



2016

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

GAZİANTEP

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

LUEBECK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİLİK- GÜVENİRLİĞİ

ÖZLEM UCA

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2016

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

LUEBECK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİLİK- GÜVENİRLİĞİ

ÖZLEM UCA

Danışman: Prof. Dr. Mehmet Hakan TÜRKÇAPAR

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2016

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçların tam olarak aktarıldığını ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Tarih

Özlem Uca

İmza



ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Kühnen ve arkadaşları tarafından geliştirilen İşlem Öncesi Düşünmeyi Kaydetme Ölçeğinin (Luebeck) Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasıdır. Bu ölçeğin temel kullanım amacı ruhsal bozukluk tanısı almış hastaların bilişsel gelişim açısından değerlendirmek ve özellikle de işlem öncesi (pre-operasyonel) düşünce özelliklerini saptamaktır. Literatürde özellikle bilişsel psikoloji açısından, patolojilerde düşünce içeriklerinin anlaşılması ve tedaviye dâhil edilmesi önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, düşünce biçiminin faktörlerinden biri olan işlem öncesi düşünme özelliklerini farklı patolojiler açısından incelemek önemli olarak değerlendirilmektedir. Araştırma, hiçbir ruhsal bozukluk tanısı bulunmayan 33 sağlıklı birey ve farklı ruhsal tanısı bulunan 60 birey üzerinde yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama araçları olarak; Sosyodemografik Bilgi Formu, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ-A) ve İşlem Öncesi Düşünmeyi Kaydetmek için Luebeck Ölçeği kullanılmıştır. Luebeck için güvenirlik çalışmaları kapsamında Cronbach Alpha katsayısı $\alpha = 0,887$ ve test yarılama yöntemiyle hesaplanan güvenirlik katsayısı 0,902 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formunun madde-toplam korelasyon katsayılarının 0,189-0,705 arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Madde ayırt edicilik analizi neticesinde ise her maddenin ayırt ediciliğinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geçerlilik çalışmaları kapsamında ölçüt geçerliliği ve ayırma geçerliliği metotları kullanılmıştır. Ölçüt geçerliliğini sınamak amacıyla kullanılan Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ-A) ile Luebeck arasında $p < .001$ düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayırma geçerliliği analizi sonucunda kontrol ve deney grubu arasında anlamlı fark olduğu sonucunda varılmıştır. Yapılan analizler sonucunda Luebeck Ölçeğinin Türkçe formunun psikometrik özellikleri kabul edilebilir düzeyde bulunmuş, ölçeğin madde kullanımı, duygu durum, anksiyete ve somatoform ruhsal bozukluklarının işlem öncesi düşünce içeriklerinin ölçümünde kullanılabilir bir araç olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İşlem öncesi düşünme, ruhsal bozukluklar, geçerlilik-güvenirlik

ABSTRACT

The purpose of this research is to examine the validity and reliability of the Turkish version of the Luebeck Questionnaire (Recording Preoperational Thinking), developed by Kühnen and his friends. The basic use of this questionnaire aims to the patienten be diagnosed with the mental disorder to consider in regard of the cognitive development and especially to determine pre-operational thinking factors. In literature, especially regarding cognitive psychology, this method is defined as an important factor to understand the contents of thoughts in pathology and to include in therapy. Therefore, to examine pre-operational thinking, which is one thoughts' form, in different pathologic areas is accepted as important. The research has been conducted with 33 healthy people without a mental disorder and 60 people with different mental disorder, who have a diagnosis. Sasyodemographic Information Form, The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Dysfunctional Attitudes Scale and Luebeck Questionnaire, which recording preoperational thinking were used as data collection tools in this research. The Cronbach's alpha was found as $\alpha = 0,887$ and split-half was found as 0,902 for the reliability of the Luebeck. Item-total correlation coefficients of the Turkish Form of Luebeck ranged from 0,189 to 0,705. According to the results of item analysis, all items had a high discrimination index value. Criterion validity and construct validity methods were used to calculate the validity of the Luebeck inventory. There was a statistically significant correlation ($p < 0,001$) between Luebeck and Dysfunctional Attitude Scale (DAS – which was used for the criterion validity). According to the results of construct validity analysis, there was a significant difference between control group and experimental group. The psychometric properties of the Turkish Form of Luebeck Questionnaire was found at acceptable level at the end of the study and results of analysis showed that the Turkish Form of Luebeck Questionnaire is a valid and reliable measurement that could be used as a tool for measuring the pre-operational thinking factors of substance abuse, mood, anxiety and somatoform disorder.

Key words: pre-operational thinking, mental disorders, validity- reliability

ÖNSÖZ

Klinik psikoloji yüksek lisansına başlamam ile tanışmış olduğum bilişsel kuramın ışığında gerçekleştirdiğim çalışmalarında insan zihninin bilişsel çarpıtmalara olan eğilimin ne kadar çok olduğunu ve günlük yaşanan olayların insanların zihinsel süreçleri ile nasıl yorumlandığını görmemi sağladı. Şikâyet ettiğimiz hayatın aslında bizim yorumlamalarımızdan ibaret olduğunu ve bilişsel kapasitenin geliştirilmesi ile algılanan hayatın nasıl değiştiğine şahitlik ettim. Bu çalışmamın da diğer meslektaşlarıma bilişsel çarpıtmaları, bilişlerin oluşumda etken olan şemaları ve inanç sistemlerini saptamalarında yardımcı olabilecek bir araç olmasını temenni ederim.

Bu çalışmamda beni bilişsel kuram ile tanıştıran çok değerli hocam ve tez danışmanın Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar'a yol göstericiliği, ilgi ve katkıları için teşekkürü bir borç bilirim.

Değerli hocalarım Prof. Dr. Can Tuncer, Prof. Dr. Mücahit Öztürk, Prof. Dr. O. Tolga Arıcak, Doç. Dr. Ş. Senem Başgöl, Yard. Doç. Dr. İtir Tarı Cömert, Yard. Doç. Dr. H. Ulaş Özcan, Dr. Özge Mergen ve Dr. Mehmet Dinç'e klinik psikoloji yüksek lisans eğitimim boyunca verdikleri kıymetli bilgilerden dolayı teşekkür ederim.

Veri toplama sürecimde bana yardımcı olan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği çalışanlarına ve elde ettiğim verilere ulaşımımı sağlayan Prof. Dr. Kemal Sayar hocama teşekkür ederim. Ayrıca bu çalışmada yer alan ölçekleri doldurmayı kabul eden ve zaman ayırıp katılım sağlayan herkese teşekkür ederim.

Tez dönemimde ve yaşadığım bütün zorluklarda manevi yardımını hiç esirgemeyen, hayatımda yeni bir kapının açılışına vesile olan ve bana gerçeğimi öğreten çok değerli hocam Eyüp Bağ'a, çok kıymetli yol arkadaşlarım Zeynep Hilal Can, Cemile Gonca Kabaoğlu, Melike Dayı, Hatice Sezin Sezer, Emine Bayburt, Elif İlci, Hatice Asiye Horasan, Betül Çetin, Hafsa Şengül Ayhan, Züleyha Zeliha Zafer, Rabia Boduroğlu, Şerife Aydın'a ve özellikle tez yazma döneminde sağladığı destek ve benim için çok önemli olan yardımları için Mukaddes Bozkurt'a teşekkürleri bir borç bilirim.

Tüm hayatım boyunca aldığım her kararda ve attığım her adımda yanımda olan, desteğini ve güvenini benden eksik etmeyen annem Müesser Uca, babam Doğan Uca ve kardeşim İhsan Burak Uca iyi ki varsınız.

Özlem Uca

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

Tez Etik ve Bildirim Sayfası	i
Özet	ii
Abstract	iii
ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
BÖLÜM I	
1. GİRİŞ	1
BÖLÜM II	
2. LİTERATÜR.....	3
2.1. Bilişsel Gelişim	3
2.1.1. Piaget'in Düşüncenin Gelişimine İlişkin Dönemleri	3
2.1.2. Düşünme.....	5
2.1.3. Akıl Yürütme.....	8
2.1.4. Karar verme (Decision making)	9
2.2. Bilişsel Davranışçı Sistem Analizi Terapisi (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP)	10
2.3. Ruhsal Bozukluklar ve Bilişsel Süreçleri	11
2.3.1 Madde Kullanımıyla İlişkili Bozukluklar ve Bilişsel Süreçleri.....	12
2.3.1.1 Tanı.....	12
2.3.1.2. Sıklık ve Yaygınlık.....	12
2.3.1.3. Risk Faktörleri.....	13
2.3.1.3.1. Çevresel Faktörler (Sosyal Çevre, Etkileşimler ve Arkadaş Çevresi).....	13
2.3.1.3.2. Maddeye Bağlı Faktörler	13
2.3.1.3.3. Kişisel Faktörler	13
2.3.1.3.4. Ailesel Faktörler	14
2.3.1.3.5. Akran Grubuna Ait Faktörler	14
2.3.1.3.6. Genetik Faktörler.....	14
2.3.1.4 Etiyoloji.....	14

2.3.1.4.1. Biyolojik Faktörler	14
2.3.1.4.2. Davranışçı Kuram.....	14
2.3.1.4.3. Varoluşçu Kuram	15
2.3.1.4.4. Psikanalitik Kuram	15
2.3.1.5. Madde Kullanım Bozukluklarındaki Bilişsel Süreçler	15
2.3.1.6. Madde Kullanımıyla İlişkili Bozuklukları ve Bilişsel Süreçleriyle Alakalı Yapılan Çalışmalar.....	16
2.3.2. Duygudurum Bozuklukları ve Bilişsel Süreçleri.....	17
2.3.2.1. Tanı.....	17
2.3.2.2 Sıklık ve Yaygınlık.....	18
2.3.2.3. Risk Faktörleri.....	18
2.3.2.3.1. Cinsiyet.....	18
2.3.2.3.2. Yaş.....	19
2.3.2.3.3. Psikososyal Faktörler	19
2.3.2.3.4. Mevsim Faktörü	19
2.3.2.3.5. Çevre Faktörü	20
2.3.2.4. Etiyoloji.....	20
2.3.2.4.1. Genetik Faktörler.....	20
2.3.2.4.2. Nörobiyolojik Faktörler.....	20
2.3.2.4.3. Psikolojik Faktörler	21
2.3.2.4.4. Sosyal Faktörler.....	22
2.3.2.5. Duygudurum Bozukluklarındaki Bilişsel Süreçler.....	22
2.3.2.6. Duygudurum Bozuklukları ve Bilişsel Süreçleriyle Alakalı Yapılan Çalışmalar	22
2.3.3. Somatoform Bozukluk ve Bilişsel Süreçleri	23
2.3.3.1. Tanı.....	23
2.3.3.2. Sıklık ve Yaygınlık.....	23
2.3.3.3. Risk Faktörleri.....	24
2.3.3.3.1. Genetik Faktörler.....	24
2.3.3.3.2. Epidemiyolojik Faktörler.....	24
2.3.3.3.3. Örselenme(Travma).....	24
2.3.3.3.4. Öğrenme	24
2.3.3.3.5. Kişilerarası Manipülasyon.....	25
2.3.3.4. Etiyoloji	25
2.3.3.4.1. Psikanalitik Kuram	25
2.3.3.4.2. Davranışçı Kuram.....	25
2.3.3.4.3. Biyolojik Faktörler	25
2.3.3.5. Somatoform Bozukluklarındaki Bilişsel Süreçler	26
2.3.3.6. Somatoform Bozukluklar ve Bilişsel Süreçleriyle Alakalı Yapılan Çalışmalar.....	26

2.3.4. Anksiyete Bozuklukları ve Bilişsel Süreçler	26
2.3.4.1. Tanı.....	26
2.3.4.2. Sıklık ve Yaygınlık.....	27
2.3.4.3. Risk Faktörleri	27
2.3.4.3.1. Cinsiyet farkları	27
2.3.4.3.2. Sosyal Sınıf.....	28
2.3.4.3.3. Ailesel ve Genetik Etmenler.....	28
2.3.4.3.4. Huy ve Kişilik	28
2.3.4.3.5. Yaşam olayları.....	28
2.3.4.4. Etiyoloji	29
2.3.4.4.1. Biyolojik Etmenler	29
2.3.4.4.2. Psikanalitik Kuram	30
2.3.4.4.3. Varoluşçu Kuram	30
2.3.4.4.4. Bilişsel- Davranışçı Kuram	30
2.3.4.5. Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel Süreçler	31
2.3.4.6. Anksiyete Bozuklukları ve Bilişsel Süreçlerle Alakalı Yapılan Çalışmalar	32
2.4. Ülkemizde Bilişsel Süreçlere Dair Yapılan Çalışmalar	33
BÖLÜM III	
3. YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Amacı	34
3.2. Varsayımlar	35
3.3. Katılımcılar.....	36
3.4. Veri Toplama Araçları.....	37
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	37
3.4.2. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ-A) (Dysfunctional Attitudes Scale)	37
3.4.4. The Luebeck Questionnaire For Recording Preoperational Thinking (LQPT) İşlem Öncesi Düşünmeyi Kaydetmek için Luebeck Ölçeği.....	37
3.5. İşlem	38
3.6. İstatiksel Analiz.....	38
3.7. Sınırlılıklar	38
BÖLÜM IV	
4. Bulgular	40
4.1. Araştırmaya Dair Sosyodemografik Bulgular	40
4.2. Luebeck Ölçeğinin Betimsel İstatistiği	42
4.3. Madde Analizi ve Madde Güçlük İndeksi.....	42
4.4. Luebeck Ölçeğin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Bulguları	44

4.4.1. Güvenilirlik Hesaplama Aşaması	44
4.4.2. Geçerlilik Hesaplama Aşaması.....	47
V. BÖLÜM	
5. Tartışma, Sonuç ve Öneriler.....	50
5.1. Tartışma.....	50
5.2. Sonuç.....	53
5.3. Öneriler.....	53
EKLER.....	55
Ek 1: Sosyodemografik Bilgi Formu.....	55
Ek 2: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (Fotö-A)	57
Ek 3: İşlem Öncesi Düşünmeyi Kaydetmek İçin Luebeck Anketi.....	61
KAYNAKÇA.....	70

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Piaget'in Bilişsel Gelişim Dönemleri	3
Tablo 2. DSM 5 ve ICD-10 Tanı Kriterlerine göre Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	12
Tablo 3. DSM 5 ve ICD-10 Tanı Kriterlerine göre Duygudurum Bozuklukları	17
Tablo 4. DSM 5 ve ICD-10 Tanı Kriterlerine göre Somatoform Bozukluğu.....	23
Tablo 5. DSM 5 ve ICD-10 Tanı Kriterlerine göre Anksiyete Bozuklukları	26
Tablo 6. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri	40
Tablo 7. Araştırmaya katılanların evlilik durumları ile ilgili genel bulgular	41
Tablo 8. Kronik fiziksel hastalık ile ilgili genel bulgular tablosu	41
Tablo 9. Araştırmaya katılanların dağılımı	42
Tablo 10. Deney grupları ve kontrol grubunun Luebeck ölçeğinden aldıkları toplam puanlarının ortalamaları.....	42
Tablo 11. Luebeck ölçeğinin madde güçlük(P) ve ayırt edicilik endeksi (D)	43
Tablo 12. Luebeck ölçeğinin iç tutarlılık (cronbach α) ve yarıya bölme güvenirlik katsayısı	44
Tablo 13. FOTÖ ölçeğinin iç tutarlılık (cronbach α) ve yarıya bölme güvenirlik katsayısı	45
Tablo 14. Luebeck Anketin Alt %27 ve Üst %27' lik Grupların Ortalamaları ile Analiz grubunun ortalamaları için t-Testi Sonuçları	45
Tablo 15. FOTÖ Ölçeğinin Alt %27 ve Üst %27' lik Grupların Ortalamaları ile Analiz grubunun ortalamaları İçin t-Testi Sonuçları.....	46
Tablo 16. Luebeck Ölçeğinin Madde Analizi Sonuçları	46
Tablo 17. Luebeck Ölçeği ile FOTO ölçeği arasındaki ilişki.....	48
Tablo 18. Luebeck Anketi Grupların Ortalamaları İçin ANOVA Sonuçları.....	49
Tablo 19. Luebeck Anketi Grupların Ortalamaları karşılaştırması	49

KISALTMALAR

5HT2	Serotonin
BSTÖ	Beden ve Sağlığa Yönelik Tutumlar Ölçeği
CBASP	Bilişsel Davranışçı Sistem Analizi Terapisi (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy)
Çev.	Çeviren
DA	Dopamin
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECA	Epidemiologic Catchment Area (Epidemiyolojik Alan Çalışması)
FOTÖ-A	Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası hastalık sınıflaması)
Luebeck	İşlem Öncesi Düşünceyi Kaydetme Anketi
NE	Norepinefrin
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SCDI -I	DSM Eksen-I Bozuklukları için Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
TUBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
ty.	Tarih yok

BÖLÜM I.

