da boş (anlamsız)	Sinirli, tedirgin, kızgın ya da telaşlı
Migren baş ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Baş ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Mide bulantısı ya da mide bozulması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Hissizlik ya da karıncalanma	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Nefes almada zorluk ya da nefes darlığı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Mide ağrısı ya da sancısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Sarsıklık ya da titreme	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Uykuda zorluk	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kusma	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kalp sıkışması ya da çarpıntısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
İshal	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Baygınlık ya da bayılma	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kramp	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Sırt ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
İştah problemleri	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Bacak ya da ayak ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Baş dönmesi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Yorgunluk ya da halsizlik	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Sindirim güçlüğü	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Cinsel istikrarsızlık (erkekler için)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Göğüs ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Bulanık görme	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Burun kanaması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Yayılmış vücut ağrı ve sancıları	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kabızlık	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Sıcak ya da soğuk nöbet	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Cilt döküntüsü	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kol ya da ellerde ağrı ve sancı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Genital/cinsel ağrı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Uçuk	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Göz seğirmesi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Erken boşalma (erkekler için)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Reflü/mide yanması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Ülser	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kulaklarda çınlama	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kuru ya da kırmızı gözler	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Regl olmama (kadınlar için)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Akne	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Kas gerilmesi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Şiddetli adet (aybaşı) öncesi sendrom	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Orgazm olmama	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
Aşırı enerji	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			

EK F

20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyumlar oluyor.	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki duyumlar çoğu kez kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında bile, kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Ayşenur VERKHOVETS

Kadir Has Üniversitesi Psikoloji bölümünden 2020 yılında mezun olduktan sonra 2021 yılında Beykoz Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında eğitimine başlamıştır. Lisans eğitimi sürecinde Doç. Dr. Sezin Öner YAMAN süpervizörlüğünde Toplumsal Olaylar Araştırması projesinde ve Bellek & Duygu Laboratuvarı'nda görev almıştır. 2019 yılında Koç Üniversitesi Yaz Araştırma Programı kapsamında Doç. Dr. Hale Yapıcı ESER süpervizörlüğünde Stres, Duygudurum ve Biliş Laboratuvarı'nda görev almıştır. Rasyonel Psikoloji Enstitüsü'nde psikoloji stajını tamamlamıştır. 2023 yılında Doç. Dr. Aslı Aktan Erciyes tarafından yürütülen “İkinci Dil Ediniminin Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocuklarında Anlatı Becerilerinin Kurgusal, Dilbilimsel ve Algısal Süreçlerine Olan Etkisi: Boylamsal Bir Çalışma” isimli TUBITAK projesinde bursiyer olarak görev almıştır. İleri seviyede İngilizce ve orta seviyede Rusça konuşmaktadır.