1. GİRİŞ

Bilişsel psikoloji normal psikolojik işlevselliğin ve bozukluklarının araştırılmasıyla ilgili temel disiplindir. Bu yaklaşımın psikopatoloji alanında da yansıması olan, bilişsel yaklaşımlar psikolojik bozukluklardaki bilişsel etkenlerin rahatsızlığın ortaya çıkması ve sürmesindeki rolüne vurgu yaparlar. Bilişsel yaklaşım, psikopatolojik durumlarda, kişinin kendisi, çevresi, yaşam deneyimleri ve geleceği hakkında algı, anlamlandırma, yorumlama ve öngörme süreçlerinde ne tür farklılıklar olduğu ve bunun rahatsızlığın oluşumunda nasıl rol oynadığını irdeler.

Bilişsel kuramın psikopatoloji alanındaki en önemli yansımalarından birisi olan bilişsel terapinin kurucularından olan Beck'e (1979) göre, psikolojik sıkıntılar, hatalı öğrenme, yanlış ve yetersiz bilgilere dayanarak yanlış sonuçlar çıkarma ve düşüncelerin kişinin dünyayı değerlendirmesinde egemen olması sonucunda gelişmektedir. Erken yaşam deneyimleriyle kazanılmış olumsuz inançlar (şemalar) uygunsuz çıkarım ve akıl yürütmeye yol açar. Beck'in kuramı bu anlamda çeşitli ruhsal rahatsızlıklar yaşayan bireylerin dünyayı ve olayları değerlendirirken, adına bilişsel çarpıtma (cognitive distortions) adını verdiği belli yanlışlıklar veya çarpıtmalar gösterdiğini söyler. Bu düşünce çarpıtmalarının altında da bireyin işlevsel olmayan tutumları ve inançları yatar. Beck'e göre pek çok ruhsal bozukluğun sebebi, bireyin düşünce işleyişinde bu düşünce çarpıtmalarının egemen olmasıdır (Beck, Rush, Shaw ve diğ., 1979). Ruhsal bozukluklar bilişsel anlamda etiyolojiler açısından farklılık göstermektedirler, dolayısıyla kişilerin maruz kaldıkları durumların/olayların işlevsiz inançlarını şekillendirme açısından farklılık gösterdiği söylenebilir.

Bireyin bilişsel açıdan gösterdiği bu farklılıkların altında hangi düzeneklerin yattığı bilişsel gelişimle ilgili çalışmalarında konusudur. Bilişsel gelişimle ilgili ilk ve en önemli kuramlardan birini geliştiren Jean Piaget bilişsel gelişimin çizgisel değil birbirinin üzerine eklenen dönemlerden oluştuğunu belirtmiştir. Piaget'nin aşamalı bilişsel gelişim kuramı klinik bilişsel kuramın üzerine oturduğu zemini oluşturan en önemli kuramlardandır. Piaget'in bilişsel gelişim aşamaları herkesin doğrusal bir bilişsel gelişim çizgisi içinde sırayla aşamalardan geçerek ergenlik döneminde zihinsel gelişimin son aşaması olan formel işlemler dönemine girdiğini varsayar. Ancak kişisel özelliklerine, zekâ düzeyine ve çevresel uyaranların özelliğine göre belirlenen biçimde kimi bireyler bilişsel olarak erken aşamalarda kalabilir. Örneğin birçok yetişkin soyut işlemler düzeyine geçemeyip ve yetişkin dönemlerinde somut işlemler aşamasında kalabilir. Ayrıca ruhsal sorunları olan bazı bireyler fiziksel dünyayı algılamada belli özellikler açısından soyut işlemler yapabilse bile sosyal bilişsel alanlarda daha erken dönem özellikleri gösterebilirler. Buna göre henüz erken yaşlardaki çocukların bir kısmı bilişsel müdahalelerden faydalanabilmek ve bunlara katılabilmek için gerekli mantıksal süreçlere sahip olmasına karşılık, henüz somut işlemler dönemine ulaşmamış bir yetişkinin bilişsel terapinin mantık

ve tartışma biçimiyle ilgili güçlükleri olacaktır. Bu nedenlerle Piaget'nin aşamalı bilişsel gelişim kuramının bilinmesi bazı klinik durumları anlamada bize oldukça yardımcı olur.

Başta bilişsel davranışçı bir kuram olan James P. McCullough'un (2003) geliştirdiği Bilişsel Davranışçı Sistem Analizi Terapisi olmak üzere pek çok kuram psikopatolojiyi açıklarken, Piaget'nin bilişsel gelişim kuramını kullanan açıklamalar getirmişlerdir. Bu kuramlar, yaşanan travmalar sonucu belli bir aşamada bireyin bilişsel gelişimin duraklaması ve bunun sonucunda erken bilişsel evrelere özellikle de pre-operasyonel işlem öncesi döneme gerileyerek bu dönemin bilişsel özelliklerini göstermenin psikopatoloji ve bozuk bilişsel işleyişe yol açan önemli bir etken olduğunu öne sürerler.

Çocukluk döneminde gelişen olumsuz şemaları ve dolayısıyla temel inanç ve çarpıtmaları yetişkinlikte anlamak ve görebilmek için terapi ortamı ve sağlık kuruluşlarında farklı yöntemlere başvurulmaktadır. Ruhsal bozuklukların düşünce içeriklerini ölçen ölçme araçlarının kendini değerlendirme veya bir durum/olay değerlendirme gibi farklı araçlar kullanıldığı görülmektedir (Stoler ve McNally, 1991; Harvey, Richards, Dziadosz ve Swindell, 1993; Clark, Lesnick ve Hegedus, 1997; Haenen, Schmidt ve diğ., 1997; Kamieniecki, Wade ve Tsourtos, 1997; Richards, 2001; Hiller, Rief, Elefant ve diğ., 1997). Fakat bu araçların hiçbiri kişinin çocuklukta gelişimsel dönemine dolayısıyla olumsuz şemaların oluşmuş olabileceği döneme dair bilgi vermemektedir. Bu bilgiler genellikle danışanların anlattıklarından ve terapistlerin kendi gözlemleri sonucunda elde edilmektedir. Literatür'de işlevsel olmayan tutum, otomatik düşünce, akılcı olmayan inançlar ve bilişsel çarpıtmalar gibi bilişsel hataları ölçmek adına kullanılan ölçekler mevcuttur. Eksik olan ise bilişsel dönem açısından bu çarpıtmaların hangi dönemde oluştuğunu ve yetişkinlikte bu döneme ait hangi özellikleri sergilediğini saptamaktır. Yetişkin kişilerin düşünce özelliklerini incelerken bilişsel gelişim süreçleri hakkında bilgi sahibi olmak ruhsal bozukluğu daha iyi anlama ve tedavi konusunda yardımcı olabilme açısından yararlı olabileceği düşünülen bu çalışmada, bilişsel gelişim ve bu gelişimde erken evrelere takılmanın psikopatolojiyle ilişkisini araştırmak üzere geliştirilmiş bir ölçek olan Luebeck Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışmasının gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır. Bu ölçeğin temel kullanım amacı ruhsal bozukluk tanısı almış hastaların bilişsel gelişim açısından değerlendirmek ve özellikle de bu bireylerdeki işlem öncesi (pre-operasyonel) düşünce özelliklerini saptamaktır.

BÖLÜM II

2. LİTERATÜR

2.1. Bilişsel Gelişim

2.1.1. Piaget'in Düşüncenin Gelişimine İlişkin Dönemleri

Araştırmanın genel amacı ruhsal bozuklukların işlem öncesi döneme özgü preödüpal düşünce özelliklerini taşıyıp taşımadıklarına bakmaktır. Yazının devamında işlem öncesi dönem, İsveçli gelişim psikoloğu Jean Piaget'in bilişsel gelişim kuramına göre detaylı olarak açıklanmaya çalışılacaktır.

Bireyin, çevresindeki dünyayı anlamasını ve öğrenmesini sağlayan aktif zihinsel faaliyetlerde gelişime, düşünme yollarının daha karmaşık ve etkili hale gelmesine bilişsel gelişim adı verilmektedir (Çamlıbel, 2012). İlk çocukluk sırasında çocuklar yeni ve eski algılarını karşılaştırdıkça kendilerini çevreleyen dünyaya ilişkin daha fazla bilgi edinmeye başlamaktadırlar (Gander ve Gardiner, 2007). Piaget'te bu yönde hareketle çocukların büyüdükçe dünyaya uyum sağlamayı nasıl öğrendiklerini merak etmiştir (Furnham, 2010). Jean Piaget, çalışmalarına çocuklarda düşünme, akıl yürütme, kavram geliştirme gibi süreçleri inceleyerek başlamış, bugün çok tanınan "bilişsel gelişim kuramını" geliştirmiştir insandaki zihin gelişimini dört evreye ayırmıştır. Bunlar duyuşsal-hareket dönemi (0–2 yaş), işlem öncesi dönem (2–7 yaş), somut işlem dönemi (7– 11yaş) ve soyut işlem dönemidir (11–12 yaş ve üstü). Piaget'nin düşüncenin gelişimine ilişkin dönemleri aşağıda gösterilmiştir (Furnham, 2010; Türkçapar, 2014).

Tablo 1. Piaget'in Bilişsel Gelişim Dönemleri

<i>Dönem</i>	<i>Yaklaşık Yaş</i>	<i>Betimleme</i>
DUYU-HAREKET "otistik düşünce"	Doğum-2yaş	Bebeğin zekâsı çevresiyle gitgide daha uyumlu hale gelen duyu-hareket etkileşimlerinde kendini gösterir. Bebek zihinsel düşünme ya da anlama anlamında "bilmez" ya da "düşünmez"; daha çok duyu-hareket eylemleriyle tutarlı ve akla yakın yollarla çevresinin değişik yönleri üzerinde yaptığı işlemlerle "bilir" ve "düşünür". Çocuk hedefe dönük motor hareketler gerçekleştirebilir, hareket edebildiğini ve nesneleri hareketlendirebildiğini anlar (ipleri, giysileri çekiştirme gibi)
İŞLEM ÖNCESİ "benmerkezci düşünme"	2-6 ya da 7 yaşlar	Bu düzeyde düşünce mantık dışıdır ve anlık görünür koşullara son derece bağımlıdır. Zihinsel tasarımıyla şimdi olanaklı olsa da, bilgi sistemli biçimde işlenmez. Küçük çocuklar belirli bir zamanda bir durumun yalnızca bir yönünü ele alma yeteneğine sahiptirler.
SOMUT İŞLEMLER "sosyalleşmiş düşünme"	7-11 ya da 12 yaş	Çocuklar şimdi bilgiyi sistemli ve mantıklı biçimde işleyebilirler, ama bunu yalnızca bilgi somut biçimde verildiği zaman yapabilirler. Soyut bilgiler verildiğinde yetersiz görünürler. İlkokul çağındaki çocuklar somut bir dönüşümü zihinsel olarak tersine çevirebilir ve belirli bir zamanda bir durumun birçok yönünü ele alabilirler.

SOYUT İŞLEMLER	12 yaş ve üzeri	Soyut işlemlere ulaşan ergenler varsayımlar kurabilir, mantıksal sonuçlar çıkarabilir ve ister somut ister soyut biçimde sunulmuş, karmaşık sorunları sistemli biçimde çözebilirler.
----------------	-----------------	--

Piaget'e göre, çocuk bir dönemde kazanması gereken tüm gerekli biliş yapılarını oluşturduğunda o dönemdeki gelişimini tamamlamaktadır. Kurama göre, çocuklar bu gelişim aşamalarının sırasıyla geçmelidirler. Dolayısıyla bir gelişim dönemi atlayarak diğerine geçilememektedir (Furnham, 2010).

Piaget, daha önce psikoanalistler tarafından "yönlendirilmiş düşünme" ve "yönlendirilmemiş düşünme" (otistik düşünme) olarak ayrılan düşünmeyi farklı şekilde değerlendirmiştir. Buna göre, yönlendirilmiş düşünme bilinçlidir, dil tarafından iletişime geçilmesini sağlamaktadır. Otistik düşünme ise bilinçaltı olarak tanımlanmaktadır. Çözölmeye çalışılan problemler bilinçte içerilmez ve gerçekliğe uyarlanmamıştır ancak kendi içinde bir hayal dünyası yaratmaktadır. Gerçekliği kurmaya değil, arzuları doyurmaya yönelmektedir (Vygotsky,1998). Aşağıda sırasıyla Piaget'in evleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Otistik düşünme, bilinçaltında olduğu için iletişime geçilmemiş düşünmedir. Bu düşünme sadece kendisi için imgelemelerden oluşan hayali bir dünya yaratmaktadır, dolayısıyla gerçekliğe adapte olamamaktadır. Piaget'e göre, çocuk, tıpkı annesi tarafından istekleri karşılanan bir bebeğin düşüncesinin, sadece isteğinin karşılanmasına yönelik olması gibi aslında sadece hayallerinin ve isteklerinin gerçekliği olan "kendi gerçekliğini" üretmektedir. Dolayısıyla sadece talep ve arzularını karşılamaya yöneliktir ve ihtiyaç duyulmadığı için mantıktan (akıl yürütme) yoksundur (Vygotsky, 1998).

Bu araştırmada işlem öncesi dönem (preoperational stage) araştırma konusu olarak ele alınacaktır. Bu sebeple yazının devamında bu dönemden detaylı olarak bahsedilecektir.

İşlem Öncesi Düşünce (Benmerkezci Düşünme), sözel ve algısal bir alana aittir. Çocuk bu dönemde içsel bir monolog halindedir. Bir çocuk 6-7 yaşlarına kadar benmerkezci evrededir. Bu çocuklar, hemen karar verdiklerini düşündürecek tarzda eylemlerde bulunmaktadırlar yaşça büyük olanlar ise diğerlerinden farklı olarak uzun bir düşünme süreci ardından karar vermektedirler. Bu dönemde işlemler, çocuğun fiziksel olarak yapmadan önce zihnen, akıl yoluyla kabul ettiği faaliyetler bütünüünün içselleştirilmesidir. Aynı zamanda mantık ilkelerini ve kesin kuralları üst derecede kendine uydurma ve organize etmedir (Vygotsky, 1998; Bayhan ve Artan, 2007).

Çocukta akıl yürütme, 2-4 yaşları arasındaki üç farklı biçimde ortaya çıkmaktadır. Çocuk daha önce görüp yaşadığı olaylardan yararlanır. Çocuk keyfi olarak gerçekleri değiştirmektedir ve genelden özele ya da özelden genele bir akıl yürütme söz konusu değildir. Bu dönemin başlarında ben-merkezli konuşmalar giderek azalmakta ve yerini karşılıklı konuşmalara bırakmaktadır (Günçe, 1973).

Dolayısıyla Piaget'nin işlem öncesi döneminde dil kullanımının daha da belirginleştiği görülmektedir. Çocuğun 2-7 yaş aralığını kapsayan bu dönemde, çocuk dil yeteneklerini ve sembol oluşturma becerisini geliştirir. Belirteçleri anlamlardan ayırt etmeye başlar. Başka bir deyişle, nesnel durum, objelerin yerine geçen kelime ve imgelerle bu kelime ve imgelerin ifade ettiği algılanmayan durumları birbirinden ayırır. Piaget'ye göre sinkretizm olarak tanımlanan ve birbirinden farkı şeylerin aynı kümelerde toplanması bu dönemde ortaya çıkar. Piaget bunu kavram öncesi düşünce kabul eder ve benmerkezci olduğunu söyler. Bu bağlamda, çocuk sadece kendi bakış açısıyla düşünür ve kendisini eleştiremez (Tuna, 2006).

Sosyalleşmiş Düşünme, diğerleri ile ilişkiye girilen bir düşünme türüdür. Ebeveynler yalnız başlarına olsalar dahi sosyal bir şekilde düşünmektedirler, yedi yaşının altındaki çocuklar sosyal ortamda diğerleriyle birlikte olsalar daha benmerkezci düşünmektedirler.

2.1.2. Düşünme

Olaylar, nesneler ve durumlar yerine onların zihinsel tasarımlarını kullanarak bir karara varma, bir problemi çözme amacı ile yapılan zihinsel işleme düşünce denir (Kırpınar, 2008).

Zıllıoğlu'na (2010) göre, yolda giderken, otobüs durağında beklerken sınıfta tartışırken, her ortamda ve her durumda sesli ve sessiz düşünüyoruz. Bazı konularda düşünürken zorlanıyoruz, bazılarında ise düşüncelerimizi kolayca toparlıyor ve dile getirebiliyoruz. Bazen de aklımıza düşünmek istemediklerimiz geliyor, "kötü" düşüncelerden kaçınmak için düşüncelere sığınıyoruz.

Düşünme bilişin mücevheridir. Bu taş olağanüstü bir şekilde parlaktır; bazı insanlarda, hatta ortalama insanlar arasında bile, muhteşemdir; aslında bu süreç hepimizde bulunmaktadır ve türümüze ait mucizelerden biri olarak tanımlanmaktadır. Düşünme, bilginin işlendiği içsel bir süreçtir. Düşünce yönlendirilebilir, problem çözmeyi sağlar ve yapısal düzeyde yeni bir zihinsel temsilin oluşmasına neden olmaktadır (Solso, McLin ve McLin, 2009). Dolayısıyla belleğin, deneyimin, beyin hücrelerinde biriktirilmiş bilginin tepkisidir. Sonuç olarak düşünce, gelişimin ve evrimin sonucudur bu da zamandadır (Krishnamurti, 2000).

Piaget'e göre düşünme, "hayatı anlamlandırmak için bir amaçtır" (Akt: De Bono, 1993).

Normal düşünce; bir problem ya da bir iş, görev veya eylem tarafından başlatılan kavram, fikir, sembol, sözcük ve çağrışımların belli bir mantık düzeni içinde amaca yönelmiş biçimde akışıdır (Kırpınar, 2008).

Mantık düşünme bilimi iken düşünce veya düşünme zihinde bir konuyu düşünmenin genel süreciyle ilgilidir. İki insan aynı şey hakkında düşünebilmekle birlikte, her ikisinin düşünmeyle ulaştığı sonuçlar farklı olabilir; biri mantıklı, diğeri mantıksız olabilir (Solso, McLin ve McLin, 2009). Böyle olmasının başlıca sebepleri arasında düşüncenin çarpıtılmasından söz edilmektedir. Literatürde

düşünce çarpıtılması bilişsel çarpıtmaları olarak geçmektedir (Shepherd, 1995; Türkçapar, 2014; Reinecke ve diğ. 2015).

Bilişsel yapıda yer alan işlevsiz inançlar bireyin düşüncesini biçimlerler ve psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara yol açarlar. Bilişsel hatalar bilgiyi işleme sürecindeki özgün yanlılıklar veya eğilimler olarak görülmektedir. Bilişsel hatalar bilginin hatalı işlenmesi sonucunda duruma uygun olmayan ve duygusal sıkıntıya yol açan otomatik düşüncelerde görülen özelliklerin sınıflandırılmasıyla çeşitli bilişsel çarpıtma kategorileri ortaya çıkmaktadır (Türkçapar, 2014) bunların özellikleri aşağıdaki gibi açıklanmaktadır Shepherd, 1995; Türkçapar, 2014, Reinecke ve diğ., 2015).

1. *Tünel Görüşü (Tunnel Vision)*: Bu düşünceyle geçmişte olan olumsuz olaylar anımsanarak gelecekte de bu olayın aynısının olacağı kabul edilir. Yapılan olumsuz tahmini destekleyen kanıtlar aranır. Diğer bakış açıları ve alternatif çözüm yolları göz ardı edilir. Örneğin: "Diğerleri gibi bu partinin de sıkıcı olacağını düşünüyorum".

2. *Felaketleştirme (Catastrophic Thinking)*: Bu bilişsel hata, kişilerin, en kötü senaryonun gerçekleşeceğine inanmasına sebep olmaktadır. Örneğin: "Buna katlanamam" ifadeleri çok sık kullanılmaktadır.

3. *Aşırı Genelleme (Over Generalization)*: Sınırlı sayıda örneği temel alarak oluşturulmuş bir genel kurala inanmak ve bunu izlemektir. Örneğin eşi tarafından terk edilen birisinin "benimle hiç kimse ilgilenmeyecek ve sevmeyecek".

4. *Seçici Soyutlama (Selective Abstraction)*: Aşırı genelleme ile benzer bir şekilde, bu çarpma türünde kişiler hata ve başarısızlık yönünden kendilerini değerlendirirler. Seçici soyutlama başladığında, kişi, geçmişteki tüm olumlu deneyimleri bir kenara bırakarak, yoğun bir şekilde olumsuz koşullara odaklanır.

5. *Keyfi Çıkarsama (Arbitrary inference)*: Yeterli kanıt olmaksızın sonuç çıkarmak. Örneğin: "Bana acıdığı için beğendiğini söyledi".

6. *Olumluyu azımsama, olumsuz abartma (magnification and minimization)*: Olayların önemini çarpıtmak.

7. *Kişiselleştirme (personalization)*: Kendisiyle bağlantısı olmayan olayları, kendisine yönelik değerlendirmek.

8. *Hep ya da hiç tarzı düşünme*: Bütün yaşantıları iki karşıt kategoride toplamak

9. *Kara ya da Beyaz (Black and White)*: Bir şeyin ortası yoktur, bir şey ya beyazdır ya siyah ya harika ya da korkunç şekilde berbatır. Bunun gibi iki değer arasında bir değer olmadığı kabul edilir. Örneğin: Ya benden yanasın ya da bana karşısin".

10. *Olumsuz Düşünce (Negative Thinking)*: Bu düşünceyi düşünen kimse, bir haber okuduğunda ya da izlediğinde aynı şeyin ona da olacağından endişelenir. Örneğin: "İki gündür birbirimizi görmedik. Sanırım ilişkimiz sona ermekte". Birey olumsuz sonuçları önceden kestirerek, en olumsuz sonuçları düşünerek kendini hayal kırıklıklarından korumaya çalışmaktadır.

11. *Suçlama (Blame)*: Birey düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının kendi kontrolü altında olduğunu düşünebildiği gibi, kendisinin de dışarıdan denetlendiğini, çaresi olduğunu düşünebilir.

12. *Duygudan Sonuca Ulaşma (Emotional Reasoning)*: Tersine kanıtlar olmasına rağmen bunları yok sayarak ya da ihmal ederek sadece öyle hissedildiği için (aslında inanıldığı için) bir şeyin doğru olduğuna inanma. Örneğin: "Korktuğuma göre tehlikeli bir durum var".

13. *Öz-Bilinçlilik (Self-Consciousness)*: Birey bu düşünceyle çevresindeki her şeyin kendisiyle ilgili olduğunu düşünür. İnsanların yaptığı davranışların, söylediği sözlerin bireye karşı bir tepki olduğunu algılama eğilimindedir. Sürekli başkalarıyla kendini karşılaştırma ve bunun sonucuna dair değerlendirmeler yapılır.

14. *Zorunluluk İfadeleri*: -meli, -malı düşünce tarzı adı da verilen bu düşünce biçiminde kişinin kendisinin, diğerlerinin nasıl davranması ve dünyanın nasıl olması gerektiği konusunda katı kuralları vardır, "herkesi memnun etmeliyim" gibi.

Genel olarak bakıldığında düşünce: kişinin öğrenme süreci içinde kazandığı kavramlar, kullandığı imgeler, düşünce ve hareketler, sözcük ve terimler gibi simgeler aracılığıyla gerçekleştirilen zihinsel faaliyet; çıkarsama; akıl yürütme, anımsama, kuşku duyma, isteme, hissetme, anlama, kavrama gibi, bilinçli bir şekilde gerçekleştirilen zihinsel faaliyetlerin herhangi biri; karşılaştırmalar yapma, analiz, sentez, bağlantı kurma ve kavram gibi işlemlerden oluşan zihinsel bir süreçtir (Cevizci, 2000).

Bu zihinsel sürecin düşünce çarpıtmaları dışında düşünce çeşitleri de bulunmaktadır:

1- Düşünce, yalnızca içsel uyarıların etkisiyle belirlenen, sözcük öncesi bir süreçtir. Söz konusu düşünce türünün en önemli özelliği onun çoğunlukla bilinçli olmamasıdır. Bu tür bir düşünce sözcüklere dökülmemiş ve simgeleşmemiştir. Örneğin, belli bir isteğin insanı baskı altında bırakması sözcüklere dökülememektedir.

2- İçerik yönelik düşünce. Çoğunluk kişinin iste ve fantezilerine bağlı olarak, dış koşullar ya da yer, zaman, nedensellik bağintıları dikkate alınmadan gelişen düşünce türü.

3- Gerçeklik ilkesine bağlı olarak gelişen düşünce türü, dış nesnelerin gerçekliğini dikkate alır, söze dökülür ve dilin kurallarıyla mantık kurallarına uyar. Olağan yaşam koşulları altında uyum sağlamaya yönelik bir işlevi vardır.

4- Mantıksal düşünce, yaşanan tecrübeleri sonuçları arasında bağ kurmayı amaçlayan akıl yürütmenin yönlendirilmiş ve yapılandırılmış biçimidir.

5- Düşüncelerin bir amaç doğrultusunda bir araya getirilmesi ve düzenlenmesine yönelik mantıklı düşünce ise realist düşünce olarak tanımlanmaktadır. Nesneler, kavramlar, ya da bilgi kaynakları arasında bağ kurma, değerlendirme, yargılama, problem çözme, yeni çözümler bulma gibi değişik şekiller alabilmektedir (Cevizci, 2000).

2.1.3. Akıl Yürütme

Akıl yürütme, insanın ilk baştaki verilerin ötesinde bir bilgi seti oluşturması ve sonuca ulaşmasını içeren bilişsel bir süreçtir. İnsanın olay ve durumlarla alakalı ulaştığı beklentiler, genellemeler ve iddialar akıl yürütmenin bir sonucu olarak değerlendirilebilir (Kurtz, Gentner ve Gunn, 1999).

Akıl yürütme, en az iki düşünce arasında bu düşüncelerden birini öbürünün kanıtlayıcı olarak ele alıp buradan bir sonuca ulaşmaktır. Bir başka deyişle, akıl yürütme kanıtlama, ispat dediğimiz bir düşünme işlemidir. Akıl yürütmede, kanıt, gerekçe durumundaki önerme veya önermelere “öncül”, kanıtlanan, gerekçelendirilmiş önermeye ise “sonuç” önermesi denmektedir (Doğan, 2012). Önermelerden doğru veya yanlış sonuçlara ulaşabilmek için bir akıl yürütme sürecine girilmesi gerekmektedir. Bu süreç geçerli olabilir de olmayabilir de. Akıl yürütme süreçlerinin doğruluğundan ziyade geçerliliği veya geçersizliği önemlidir ve bu sebeple bu iki terim yerinde terimlerdir. Bir olayın incelenmesi için gerekli öncüller, tümdengelim akıl yürütme sürecinde, büyük ölçekten küçüğe doğru gitmeyi gerektiriyor ise, bunun aksi olan tümevarımlı akıl yürütme süreci uygulanırsa, bu geçersiz bir akıl yürütme olur. Bu durumda, bu akıl yürütme ile doğru olabilecek önermelere de varamayız. Buna göre, önermelerin doğruluğunu göstermek için kullanılacak akıl yürütme sürecinin de geçerli olması gereklidir. Ancak bu suretle geçerli akıl yürütmeler ile önermelerin doğruluğuna veya yanlışlığına karar verebilir. Ulaşılan son bilgiler geçerli akıl yürütme ile doğru veya yanlış olabilir. Ancak bu doğruluk veya yanlışlığın tutarlı olup olmadığı da sorgulanmalıdır. Tutarlılığın olabilmesi için hem öncüllerin doğru olması hem de bu doğru öncüllerden, zorunlu olarak bir sonuç çıkması gerekir (Şen, 2003).

Akıl yürütme süreçleri tümdengelimli, kıyas yoluyla, tümevarımlı mantık tekniği olarak açıklanmaktadır.

Tümdengelimli akıl yürütme (deductive reasoning) tekniğinde öze sonuçlar, daha genel prensiplerden çıkarılır. Bu mantık tekniğinde dört temel mesele ele alınmaktadır.

1. İlişkiye dayanan çıkarımlar (inferences), *daha büyük, sonra ve sağında* gibi ilişkilerin mantıksal özelliklerine dayanılmaktadır.

2. Önermeye dayanan çıkarımlar *eğer veya ve* gibi bağlaçlar üzerine temellendirilmiştir.

3. Kıyas, *bütün* veya *bazı* gibi her biri tek bir niteleyici kapsayan önermeler çiftine dayanmaktadır.

4. Niteleyici çıkarımların çoğaltılması, “*Bazı Fransız köpekleri başka herhangi bir köpek türünden daha pahalıdır*” gibi birden fazla niteleyici kapsayan öncüllere dayanmaktadır.

Kıyas yoluyla akıl yürütmeyi kullanan ilk araştırma, katılımcının bir problemi zihninden çözerken "zihninde neler olduğunu" bildirmesine dayanır. İnsanların öncüllerin ilk oluşan içsel temsillerine- bazen hayal edilmiş temsillere- dayanan kıyaslama problemlerinde yargılar çıkarma eğiliminde oldukları düşünülmektedir. Bu içsel temsiller bir kere oluştuğundan sonra, bunlara mantıksal düşünmeyi uygulamak mümkündür.

Tümevarım yoluyla akıl yürütmede (Inductive reasoning) bir yargı, olasılık ifadesi bağlamında, genellikle dolaylı olarak veya doğrudan ifade edilir. Günlük yaşamda çoğunlukla, iyi akıl yürütmeye dayanan bir kıyas paradigması yerine, geçmiş deneyimlere ve olası alternatiflerin en iyisinin hangisi olduğuna dayanan tümevarım yoluyla kararlar alınmaktadır (Solso, McLin ve McLin, 2009).

2.1.4. Karar verme (Decision making)

Karar verme, bütün olası çözümleri önceden bilinen özel bir problem çözme biçimidir. Dolayısıyla görev, yeni çözümle üretmek değil, önceden belirlenmiş ölçütlere göre, var olan en iyi çözüm ya da seçeneği belirlemektir. Karar verme sürecinde ilerlemenin mantıklı yolu, her seçeneği eldeki tüm ölçütlere göre değerlendirmek ve ölçütlere uygunluk derecesine göre sıralamaktır. Her seçeneği çekici özellikleri, olumsuz özelliklerini ödünleyebilir ya da dışlayabilir. Karar verme ile ilgili bu modele *ödünleyici model* adı verilmektedir. Ancak çoğu kişi karar vermede böyle dakik bir sistem kullanmaz. Daha çok ödünleyici olmayan modeller kullanılmaktadır.

Ödünleyici olmayan modellerde bir ölçütteki istenmeyen yönler başka ölçütlerin güçlü yönleri tarafından ödünlenemez. Başka bir deyişle, bir ölçütteki zayıflıkların başka bir ölçüt tarafından giderilmediği karar verme modelidir.

Başka bir model ise *temsil edicilik yöntemi*dir. Bu yöntem yargıda bulunma ve karar vermede kullanılmaktadır. Yeni bir durumun var olan tipik modele benzerliğine dayanarak değerlendirilmesini içeren kestirme stratejisi olarak tanımlanmaktadır.

Karar vermede yaygın olarak kullanılan diğer bir yöntem ise *ulaşılabilirlik*dir. Tam ve doğru bilginin bulunmadığı durumlarda, doğru olmasa da belleğimizden en kolay çağırabildiğimiz bilgilere göre karar veririz. Örneğin; kalabalık bir otoyolda aracımızı hız sınırında sürüyorsak diğer arabaların ya bizden yavaş ya da hızlı gittiği sonucuna varmamız doğaldır çünkü aynı hızda giden yüzlerce araç olsaydı ancak birkaç tanesini görebilirdik; ne biz onları geçebiliriz ne de onlar bizi. Dolayısıyla gördüğümüz araçların çoğu ya bizden hızlıdır ya da yavaş, ya biz onları geçersiz ya da onlar bizi.

Elimizdeki sınırlı verilerden elde edebileceğimiz doğal sonu. Hemen herkesin bizden daha hızlı ya da daha yavaş sürdüğüdür.

Ulaşılabilirlik ile yakından ilgili diğer bir hatalı kestirme *destekleme yanlılığı*dır. Destekleme yanlılığı, inançlarımızı ve kanılarımızı destekleyen kanıtları görüp, ters düşen kanıtları görmeme eğilimidir (Morris, 2002).

2.2. Bilişsel Davranışçı Sistem Analizi Terapisi (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP)

Bilişsel Davranışçı Sistem Analizi Terapisi, Amerikan Psikolog McCullough tarafından, özellikle kronik depresif hastaları tedavi etmeye yönelik geliştirilmiştir (Berking ve Rief, 2012). Beck'in yöntemine benzer olarak, kronik depresif hastaların streotip eğilimleri ve işlevsiz düşünce özelliklerini incelemiştir. Bu terapi yöntemini geliştirirken Piaget'in çocuklarda zihinsel gelişim ve algıma kuramından yararlanmıştır. Özellikle işlem öncesi dönem ve benmerkezci hipotezini çalışmasında merkez almıştır (Frörtl, 2012).

McCullough, kronik depresyon hastalarında kişilerarası otantik empati yeteneklerinin olmadığını ve kendi davranışlarını (deneyimlerini) çevreye uyumladıklarını bu durum ise omuzlarında ağır bir yük olduğunu söylemektedir (Frörtl, 2012).

McCullough kronik depresyon hastalarını etiyoloji açısından da ele almıştır; bu hastaların bilişsel ve duygusal gelişimleri erken gelişim döneminde birçok ruhsal ve fiziksel travmaların sebep olduğu olumsuz öğrenme deneyimleri sebebiyle yavaşlamakta veya zarar görmektedir. Gelişim açısından bu durum yaşam ve çevre hakkında edinilen olumsuz depresif varsayımları hatta yeni edinilen deneyimleri düzenlemekte zorluk yaşamaya sebebiyet vermektedir. (McCullough, 2012).

McCullough göre, çocukluk çağı travmaları sebebiyle kronik depresif hastalarda, bilişsel gelişim dönemlerinde duraklama olmakta (Piaget'in termonolojisi açısından bu dönem pre-operasyonel döneme tekabül etmektedir) veya bilişsel gelişimin son evresi olan formel işlemler dönemine gelememektedirler (Frörtl, 2012).

Klinik gözlemler neticesinde kronik depresif hastalarla pre-operasyonel dönemde bulunan çocuklar arasındaki benzerlikler incelenmiştir (Frörtl, 2012):

- her ikisi evrensel ve mantık öncesi düşünme biçimini sergilemektedir
- her ikisinin düşünme süreçleri ve mantık yürütme becerileri muhatapları tarafından etkilenmemektedir
- her ikisi hem kendileri hem de başkası açısından bakıldığında benmerkezcidir
- her ikisinde değişik monologlarla kendi kendilerine konuştukları görülmektedir

- kişiler arası otantik empati yetenekleri yoktur
- her ikisinin de stres altında duygularını kontrol edemedikleri görülmektedir.

Dolayısıyla bir yetişkinle yapılan terapi aşamasında onun, sosyal, kişiler arası ilişkiler ve duygusal olarak pre-operasyonel dönemde bulunan bir çocuk olduğu hatırlanmalıdır.

CBASP'nin Terapi hedefleri aşağıdaki gibidir (Berkin ve Rief (2012):

- Depresif hastalar birçok durumda önyargılı (düşmanca, ihtiyatlı, şüpheli) davranmakta, çoğunlukla muhataplarıyla olumsuz/ mesafeli etkileşim kurmakta (kendilerini izole ederler) vb.. Başkalarıyla kurulan bu etkileşimler hayal kırıklığı yaşatmaktadır ve böylece depresif eğilimler artmaktadır. Bu sebeple depresif hastalar, fonksiyonel olmayan davranışlarının sonuçlarını tanımalıdır.

- Hasta, 'uyaran karakterini' tanıyabilmeli; hem kendisinin başkalarına yönelik olan hem de başkalarının kendisine yönelik olan uyarıcı değerlerini tanımalı. Genel olarak şu şekilde açıklayabiliriz; hasta, kendi davranışlarının başkaları üzerindeki etkilerini ve başkalarının davranışlarının onun üzerindeki etkilerini değerlendirebilmelidir.

- Bu zamana kadar kişilerarası durumların yarattığı hayal kırıklıklarıyla başa çıkabilmek adına yeni beceriler ve başa çıkma yöntemleri öğrenmelidirler.

- Gerekli durumlarda hem hastaları hem de sosyal algılarını etkileyen geçmiş dönem travmaları üzerinde çalışılabilir.

2.3. Ruhsal Bozukluklar ve Bilişsel Süreçleri

Her gün doğal olarak binlerce muğlak bilgiye maruz kalmakta ve onları işlemekle meşgul olmaktadır. Bu bilgi kaynakları hakkında nasıl bir karara vardığımız ise dünyaya nasıl bir tepki verildiğiyle alakalıdır. Maruz kaldığımız her bilgiye/olaya/duruma dair nasıl bir akıl yürütme sürecinde bulunduğumuz ise farklılık göstermektedir. Bu farklılık, ruhsal bozukluğu olan ve hastalığı olmayan bireyler arasında gözlemlenmektedir. Bunun dışında bazı faktörlerde yine akıl yürütme sürecini farklı etkileyebilmektedir örn. iş performansları, fiziksel durum, sosyal durumlar gibi (Harvey ve diğ., 2004).

Aşağıda bazı psikolojik bozuklukların kullandıkları bilişsel süreçlere dair yapılan çalışmalara değinilecektir. Bu çalışmada pre-ödüpal (işlem öncesi) dönem üzerinde durulmaktadır fakat Literatür'de bu düşünce içeriğini ölçmüş olan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kühnen ve diğ. (2012) bu düşünce içeriğini ölçebilmek adına kişilerin kendi değerlendirebileceği Luebeck anketini geliştirmişlerdir. Bu ölçek hakkında daha sonra detaylı olarak bilgi verilecektir.

2.3.1 Madde Kullanımıyla İlişkili Bozukluklar ve Bilişsel Süreçleri

2.3.1.1 Tanı

Tablo 2. DSM 5 ve ICD-10 Tanı Kriterlerine göre Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları

DSM 5.	ICD- 10
1. Madde ile İlişkili Bozukluklar Alkolle İlişkili Bozukluklar Kafeinle İlişkili Bozukluklar Kenevirle (Kannabis) İlişkili Bozukluklar Varsandiranla (Hallüsinojenle) İlişkili Bozukluklar Uçucuyla (İnhalanla) İlişkili Bozukluk Opiyatla İlişkili Bozukluk	1. Zihin ve davranış bozuklukları, alkol kullanımına bağlı 2. Zihin ve davranış bozuklukları, opioid kullanımına bağlı 3. Zihin ve davranış bozuklukları, kannabinoid kullanımına bağlı 4. Zihin ve davranış bozuklukları, sedatif veya hipnotik kullanımına bağlı 5. Zihin ve davranış bozuklukları, kokain kullanımına bağlı 6. Zihin ve davranış bozuklukları, kafein ve diğer stimülanların kullanımına bağlı 7. Zihin ve davranış bozuklukları, hallusinojen kullanımına bağlı 8. Zihin ve davranış bozuklukları, tütün kullanımına bağlı 9. Zihin ve davranış bozuklukları, uçucu çözücü kullanımına bağlı 10. Zihin ve davranış bozuklukları, birden fazla ilaç ve diğer psikoaktif kullanımına bağlı
2. Dinginleştirici, Uyutucu ya da Kaygı Gidericiyle İlişkili Bozukluk Uyarıcıyla İlişkili Bozukluk Tütünle İlişkili Bozukluk Diğer (ya da Bilinmeyen) Bir Maddeyle İlişkili Bozukluk Maddeyle İlişkili Olmayan Bozukluklar	

2.3.1.2. Sıklık ve Yaygınlık

Ülkemizde 2011 yılında TUBİM tarafından ülke örnekleminde ilk kez yapılan Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM GPS Araştırması) ve Türkiye'de Okullarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM SPS Araştırması) sonuçlarına göre esrar dâhil herhangi bir uyuşturucu maddeyi en az bir kez deneyenler (yaşam boyu madde kullanımı prevalansı) 15-64 yaş grubunda %2,7; 15-16 yaş grubunda ise %1,5 olarak belirlenmiştir. Erkeklerde yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %3,5 iken, kadınlarda % 2,6'dır. Eğitimsizlerde yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %2,6 iken, ilkokul mezunlarında %2,4, ortaokul mezunlarında %3,2, lise mezunlarında % 2,6, üniversite mezunlarında %3,1'dir (İlhan, 2013).

Ögel, Tamar, Evren ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada; 2000 yılında 9 ilde 15-17 yaş grubundaki 11.989 öğrenci arasında, son bir ay içerisinde tütün kullanımı %27; son bir ay içerisinde

alkol kullanımı %15,9; yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %3; yaşam boyu en az bir kez uçuucu madde kullanımı %1,9; son bir ay içerisinde eroin kullanımı %1,2; son bir ay içerisinde ecstasy ve kokain kullanımı %1 olarak tespit edilmiştir.

Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre ise yetişkinlerin %90'ının yaşamlarının herhangi bir döneminde alkol kullanımları saptanmıştır. Erkeklerin %10'unda, kadınların ise %3-5'inde alkol bağımlılığı gelişme riski olduğu vurgulanmıştır. Aynı çalışmada alkol kullanım bozukluğu ya da madde kötüye kullanımı olan kişilerin %53'ünün başka bir psikiyatrik ek tanı aldıkları bildirilmiştir (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith ve Judd, 1990).

2.3.1.3. Risk Faktörleri

Madde kullanım bozukluğuna dair risk faktörleri literatürde yer alan çeşitli kaynaklardan derlenmiştir (George, 1991; Kafka ve London, 1991; Bahr, Marcos ve Maughan, 1995; Tamar, Ögel ve Çakmak, 1997; Gilman, Abraham ve Buka, 2003; Beyazyürek ve Şatır, 2004; WHO, 2004; Möller, Leux ve Deister, 2005; Öztürk, 2006; Gezek, 2007; Gürol, 2008; Uzbay, 2009; Yıldız, 2011; Kulaksızoğlu, 2008; Swendsen, Burstein, Case ve diğ., 2012; İlhan, 2011; Tekalan, 2012; Moukaddam ve Ruiz, 2013).

2.3.1.3.1. Çevresel Faktörler (Sosyal Çevre, Etkileşimler ve Arkadaş Çevresi)

Bağımlılık yapıcı madde ile ilgili toplumsal algı, yetersiz yasal denetleme, maddenin yaygınlığı, ulaşılabilirliği ve teminin sağlanması, ekonomik durum, akran davranışları maddenin ilk kullanımında önemli rol oynamaktadır.

2.3.1.3.2. Maddeye Bağlı Faktörler

Bağımlılık yapıcı maddeler beyinde ödül sistemini etkilemekte ve madde kullanan kişilerin duygu durumunda dalgalanmalara sebep olmaktadır. Bağımlılık yapıcı maddelerin diskriminatif (kendini tercih ettirici, ayırt ettirici) özellikleri, pozitif pekiştirici etki ile karşılıklı potansiyelize edici yönde bir etkileşimin sonucu olarak ortaya çıkar. Bağımlılık yapıcı maddelerle önce pozitif pekiştirme oluşur. Pekiştirme madde alınmadığı zamanlarda maddenin kendini tercih ettirici veya onu başka ilaçlardan ayırt eden özelliğine bağlı olarak tekrar hatırlanır ve madde alımı sürdürülür. Böylece diskriminatif özellik pozitif pekiştirme ile birlikte doğrudan 'ilaç arayışı davranışının' gelişmesine katkıda bulunmaktadır.

2.3.1.3.3. Kişisel Faktörler

Kendini değersiz ve eksik yanları olan biri gibi algılayan, kaygılı, kendini iyi ifade edemeyen, düşük benlik algısı, yetersiz başa çıkma becerileri, yetersiz öfke kontrolü, heyecan ve yenilik arayışı, depresyon, anksiyete ve stresli yaşam olayları bireysel risk faktörleri arasındadır.

Bunun dışında gençlik faktörü de yine önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Ergenlik dönemi gençlerin cinsiyetlerinin belirlenmesine yönelik hormonal faaliyetlerin en yoğun olduğu

dönemdir. Bu durumun verdiği farkla toplumsal veya ailesel kuralları kişiliğin gelişimi engel teşkil etmektedir. Kurallara uymama, meydan okuma davranışı, çabuk öfkelenme ve öfkeyi kontrol etmede güçlük suç teşkil edebilecek davranışların kolayca ortaya çıkmasına neden olurken; risk almayı büyümenin bir ölçütü olarak algılama madde kötüye kullanmayı deneme gibi kuraldışı davranışları kolaylaştırmaktadır.

Oluşan bazı kişilik bozuklukları madde bağımlılığı riskini arttırabilmektedir. Özellikle antisosyal, borderline, paranoid tipteki kişilik bozukluklarında saldırganlık, şiddet, alkol ve madde kullanmaya ve bağımlılık geliştirmeye yatkınlık gözlenebilir.

2.3.1.3.4. Ailesel Faktörler

Ailede bağımlılık yapıcı madde kullanımının olması, aile içi iletişimde yetersizlik, parçalanmış aile, aşırı baskıcı tutum, aile bağlarının zayıf olması, aileden uzaklaşma isteği, aile içinde sevgi eksikliği yetersiz denetim, olumsuz ebeveyn modeli ailesel risk faktörleri olarak sayılabilir.

2.3.1.3.5. Akran Grubuna Ait Faktörler

Sosyal ortamlarda akran grubuna dâhil olma isteği, akran baskısı, madde kullanan akranlarla iletişime geçilmesi, akran grubu içerisinde performans ve başarısını arttırma isteği, yalnızlık risk faktörleri arasında sayılabilir.

2.3.1.3.6. Genetik Faktörler

Yapılan ikiz, evlat edinme ve aile çalışmalarında madde bağımlılığının genetik geçiş gösterebildiği, alkolik ebeveynlerin çocuklarında madde bağımlılığının daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir.

2.3.1.4 Etiyoloji

2.3.1.4.1. Biyolojik Faktörler

Bağımlılıktan, ventral tegmental alandaki dopaminerjik nöronların nucleus accumbens'e verdiği projeksiyonlar sorumlu tutulmaktadır. Nucleus accumbens'in medial kısmı bağımlılık gelişiminde önemli bir bölgedir. Buradaki dopamin salınımı amfetamin ve kokain bağımlılığını pekiştirmektedir. Opiyatlar nucleus accumbens üzerindeki opiyat reseptörleri aracılığıyla bağımlılık oluştururlar. Bulgular maddelerin hepsinde aynı bölgedeki dopaminerjik nöronların etkili olduğunu göstermektedir (Öz, 2001).

2.3.1.4.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı psikoloji ekolüne göre alkol tutkusu koşullanma sonucu oluşur. Anksiyete →alkol→ anksiyetenin giderilmesi örüntüsü tekrarlı uygulamalar sonucu öğrenilir. Alkol yoluyla uyuşturma, anksiyeteye karşı kullanılan diğer uyum mekanizmasına oranla daha kolay yerleşir. Öğrenme ilkeleri açısından, içilen her bardak içki anksiyeteyi biraz daha azalttığından alkole yönelen

davranışları pekiştirir. Böylece kişi alkole karşı bedensel bir bağımlılık geliştirdikten sonra, alkol alınmaması durumunda ortaya çıkan bedensel belirtileri hafifletmek amacıyla daha fazla miktarda alkol almak zorunda kalır. Sonunda alkole yönelik bir ihtiyaç ve bu ihtiyacın giderilmesi biçiminde bir döngü yerleşmiş olur (Geçtan, 1997).

2.3.1.4.3. Varoluşçu Kuram

Bu kuramın temelini oluşturan görüş şöyle açıklanabilir: kişi kendinden ve seçimlerinden sorumludur. Varoluşunun getirdiği huzursuzluk ve kaygının çözümünü bulması, varoluşunun anlamına varması ile olasıdır. Sıkıntılarını bu yolla çözüme kavuşturamazsa çözümü bir başka maddede arayacaktır. Psikoaktif madde kullanımı işte bu noktada devreye girmektedir. Psikoaktif maddenin haz verici etkileri, yaşamın zorluklarına karşı kişiyi korumakta ve hoşnutsuzluk duygularını bastırabilmesine yardımcı olmakta, bu yolla da hazzı ulaşımı olası kılmaktadır. Psikoaktif madde, kişi için erişilmesi gereken bir amaç halini almışsa, kişinin varlığının amacı, anlamı haline gelmiş ise bu noktadan sonra bağımlılık aşamasından söz etmek olasıdır (Geçtan, 1997).

2.3.1.4.4. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik literatür bağımlılığın doğasını açıklarken çoğunlukla madde kullanımının haz verici etkisi üzerinde durmaktadır. Her ne kadar bazı araştırmacılar depresyon, anksiyete ve gerilimi altta yatan faktörler olarak kabul etseler de, madde kullanımının öforik- haz verici etkisine de özel bir yer ayırmaktadırlar. Madde kullanımının libidinal dürtülerin regressif doyuma sahip olduğu kabul edilmektedir. Bu teorik açıklamalardan farklı olarak Glover, madde kullanımının regressif değil progressif bir şekilde ilkel sadistik dürtülere karşı bir savunma ve psikozdan kaçınma olduğunu söylemektedir. Bağımlıların agresyonları ile başa çıkmada ciddi güçlükleri olduğunu gözlemlemiştir. Madde kullanımının cinsel ve haz verici yönünün altta yatan agresyona karşı savunucu bir cevap olduğunu vurgulamıştır (Tamar, 2015).

Öz'ün (2001) aktardığına göre, yapılan çalışmalar madde kullanıcılarından ego defektlerini göstermektedir. Bağımlı kişinin acı veren olaylarla başa çıkmada güçlüğü vardır. Maddeler sembolik olarak baş etmede yardımcı olmaktadır. Örneğin opiyat kullanımı acı veren bir öfkeyle baş etmeye yardım etmektedir. Alkol kullanımı paniği, nikotin kullanımının depresyonu kontrol ettiği söylenmiştir.

2.3.1.5. Madde Kullanım Bozukluklarındaki Bilişsel Süreçler

Reinecke ve diğ. (2012) aktardığına göre, kimyasal madde bağımlıların, korkuya ve sahip oldukları sevgi ve sükûneti sömüren geçmiş ya da gelecek yönelimlere dayalı bir düşünce sistemi geliştirmişlerdir. Örneği "geçmiş de gelecek de gerçektir, bunu her zaman hatırlamalı ve kaygılanmalıyım "ya da benim nasıl hissettiğimden diğerleri sorumludur" gibi inançlara sahiptirler.

Bağımlılıklarda yaygın görülen bilişsel çarpıtmalar ise şu şekildedir: (Gordon, 1985'den Akt. Reinecke ve diğ., 2015).

Aşırı Genelleme; Örneğin, hasta esrarlı bir sigaradan bir nefes çekmek suretiyle kaçamak yaptığında, bunu "iyileşme programının kendisinde işe yaramadığına" bir delil olarak kabul edecek ve sonraki kaçamakların önüne geçmeyecektir.

Seçici Soyutlama; Örneğin, altı aydır hiçbir şekilde madde kullanmamış bir kişi, katıldığı bir partide arkadaşıyla birlikte azot oksit soluduğu fikrini takıntı haline getirdi. Bütün tedavinin ve iyileşme sürecindeki ilerlemenin boşa gittiği düşüncesine takılı kaldı.

Aşırı Sorumluluk; Yineleme(relaps) bağlamında, hastalar, kendilerinin yeterli irade gücüne sahip olmadıklarını, kişiliklerinin yeterince gelişmediğini ya da madde kullanımından uzak durmak için ne gerekiyorsa bunun kendilerinde olmadığını düşünebilirler. Bu çarpıtmayı yapan hastalar, tezahür eden her türlü davranışı ya da durumu etkileyen diğer unsurları ya da değişkenleri hiç düşünmeden, kendilerini sorunun tek sebebi olarak görürler.

Geçici Nedensellik Varsayımı; bu bilişsel hata, aşırı genelleme çarpıtmasının "geçici" nitelikteki mukabilidir. Hasta, "bu geçmişte de böyleydi ve hep böyle kalacak" der. Bu yanılgı ile herhangi bir kaçamağı "sonun başlangıcı" olarak görür ve ayık kalmak için gösterilecek her türlü çabayı "verimsiz" olarak niteler.

Kendini Referans Alma; Aşırı sorumlulukta olduğu gibi sorunlarının kaynağı olarak kendilerini görürler ve diğer herkesin onları suçladığını ve onları küçük gördüğünü varsayarlar. Bu çarpıtma, madde kullanımına geri dönen hastaların yoğun suçluluk ve utanç hissi yaşamalarına yol acar.

Felaketleştirme; örneğin, hastalardan biri bir bira içtikten ya da bir miktar uyuşturucu kullandıktan sonra evsiz müptelalara döneceğine, bir uyuşturucu batağından diğerine sürükleneceğine ve sonunda sokakta savunmasız bir şekilde öleceğine inanmaktadır.

İkili düşünme; bu çarpıtma, hastaların iyileşme programlarına harfiyen uyduklarına ve ayık kalmak için ellerinden geleni yaptıklarına ya da sorumsuz davrandıklarına ve "programın gerekçelerini yapmadıklarına" inanırlar Ayık kalma durumunu "ya hep ya hiç" algısıyla ele alırlar.

2.3.1.6. Madde Kullanımıyla İlişkili Bozuklukları ve Bilişsel Süreçleriyle Alakalı Yapılan Çalışmalar

Madde kullanım bozukluklarında kötümser anlam yükleme tarzı kural ihlali veya perhiz ihlali ile ilişkilendirilmiştir (Marlatt ve Gordon 1985). Perhiz ihlali etkisi, örneğin alkol gibi madde alımı sıklığında kişinin kendisine dair bir kuralı az miktarda dahi ihlal etmesinin kendini kontrol anlamında tüm çabalarını terk etmesine yol açarak hastalığın kötüye ilerlemesidir. Perhiz ihlali etkisi teorisi hata yapma sebeplerinde dâhili(içsel), sabit ve evrensel yaklaşımların suçluluk ve kontrol kaybı duygularını

arttıracağını ve kişinin tekrar düzenli madde kullanımına dönme olasılığını da arttıracağını öngörmektedir.

Literatür'e bakıldığında madde kullanım bozukluklarıyla alakalı çok fazla düşünce özelliklerini ölçen çalışmalara rastlanmamıştır. Daha çok psikiyatrik gözlemler neticesinde yukarıda bahsedilen düşünce çarpıtmaları ve alkol bağımlısı kişilerde, benmerkezcilik, olgunlaşmamış ve içe yönelik düşünce biçimleri gözlemlenmiştir (Jellinek, 1952).

2.3.2. Duygudurum Bozuklukları ve Bilişsel Süreçleri

2.3.2.1. Tanı

Tablo 3. DSM 5 ve ICD-10 Tanı Kriterlerine göre Duygudurum Bozuklukları

DSM 5.	ICD- 10
1. İki uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar İki uçlu I Bozukluğu İki uçlu II Bozukluğu Siklotimi Bozukluğu Maddenin/ İlacın Yol Açtığı İki uçlu ve İlişkili Bozukluk Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İki uçlu ve İlişkili Bozukluk Tanımlanmamış Diğer Bir İki uçlu ve İlişkili Bozukluk Tanımlanmamış İki uçlu ve İlişkili Bozukluk	1. Manik epizod 2. Bipolar duygulanım bozukluğu 3. Depresif epizod 4. Yineleyen depresif bozukluk 5. İnatçı Duygudurum bozuklukları 6. Diğer Duygudurum bozuklukları 7. Tanımlanmamış Duygudurum bozuklukları
2. Depresyon Bozuklukları Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu Yeğîn (Majör) Depresyon Bozukluğu Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu	

2.3.2.2 Sıklık ve Yaygınlık

Duygudurum bozuklukları, bütün hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır. Ruhsal çökkünlükler Dünya Sağlık Örgütü tarafından en fazla yeti yitimine neden olan dördüncü halk sağlığı sorunu olarak bildirilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Oltmanns, Neale ve Davison'un (2003) aktardığına göre, Duygudurum bozukluklarının genel nüfustaki dağılım tahminleri, açıkça depresyon ve mani için kullanılan ölçütlere bağlıdır. Duygudurum bozukluklarında çağdaş ölçütlerin kullanıldığı çalışmalar bir takım tutarlı sonuçlar vermektedir. ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasına göre, İki Uçlu I Bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 0.8; İki Uçlu II Bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ise % 0.5'tir. Majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı çok daha yüksektir: toplamda % 4.9'tır.

En sık tek kutuplu bozukluk (Unipolar bozukluk- Unipolar Depresyon) e çift kutuplu bozukluk (Bipolar Bozukluk) şeklinde görülmektedirler. Tek kutuplu depresyonun değişik alt gruplarının yaşam boyu prevelansı %20 civarında bulunurken, yıllık prevelansı %10 civarında bulunur. Batı toplumlarında Tek uçlu- Unipolar depresyon daha yaygın bulunurken, Uzak Doğu toplumlarında bu oran daha düşük bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar İki Uçlu Bipolar Bozukluğun bütün formlarının toplam görülüş sıklığını %3 civarında olduğu, iki uçlu tip I'in sıklığının ise %1 civarında bulunduğu bildirilmektedir (Uğur, 2008).

Yapılan çalışmalara göre depresif epizodlar kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmektedir. Genel olarak depresyonda yaygınlık oranı %9-20, bipolar bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski %1-5 olarak bilinmektedir. Bütün öz kıyım olgularının %50-70'i Duygudurum bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Tedavi görmeyen depresyon olgularında ve bipolar bozukluk olgularında sakatlıkla ve ölümlerle sonuçlanan öz kıyım oranı %15 olarak bilinmektedir. Depresyon sıklığı arttıkça, uygun tedaviye rağmen hastaların işlevselliğinde önemli sorunlar oluşmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.3.2.3. Risk Faktörleri

2.3.2.3.1. Cinsiyet

Duygudurum bozuklukları açısından kadın ve erkekler incelendiğinde kadınlar bu bozukluk hakkında daha fazla belirtiler göstermektedir. Bu konuda hem hormonal açıdan hem de kadınların adet görmesi, gebelik dönemi ve postpartum dönemi etkili olmaktadır. Kadınların yaşamları boyunca erkeklere kıyasla 2kat daha fazla depresyon geçirdiği söylenmiştir (Schneider, 2012).

2.3.2.3.2. Yaş

45 yaş öncesi grupta bulunanlarda daha çok yaşam boyu devam eder. Tekrarlayan tek uçlu majör depresyon vakalarında ortalama yaş sıklıkla 30-35 yıl arasındadır. Tek hecmeli (tek atak) majör depresyon vakalarında ise ortalama yaş oranı biraz yüksek bulunmaktadır. Genetik yatkınlık halinin söz konusu olduğu durumlarda ise biraz daha erken yaş oranlarında görülmektedir. Sosyal stresörler gençlerde daha etkili olduğundan reaktif depresyonlar daha erken yaşlarda görülürken, izolasyon, kişiler arası iletişim kaybı, tıbbi hastalıklara ve düşkünlük durumlarına bağlı olan durumlara bağlı depresyonlar ileri yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Erken başlangıçlı depresyon türlerinde daima kadın-erkek oranı kadınlardan yana bir artış göstermektedir. İki uçlu durumlar için başlangıç yaşı 20 yaş civarındadır (Uğur, 2008).

2.3.2.3.3. Psikososyal Faktörler

Sosyal yapıda ortaya çıkan değişikliklerden ayrılık, boşanma ve dul kalma depresyon için bir risk faktörü oluşturur (Bland, Newman ve Orn, 1997).

Duygudurum bozuklukları işsizlik, boşanma ve gelir seviyesinde de azalmalara sebep olduklarından bu durumlar insanların sosyal seviye ve ilişkilerinde de bir gerilemeye yol açmaktadır (Uğur, 2008). Ülkemizde yapılan bazı araştırmalarda bu görüşü desteklemektedir. Araştırmalara göre, ekonomik sorunlar, eğitim düzeyinin düşük olması ve işsizlik özellikle depresyon açısından önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (Ünal ve Özcan, 2000; Deveci, Gürlek ve diğ., 2005).

2.3.2.3.4. Mevsim Faktörü

Mevsimsel duygudurum bozuklukları, biyolojik ritimlerde değişimlerin meydana geldiği, bir grup bozukluktur. Çok eski dönemlerden beri gözlemlenen, mevsimler ve çevresel faktörlerin belirgin rol aldığı durumlardır. Bu bozukluklar, her yıl belli mevsimde ortaya çıkan, depresyon ve mani epizotlarıdır. Özellikle ilk görüldüğü dönemden sonra her yıl aynı zamanda tekrarlar. En yaygın görülen tipi depresyon epizotlarıdır. Çoğu unipolardır ve her yıl tekrarlayan mani epizotları yaygın değildir. Bu nedenle MDB' ye kış depresyonu da denmektedir. Belirgin görünüm depresyon başlangıcının ilkbahar ve sonbaharda ortaya çıkan tiplerdir. İlkbahar başlangıçlı tip daha ciddidir, daha az görülür, özkıyım riski daha fazladır ve hospitalizasyonlar birlikte somatik tedavilerin kullanılmasını gerektirebilir. Sonbahar başlangıçlı tip ise daha yaygındır, daha hafif seyreder, ayaktan tedavi edilebilirler ve özkıyım riski daha azdır. Bu tipte yaz aylarında remisyon ve enerji artışı gözlenir ve 1/4'ü hipomanik kriterleri karşılamaktadır (Çalıyurt, 2001).

2.3.2.3.5. Çevre Faktörü

Duygudurum bozukluklarında çevre faktörünü oluşturan, çocuğun geliştiği ve büyüdüğü çevre, o çevrede kurduğu arkadaş ilişkileri, ebeveynlerden gördüğü sevgi, şefkat ve güven duyguları ile çevresinden gördüğü sosyal destekler, çocukluk döneminde yaşadığı ortamın aşırı kalabalık oluşu, ekonomik mahrumiyetler, yakın aile fertlerinin kötü alışkanlıkları veya ciddi fizik ya da psikiyatrik hastalıkları ile 'yüksek genetik risk durumuna sahip olma halinde', çevre faktörünün kötü gidişi önemlidir. Kalabalık ortamlarda yaşamın ortaya çıkardığı stres etkilerinin olumsuz yönleri kaçınılmaz olarak kendini belli etmektedir. Düzensiz ve sıkıntılı yaşanan bir şehir hayatı bile etkisini olumsuz göstermektedir. Bunların yanı sıra ani yaşanan mutluluk verici durumların da hassas kişilerde manik veya depresif atakları tetiklediği bilinmektedir (Uğur, 2008).

2.3.2.4. Etiyoloji

2.3.2.4.1. Genetik Faktörler

Duygudurum bozukluklarına yakınlığın temelde genetik olarak aktarıldığı kabul edilmektedir. Ancak, bireydeki bu genotip özelliğın 'etkin' hale geçmesi, kalıtsal olmayan çevresel faktörlerle modifiye edilmektedir. Monozigot ikiz çalışmaları duygudurum bozukluklarının ancak %50-70 oranında genlerle açıklanabileceğini düşündürmektedir. Bipolar bozukluk için %70'e çıkan bu oran; Majör Depresif Bozukluğun eş hastalanma oranı ise ancak %50 dolayında görülmektedir. Çalışmalar depresyon ve bipolar bozukluğu olan bireylerin aile öykülerine bakıldığında, birinci dereceden akrabalarında depresyon tanısı bulunduğunu göstermektedir (Fogarty, Russel, Newman ve Bland, 1994; Yazıcı ve Çakır, 2009; Balon, Layde ve Roberts, 2013).

2.3.2.4.2. Nörobiyolojik Faktörler

Biyojenik aminler: Duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde en çok üzerinde durulan Biyojenik aminler norepinefrin (NE), dopamin (DA) ve serotoninidir (5HT2). Depresyonda genel olarak NE, DA ve 5HT2 düzeylerinde düşmeden, manide ise artıştan söz edilmektedir. Yapılan çalışmalarda BOS, plazma ve idrarda NE yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksi fenilglolikol (MHPG), DA yıkım ürünü olan homovalinik asit (HVA), 5HT2 yıkım ürünü olan 5-hidroksi indol asetik asit (SHIAA) düzeylerindeki değişiklikler gösterilebilmektedir. Kullanılan antidepresan ilaçların etkileri bu nörotransmitterler aracılığı ile ortaya çıkmaktadır. Ancak son yıllarda sadece tek bir nörotransmitterin azalması ya da artması gibi basit bir durumdan çok daha karmaşık bazı değişikliklerin olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca nörotransmitterlerin düzeylerindeki değişikliklerden çok sinapstaki reseptörlerin etkinliğinden ve reseptör duyarlılığındaki değişikliklerden söz edilmektedir (Özpoyraz, ty.)

Uyku anormallikleri: Depresif kişilerde uyku bozukluklarının yanı sıra uyku EEG'lerinde de bazı anormalliklere rastlanmaktadır. Bunlar arasında uyku latansında uzama (yattıktan sonra uykunun

başlamasına kadar geçen süre), REM (Rapid eye movements =hızlı göz hareketleri) latansında (uykuya daldıktan sonra ilk REM uykusunun başlanmasına kadar geçen süre) kısaltma, ilk REM periyotlarının süre ve yoğunluğunda artma (normalde REM süreleri uykunun ikinci yarısında daha uzun sürerken, bu depresyonda tersine dönmektedir), ilk NREM (nonREM) periyodunda kısaltma ve delta dalgalarının miktarında azalma görülmektedir (Özgen, Aydın ve Bozkurt, 1994).

2.3.2.4.3. Psikolojik Faktörler

Bilişsel Kuram

Bazı psikolojik faktörler ağır depresyona yol açarken, bu bozukluğun nedenleri üzerine yapılan araştırmalar son yıllarda bilişsel çarpıtmalara odaklanmaktadır. Geçmişte veya yakın zamanda yaşanan yıpratıcı deneyimlere bir tepki olarak bireyde, kendi benliğine, geleceğine, dünyaya olumsuz bir bakış mevcuttur. Beck bu durumu bilişsel üçlü olarak adlandırmaktadır (Morris, 2002; Ercan, 2004; Möller ve diğ., 2005).

Psikoanalitik Kuram

Depresyonla ilgili ilk Psikanalitik görüşler Freud ve K. Abraham'a aittir. Yas ve depresyon arasındaki benzerlikler üzerinde durulmuş ve aralarındaki fark 'agresyonun bireyin kendine yönelmesi' modeli ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu kurama göre bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur. Kaybedilen kişi introjekte (içe-alım) edilir, yani sevilen kişinin tasarımı benliğin içinde saklanır. Ancak bu kişiye duyulan sevginin yanında bilinçdışı nefret, öfke gibi olumsuz duygular da bulunmaktadır. Bu duygular nedeniyle (yastan farklı olarak) kişi suçluluk hissederek, benlik saygısında düşme olur. Ayrıca introjekte edilen kişiye karşı duyulan agresyon- öfke bireyin kendisine yönelir (bu da öz kıyım davranışlarının nedeni olarak görülmektedir) (Yemez ve Alptekin, 1998).

Benlik (ego) Psikolojisi

Benlik psikolojisine göre, insanlarda güçlü, üstün, güvenli, iyi ve sevilen bir kişi olma arzuları vardır. Benliğin narsistik emelleri denilen bu arzular gerçekleşmesi mümkün olmayan düzeyde ise veya gerçekleştirmesini engelleyen durumlarla karşılaşıldığında kişinin benlik saygısında düşme olur, bu da depresyona neden olmaktadır (Yemez ve Alptekin, 1998).

Davranışçı Kuram

Erken yaşam dönemindeki deneyimlerle kişiler çeşitli davranış biçimlerini öğrenirler ve kendi yaşamlarında uygularlar. Bu kurama göre depresyon bir öğrenilmiş çaresizlik durumudur (Özpoyraz, ty.). Hastalar yaşamlarında karşılaştıkları güçlükleri ve sorunları aşabilecekleri, onlarla baş edebilecekleri ve yaşantılarını kendilerinin kontrol edebilecekleri düşünceleri gelişmemiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.3.2.4.4. Sosyal Faktörler

Majör depresif bozukluğun ortaya çıkışında yaşam olaylarının esas rolü oynadığı, özellikle çocuklukta ana-baba kaybının önemli olduğunu belirten çok sayıda görüşe rağmen, bunların ancak sınırlı bir önem taşıdığı düşünceleri de vardır. Eş kaybı ve işsizlik diğer çevresel risk faktörleridir. Hem depresif bozukluklar hem de bipolar bozukluk için, ilk hastalık döneminin bir yaşam olayı ile tetiklendiğine dair klinik gözlemler bulunmaktadır. Bu durum ilk hastalık döneminin kalıcı bir takım biyolojik değişiklikler (nörotransmitter düzeyinde, noronal düzeyde, intranoronal sinyal sistemi ve snaptik düzeyde) yarattığı ve sonraki denemleri stres faktörü olmadan da ortaya çıkabildiği şeklinde bir varsayımla açıklanmaktadır (Yazıcı ve Çakır, 2009).

2.3.2.5. Duygudurum Bozukluklarındaki Bilişsel Süreçler

Duygudurum bozukluğu hastalarında düşünce hızı yavaşlamıştır. Hasta düşüncelerini düşük bir ses tonu ile yavaş ve zorlukla söyleyebilmektedir. Çağrışımlarının düzeninde bir bozukluk yoktur. Düşünce içeriği geçmiş pişmanlıklar, acı veren olumsuz anılar, gelecek korkusu ile doludur. Kişi her olayda önce olumsuz yargılara, düşünceleri ve tutumları düşünmektedir. Bir bakıma bu kişiler yaşam olayları karşısında olumsuz ve karamsar senaryolar yazmaktadırlar (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Bu olumsuz düşüncelerin bilgi işleme sürecinin özellikleri keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleme, olumluyu azımsama, olumsuz abartma, kişiselleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme olarak tanımlanmaktadır.

2.3.2.6. Duygudurum Bozuklukları ve Bilişsel Süreçleriyle Alakalı Yapılan Çalışmalar

Depresyon tanısı almış hastalar hasta olmayan bireylere göre yazılı senaryolara karşı daha olumsuz yorumlamalarda bulunmaktadır (Butler ve Mathews 1983; Nunn ve diğ. 1997).

Farklı araştırmacılar yapıları korelasyon çalışmalarıyla depresyon ile akılcı olmayan inançlar arasındaki ilişkiyi incelemiştir ve sonuç olarak ikisi arasında güçlü bir korelasyon bulmuşlardır. (Nelson, 1977; Prud'homme ve Barron, 1992; Smith, 1989'dan Akt. David, Lynn ve Ellis, 2010).

Çok sayıda tutarlı bulgu, majör depresyon hastalarının umutsuzluk ve motivasyon kaybı ile ilişkilendirilebilecek kötümser yaklaşım tarzlarına sahip olduklarını göstermektedir. (Abramson et al. 1978; Sweeny et al. 1986; Seligman et al. 1988; Heimberg et al. 1989; Abramson et al. 1989b; Robins and Hayes 1995; Joiner 2001).

Birçok araştırma ise depresif hastaların fonksiyonel olmayan tutumlarına müdahale edilmezse, bu hastalarda depresif semptomlarda azalma görülmediğini savunmaktadır (Beckham, 1990; Blackburn, Jones & Lewin, 1986; DeRubeis & Feeley, 1990; Peselow, Robins, Block, Barauche & Fieve, 1990; Safran, 1990; Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986; Simons, Murphy, Levine & Wetzel, 1986.)

2.3.3. Somatoform Bozukluk ve Bilişsel Süreçleri

2.3.3.1. Tanı

Tablo 4. DSM 5 ve ICD-10 Tanı Kriterlerine göre Somatoform Bozukluğu

DSM 5.	ICD- 10
1. Bedensel Belirti Bozukluğu 2. Hastalık Kaygısı Bozukluğu 3. Dönüştürme (Konversiyon Bozukluğu) 4. Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler 5. Yapay Bozukluk 6. Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk	1. Somatizasyon bozukluğu 2. Ayırışmamış somatoform bozukluk 3. Hipokonriyakal bozukluk 4. Somatoform otonomik işlev bozukluğu 5. İnatçı somatoform ağrı bozukluğu 6. Somatoform bozukluk, belirlenmemiş 7. Diğer somatoform bozukluklar

2.3.3.2. Sıklık ve Yaygınlık

Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, somatoform bozuklukların yaygınlığı ile ilişkili olabilecek sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu) tarafından etkilenmektedir (Sağduyu, 1995; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Keskin, Ünlüoğlu, Bilge ve Yenilmez, 2013).

Somatizasyon bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %0.2 ile %2 arasında, erkeklerde ise %0.2'den az olduğunu göstermektedir (Sevinçkol, 1999). Almanya'da yapılan bir çalışmada ise bu oran kadınlarda %22.2 iken erkeklerde %10.3 olarak bulunmuştur (Jacobi, Hölting, Höfer ve diğ., 2004). Türkiye Ruh Sağlığı Profil araştırmasına göre somatoform bozuklukların 12 aylık yaygınlığı kadınlarda %20.4, erkeklerde %10.3'tür. Kadın erkek oranları somatizasyon bozukluğunda 5-20/1, konversiyon bozukluğunda 2-5/1, ağrı bozukluğunda 2/1 olarak tespit edilmiştir. Hipokonriazis ve beden şekil bozukluğu ise kadınlarda ve erkeklerde eşit sıklıkta görülmektedir (Akt. Altinel, 2008). Dolayısıyla somatoform bozukluk kadınlarda erkeklere göre daha yaygın görülmektedir (Schoepf, Heun, Weiffenbach ve diğ., 2003; Jacobi ve diğ., 2004; Keskin ve diğ., 2013).

Öztürk ve Uluşahin'in (2011) aktardığına göre, gelişmekte olan toplumlarda somatoform bozuklukların daha sık görüldüğü kabul edilmektedir. Ama Batı kültürlerinde temel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %30'unda açıklanamayan bedensel belirtilerin olduğu bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ile iş birliği içinde yapılmış olan uluslararası "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar" araştırmasına göre 14 ülkenin ortalaması alınınca somatoform bozukluk sıklığı %2.7 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada Ankara, Gölbaşı merkezinde sağlık

oçağına başvuran hastalarda organik bir nedene bağlanamayan bedensel belirtilerin sayısı ise hasta başına ortalama olarak 3.4'dır.

Somatik belirtilerin tipi ve sıklığı kültürlere göre değişebilir. Örneğin, ellerin ve ayakların yanması ya da kafada solucan veya derinin altında karıncalar dolaşması biçimindeki yakınmalar Afrika ve Güney Asya bölgelerinde rastlanan yalancı nörolojik belirtilerdir. Erkek üreme işlevleriyle ilişkili belirtiler semen kaybı hakkında yaygın kaygıları olan kültürde daha sık görülür. Örneğin, Hindistan'daki Dhat sendromu gibi (Sevinçkol, 1999).

2.3.3.3. Risk Faktörleri

2.3.3.3.1. Genetik Faktörler

Birçok araştırmada hastaların aile geçmişi öykülerinde aynı semptomlara rastlanmaktadır. Bu benzerlikler genetik faktörlere dayandırılacağı gibi gelişim açısından etkilerine de dayandırılabilir (Rief ve Hiller, 2010).

2.3.3.3.2. Epidemiyolojik Faktörler

Cinsiyet farklılıkları, bekar olmak, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim düzeyi somatoform bozuklukları açısından risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Escobar, Canino, Rubio-Stipec ve Bravo, 1987; Sağduyu, 1995; Dönmez ve diğ., 2000; Schoepf ve diğ., 2003).

2.3.3.3.3. Örselenme(Travma)

Somatoform bozukluğu ve Hipokondriazis tanısı almış olan hastaların öykülerinde yaygın olarak travma geçmişine rastlanmaktadır. Bir çalışmada hipokondriazis tanısı olan hastalar hipokondriazis tanısı olmayan hastalara kıyasla, 17 yaşından önce anlamlı derecede cinsel taciz ve psikolojik şiddet gördüklerini bildirmişlerdir (Barsky, Wool, Barnett ve Cleary, 1994). Doğal afet sonrasında çok fazla derecede açıklanamayan bedensel semptomlar ortaya çıkmaktadır (Escobar ve diğ., 1992).

2.3.3.3.4. Öğrenme

Çocukken başka hastalıklardan ötürü çok sık okula gitmeme, çocukken çok fazla hastalanma, hastalıktan dolayı ailenin göstermiş olduğu ilgi ve bakım hastalığa yatırımı öğretmiş olup somatoform bozukluklarının oluşumunu etkilemektedir (Craig, Boardman, Mills ve diğ., 1993; Barsky ve diğ. 1994).

2.3.3.3.5. Kişilerarası Manipölasyon

Konversiyon bozukluğu belki de hasta rolü oynamanın kabul edilebilir bir anlamı olarak kullanılabilir. Birey böylece sorumluluklar ya da tehlike durumlardan kaçınır ve sıklıkla diğerlerinin davranışını kontrol ya da manipüle eder (Yenilmez, 2011). Ayrıca maliyet açısından bakıldığında, kronik somatoform bozukluğu olan bireylerin ortalama nüfustan 9 kat daha fazla sağlık gideri harcamalarında bulundukları gözlenmiştir (Smith, Monson ve Ray, 1986)

2.3.3.4. Etiyoloji

2.3.3.4.1. Psikanalitik Kuram

Konversiyonun bozukluğunun, psikanalitik kuramda merkezi bir rolü vardır, çünkü Freud, psikanalizin temel kavramlarının büyük bir bölümünü histeri hastalarının tedavisi sırasında geliştirmiştir. Konversiyon bozukluğu, bilinçdışı kavramını araştırmak için ona iyi bir olanak sağlamıştır. Histeri Üzerine İncelemeler'de (1895), Breuer ve Freud konversiyon bozukluğunun nedeninin büyük bir duygusal uyarılma ortaya çıkaran bir yaşantı olduğunu öne sürmüşlerdir. Ancak duygu ifade edilmemiş ve olayla ilgili anı bilinçten kopmuştur (Davison ve Neale, 2011). Dolayısıyla Psikanalitik kurama göre konversiyon bozukluğu bilinçdışı intrapsişik çatışmanın bastırılması ve anksiyetenin fiziksel belirtilere dönüştürülmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Özmen ve diğ., 1997). Bu yolla semptomlar yasak dürtünün kısmen ifade edilmesini sağlarken bir yandan da bunları yeterince gizlemiş olur. Bu semptomlar hastayı kabul edilebilir olmayan dürtüleriyle bilinç düzeyinde karşı karşıya gelmekten korur (Koroğlu, 2004).

2.3.3.4.2. Davranışçı Kuram

Konversiyon bozukluklarının, belirtiyi bir kazanç sağlama amacıyla gösterilmesinin numara yapmaya benzer olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu görüşe göre, konversiyon bozukluğu olan kişi, motor ya da duysal hastalığı olan kişilerin nasıl davranacağını düşünüyorsa o şekilde davranmaya çalışmaktadır (Davison ve Neale, 2011). Örneğin ödüllendirildiği zaman ağrı davranışının arttığı görülmektedir; özellikle erken çocukluk döneminde ağrının kendisine çeşitli kazançlar sağladığını gören çocuk bunu öğrenerek bir davranış kalıbı haline getirebilmektedir (Özmen ve diğ., 1997).

2.3.3.4.3. Biyolojik Faktörler

Biyolojik olarak, uykuyu arttıran, iştahı, enerjiyi ve duygu durumunu azaltan; interlökinler, tümör nekrozan faktör ve interferonlar gibi sitokinlerin rol oynadığı varsayılmıştır. Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda yapılan nöropsikolojik testler, serebral hemisferlerde, eşit bifrontal bozukluk ve nondominant hemisfer disfonksiyonunu gösterir. Bununla beraber, bazı yayınlarda da semptomlar vücudun sol tarafına atfediliyor ise beynin sağ hemisferinin sola göre daha baskın olduğu bildirilmiştir. Başlangıç bulguları, somatizasyon bozukluğu olan hastaların kotrikal fonksiyonlarında

anormallik olduğunu söyler ki bu durum anormal işitme uyarı potansiyelleri ile de gösterilmiştir. Kontrollerin tersine, somatizasyon bozukluğu olan hastalar ilgili ve ilgisiz uyaranlara benzer yanıtlar vermişlerdir. Bu da algıda seçicilikte bozulmaya dikkati çekmektedir (Akt. Karapıçak, 2010).

2.3.3.5. Somatoform Bozukluklarındaki Bilişsel Süreçler

Bu hastaların düşünce süreçlerinde belirgin bir bozulma yoktur. Düşünce içerikleri genellikle abartılı fiziksel kaygılar ve kuşklar içermektedir. Dikkatleri hastalık üzerine yönelmiş olduğundan başka konulara kendilerini vermekte güçlük çekmektedirler. Fakat hastalıklarıyla alakalı sorulara ilgili bir şekilde cevap vermektedirler (Hiller ve diğ., 1997; Videbeck, 1997; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.3.3.6. Somatoform Bozukluklar ve Bilişsel Süreçleriyle Alakalı Yapılan Çalışmalar

Kendini değerlendirme anketi kullanılan çalışmada hipokonriyak bozukluğu olan hastaların yanlış bir şekilde zararsız fiziksel bir duyumu felaket bir hastalık olarak (Haenen ve diğ., 1997) herhangi bir fiziksel belirti olmadığında ise bu durumu iyi bir sağlık durumu olarak tanımlamışlardır (Barsky ve diğ., 1993).

Hiller ve diğ. (2008) yaptıkları çalışmada vücudun verdiği tepkileri eksik ve hatalı algılamının somatizasyon sendromu üzerinde etkisi olduğunu saptamışlardır. Araştırmada Beden ve Sağlığa yönelik Tutumlar Ölçeği (BSTÖ) kullanılmıştır. BSTÖ ölçeğin alt ölçekleri olan felaketleştirme, bedensel şikâyetlere intolerans, bedensel zayıflık, otomatik hisler ve sağlık alışkanlıkları ile alakalı faktör analizine bakılmış ve buna göre hastaların çoğunluğunun bedensel şikâyetleri felaketleştirme ve beden şikâyetlerine hoşgörüsüzlük olarak değerlendirdiği görülmüştür.

Kaygılı ve kaygılı olmayan kontrollere kıyasla hipokondiyasis olan hastaların, özellikle temel kaygılarıyla ilişkili olan fiziksel semptomlarını psikolojik veya duygusal sebeplerden ziyade somatik veya hastalık etkenlerine bağladıkları görülmüştür. (MacLeod et al. 1998 Brosschot and Aarsse 2001).

Çeşitli çalışmalarda kronik ağrısı olan hastalarda ağrının nedenleri hakkında ruminatif düşünce biçimine sahip oldukları bulgulanmıştır (Williams ve Thorn 1989; Morley ve Wilkonson, 1995).

2.3.4. Anksiyete Bozuklukları ve Bilişsel Süreçler

2.3.4.1. Tanı

Tablo 5. DSM 5 ve ICD-10 Tanı Kriterlerine göre Anksiyete Bozuklukları

DSM 5.	ICD- 10
1. Ayrılma kaygısı bozukluğu	1. Fobik anksiyete bozukluk
2. Seçici konuşmazlık(mutizm)	2. Diğer Anksiyete bozuklukları
3. Özgül fobi	3. Obsesif- kompulsif bozukluk
4. Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi)	4. Ağır strese tepki ve uyum bozuklukları

5. Panik bozukluğu	
6. Agorafobi	
7. Yaygın kaygı(anksiyete) bozukluğu	
8. Maddenin ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu	
9. Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu	
10. Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu	
11. Tanımlanmamış kaygı bozukluğu	

2.3.4.2. Sıklık ve Yaygınlık

Genel olarak, kaygı bozuklukları toplumda en fazla görülen ruhsal bozukluklardandır (Özmen ve diğ., 1997; Wittchen ve Jacobi, 2005). Epidemiyolojik çalışmalar anksiyete bozukluklarının oldukça yaygın olduğunu ve işlevsel bozulmada önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Martin, 2003).

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, anksiyete bozukluğunun tüm alt türlerinin 1 yıllık ve yaşam boyu yaygınlık oranları arasında heterojenlik olduğu, yaygınlık oranlarının %10.6 ile %16.6 oranında olduğu bulunmuştur. Alt türleri incelendiğinde ise Sosyal fobi (%4.5) ve spesifik fobi (%3.0) en yaygın olarak bulunurken Panik bozukluğu (%1.0) ise en nadir olarak görülmüştür (Somers ve diğ., 2006).

Yapılan literatür taramasında ülkemizde de anksiyete bozukluğu yaygınlığının, ölçek çalışmaları dışında, ayrıntılı bir biçimde araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yapılan neredeyse tüm çalışmalarda anksiyete bozukluklarının görülme sıklığının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bulgulanmıştır (Somers ve diğ., 2006; Kessler ve diğ., 2009; Öztürk ve Uluşahin; 2011; Schmidt-Traub, 2014). Sosyoekonomik durum yükseldikçe anksiyete bozukluklarının oranı azalmaktadır (Öztürk ve Uluşahin; 2011).

2.3.4.3. Risk Faktörleri

2.3.4.3.1. Cinsiyet farkları

Araştırmalara göre, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla fizyolojik ve psikolojik şikâyetlerde bulundukları bulgulanmıştır. Ayrıca kadınlarda 2 kat fazla anksiyete bozukluğu şikâyeti gözlemlenmiştir. Kadın ve erkeklerde anksiyete bozukluğu açısından farklılıklar görülmesi ise biyopsikososyal sebeplere bağlanmaktadır. Örneğin, toplumdaki rol dağılımları ve görevleri ve bedenlerini farklı düzeyde algılamaları bu faktörlerden bazıları olarak sayılmaktadır (Kroenke ve Spitzer, 1998).

2.3.4.3.2. Sosyal Sınıf

Toplum çalışmaları birbiriyle uyumlu şekilde anksiyete bozukluklarının hızlarının düşük sosyoekonomik yapı ve düşük eğitim düzeyi olan toplum kesimlerinde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hollanda Ruh Sağlığı Alan taraması ve sıklık çalışmasına (NEMESIS) göre, anksiyete bozuklukları ev kadınlarında, işsizlerde ve özürlü olanlarda daha sık görülmektedir (Sadock ve Sadock, 2007' den Akt. Elmas, 2012).

2.3.4.3.3. Ailesel ve Genetik Etmenler

Tüm büyük anksiyete bozukluğu alt tiplerinde ailesel geçiş özelliği bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, görece orta büyüklükte bulunan kalıtsallık çevresel koşulların da etkili olabileceğini göstermektedir. Anksiyete alt tiplerinden, panik bozukluğu hemen hemen yedi kat risk artışı ile en kuvvetli ailesel geçiş gösteren anksiyete bozukluğudur (Sadock ve Sadock, 2007' den Akt. Elmas, 2012).

2.3.4.3.4. Huy ve Kişilik

Anksiyete gelişmesi için hassasiyet yaratan en erken göstergelerden biri davranışsal inhibisyonudur. Yeni uyaranlar ve mücadele gerektiren durumlar ile karşı karşıya gelindiğinde psikolojik tepkisellik veya davranışsal olarak geri çekilme anlamına gelir. Anksiyete duyarlılığı anksiyete duyumlarının zararlı fizyolojik, psikolojik veya sosyal sonuçların (bayılma ya da kalp atağı tehdidi) göstergesi olabileceği inancı ile belirlidir. Anksiyete bozukluklarının anksiyete bulguları ve bozukluklarının gelişimine öncülük ettiği ve depresyondan çok anksiyetenin gelişmesi için özgül bir yordayıcı özellik olduğu gösterilmiştir (Sadock ve Sadock, 2007' den Akt. Elmas, 2012).

2.3.4.3.5. Yaşam olayları

Fiziksel şiddet, cinsel şiddet veya doğal afetler gibi olumsuz bir yaşam deneyimi yaşayan kişilerin anksiyete bozukluğuna hassasiyetlerin arttığı söylenmektedir (Mac Millian, Fleming, Streiner ve diğ. 2001). Sevdiği bir kişiden ayrılmak anksiyete bozukluğu açısından önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Anksiyete bozukluğu olan bir kişinin ayrılığa aşırı duyarlılık göstermeleri sebebiyle, bu kişiler ilişki yaşama konusunda büyük sıkıntılar çekmektedirler. Öyle ki, ya hiç ilişki yaşamazlar veya ilişki süresini kısa tutmaktadırlar (Lieb, Schreier, Müller, 2003). Çocukluk çağı hastalık öykülerinin anksiyete üzerinde risk oluşturduğu yapılan bir çalışmayla bulgulanmıştır. Craske, Polton, Tsao ve Plotkin (2001) araştırmalarının sonucunda çocukken astım hastalığı geçiren çocukların geçirmeyenlere göre yetişkinlikte anlamlı derecede yüksek oranda Panik bozukluk gelişmektedir.

2.3.4.4. Etiyoloji

2.3.4.4.1. Biyolojik Etmenler

Morris'in (2002) aktardığına göre, biyolojik bakış açısından incelemeler yapan psikologlar, fobik ya da saplantılı zorlantılı davranışları öğrenme fırsatı eşit olduğunda bile, bazı kişilerin gerçekçi olmayan korkular geliştirdiklerinde, bazılarının ise geliştirmediklerine işaret etmişlerdir. Bu farkı açıklamak üzere, tüm korku türlerinde otonom sinir sistemi aktivitesinin varlığını göstermişlerdir. Dahası, otonom tepkilerin en azından kısmen kalıtsal olarak belirlendiğine dair dikkate değer kanıtlar vardır. Böylece kaygı bozukluklarına yatkınlığın kalıtsal olabileceğine ilişkin bir olasılık olduğu söylenmiştir. Bu görüşü destekler nitelikte bazı araştırmalar kaygı bozukluğunun, özellikle de panik atak deneyimlerini içeren kaygı bozukluklarının, ailelerden geçme eğiliminde olduğunu göstermiştir.

Otonom sinir sisteminin uyarılması, anksiyetenin periferik belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda sempatik tonus artmıştır, orta şiddette bir uyarana aşırı cevap verirler (Kocabaşoğlu, 2008).

Anksiyete bozukluğunun fizyolojik boyutunu anlamak için beyin yapıları incelendiğinde burada en önemli rolü oynayan alan temporal lob'da bulunan amigdala ve ilişkili kısımlarıdır. Otonom sinir sistemi ve beyin yapısı içinde amigdala korku ağının temel noktasını oluşturur. Hayvanlarda amigdala bölgesinin uyarılması korkuya benzer davranışları ortaya çıkarırken, tahrip edilmesi de onların türlerine özgü korkularının ortadan kalkmasına neden olmaktadır (Işık ve Işık Taner, 2006).

Noradrenerjik sistem hücre gövdeleri rostral pontaki locus ceruleus'ta bulunur. Bu bölgede korku cevabı oluşur. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda, bu sistemin devreye girmesinin denetimi zayıftır (Kocabaşoğlu, 2008).

Serotonerjik sistemin kaygı oluşumunda önemli rol oynadığı bilinmektedir. Serotonin, hem anksiyolitik hem de anksiyojenik özellikleri bulunmaktadır. Serotonindeki akut artış, korku ve kaçma davranışını artırır (Erdoğan, 2007). Serotonin ile anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle triptofan ve dolayısıyla da serotonin panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi hastalıklarda sinaptik düzeyde artırılmalıdır (Kocabaşoğlu, 2008).

GABA A reseptörleri üzerinden etki eden benzodiazepinler anksiyete bozukluklarında belirgin olarak etkilidir. Benzodiazepin antagonisti olan flumazenil panik ataklarını artırır. Yine azalmış benzodiyazepin reseptörü sayısı anksiyete bozukluklarına yatkınlığı artırır. Bazal ganglionlarda ve beyaz cevherde metabolizma hızında azalma bildirilmektedir. Bu sistem özellikle yaygın anksiyete

bozukluğu ve panik bozukluğun ortaya çıkması ve tedavisinde önemlidir (Özmen ve diğ., 1997; Kocabaşoğlu, 2008 Öztürk, 2011).

2.3.4.4.2. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuram içinde kaygı dört ana kategori içinde bulunmaktadır. İd ya da dürtü kaygısı, ayrılma kaygısı, kastrasyon kaygısı ve süperego kaygısıdır. Kaygının bu çeşitlerinin büyüme ve gelişmenin çeşitli safhalarında ortaya çıktığı varsayılmaktadır. İd ya da dürtü kaygısı, bebeklerin bastırılmaz ihtiyaçlar hissettikleri ve çaresiz durumlarını kontrol edemediği uyarılar hissettiklerinde yaşadıkları ilkel, yaygın bir rahatsızlıktır. Ayrılık kaygısı, daha büyük yaşlarda ancak dürtülerini ailesinin standartlarına ve isteklerine göre kontrol eden ve yöneten, sevgi kaybından ve babası tarafından terk edileceğinden korkan ödipal dönem öncesi çocuklarda görülür. Özellikle çocuğun gelişen cinsel dürtülerine bağlı olan, ödipal çocuğu belirleyen kastrasyon fantezileri, erişkinin kastrasyon kaygısı olarak yansır. Süper ego kaygıları, oedipus kompleksinin bitiminin ve ergenlik öncesi döneme ilerlemenin işareti olan süper egonun son oluşumunun doğrudan sonucu olarak gözlenmektedir (Tunay, 2006).

2.3.4.4.3. Varoluşçu Kuram

Bu kuramda insanlar bir “hiç” olduklarının farkına varırlar, bu duygu ölümün kaçınılmazlığını kabul etmekten çok daha fazla rahatsızlık vericidir. Anksiyete, kişinin varoluşunun geçersizliğine gösterdiği bir tepkidir (Bayramoğlu, 2009). Buna göre, kişi yaşamın anlamsızlığının farkına varmakta ve bu anlamsızlık gerçek ölüm korkusundan bile daha rahatsız edici olmaktadır. İşte kişide varoluşun anlamsızlığına tepki olarak anksiyete ortaya çıkmaktadır. Nükleer savaş vb. milyonların yaşamının tehdit eden tehlikeler gündemde olduğunda anksiyete belirtilerinin yüksek olduğunun iddia edilmesi varoluşçu görüşü savunanların temel dayanak noktası olmuştur (Tural, ty.).

2.3.4.4.4. Bilişsel- Davranışçı Kuram

Davranışçı görüşe göre bunaltı ve fobiler öğrenilmiş durumlardır. Korku, acı veren ve tehlikeli bir uyarana karşı biyolojik temeli olan bir tepkidir. Kişi hiç korku uyandırmayan bir nesne ile sık sık karşılaşırken eş zamanlı olarak ağırlı bir uyararla da karşılaştırılırsa korku duyulmayan nesneden kaçınma davranışı oluşacaktır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Bilişsel kurama göre anksiyete tepkisinin devam etmesi, değiştirilmemiş ya da ortadan kaldırılmamış çeşitli bilişsel hataların halen devam ediyor olmasıyla ilgilidir. Temel anahtar ya da sorumlu biliş olarak bilinen bu bilişsel hatalar, pek çok anksiyete bozukluğunun devamından sorumlu olmaktadır.

Anksiyete bozukluklarının ortak bilişsel özellikleri şunlardır:

1-Anksiyete bozukluklarında, belirli uyaranlara anksiyete tepkisi ile yanıt veren kişiler bu uyaranları gerçekte olduğundan daha tehdit edici olarak algırlar.

2-Anksiyete hastaları korktukları olumsuz sonuçların oluşma olasılığını da gerçekte olduğundan daha abartılı olarak algırlar.

3-Anksiyete hastaları korktukları olumsuz sonuç gerçekleştiğinde, bunun bir felaket olacağını düşünürler (felaketleştirme).

4-Anksiyete hastaları, korktukları sonucun oluşmaması için bir dizi bilişsel ve davranışçı yöntemler kullanırlar. Kullanılan bu yöntemlerin amacı, korkulan ortamlarda güvence sağlamak ve böylece korkulan sonucun oluşmasını engellemektir. Korkulan sonuçların gerçekleşmesi, hasta tarafından sözü edilen yöntemlerin kullanılmasına bağlanmaktadır. Güvenlik sağlamaya yönelik bu davranışlar, hastanın korkulan sonucun gerçekleşmeyeceğini görmesini engellemekte ve korkunun değişmeden devam etmesine yol açmaktadır.

5-Anksiyete bozukluklarında anksiyetenin bedensel belirtileri, tehdit algısının gerçek olduğunu gösteren bir başka kanıt gibi algılanır. Anksiyete arttıkça bedensel belirtiler artar, bedensel belirtiler arttıkça tehdit algısı artar ve böylece kısır bir döngü oluşarak anksiyetenin devamı sağlanır (Sungur, 2006'dan aktaran Ç. Birer, 2010).

Yukarıda değinilen belli başlıklar dışında ruhsal bozukluk tanısı almış biriyle hastalık tanısı almamış normal biri bilişsel süreçler bakımından yine birbirinden farklılaşmaktadır (Harvey, Watkins, Mansell ve Shafran, 2004; Reinecke ve diğ. 2015).

İnsanların olayları nasıl yorumladıkları, olayların nedenlerini nasıl yorumladıkları ve gelecekteki olayların nasıl olacağına dair tahminde bulunmaları psikolojik bozuklukların bilişsel modellerinin etiyojileri ve idameleri açısından önem taşımaktadır (Beck, 1976; Clark 1986, 1988; Clark ve diğ., 1999'dan Akt. Harvey ve diğ., 2004). Bu nedenle yorumlama yapma, olayların nedenleri hakkında sonuca varma (niteleyici akıl yürütme) ve olasılıklar hakkında yargıda bulunmak ya da olaylara dair beklenti içinde olmak gibi akıl yürütme süreçlerinin her biri psikolojik bozukluklar açısından önem niteliği taşımaktadır (Harvey ve diğ., 2004).

2.3.4.5. Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel Süreçler

Literatüre bakıldığında anksiyete kişinin düşünme, algılama, öğrenme, konsantrasyon ve hatırlama yetilerini bozar (Duran, 1999; Kaplan ve diğ., 1994) görüşlerinin yanı sıra, hastanın düşünce

sürecinde belirgin bozukluk olmaz (Öztürk ve Uluşahin, 2011) görüşü belirtilmektedir. Yakınmalarını büyük bir telaşla ve sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce hızlanmış gibi olabilir. Düşünce içeriğinde tasaları baskındır. Bilişsel Kaçınma (Cognitive Avoidance) Kuramına göre tasalanma, duygusal olarak daha yüklü konulardan kaçınma, bunların yerine seçilen daha az önemli konulara odaklanmayı sağlayan bir süreç olarak algılanmaktadır. Hastanın bilişsel yetilerinde temelde bir bozukluk yoktur. Aşırı ve yorucu olan sıkıntı nedeniyle dikkati çabuk dağılabilir ve bu nedenle geçici unutkanlıklar olabilir ayrıca anlama ve öğrenmede de azalma gözükabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Obsesif- kompulsif bozukluklarda ise düşüncede iki-değerlilik söz konusudur. Sürekli ikirciklilik (tereddüt), kararsızlık dikkat çeker. Sanki her düşüncenin bir olumlu, bir olumsuz yanı vardır.

Genel anksiyete bozukluğu olan kişilerin gelecekte neler olabileceğine dair felaketleştirmiş istem dışı düşüncelere sahiptirler. Panik bozukluğu olan hastaların ise bedensel hislerine yönelik felaketleştirilmiş istem dışı düşünceleri olduğu belirtilmektedir (Clark, 1993). Bu felaketleştirilmiş istem dışı düşünceler hipokondriasis (Wells ve Hackmann, 1993) hastalarında da görülmektedir.

2.3.4.6. Anksiyete Bozuklukları ve Bilişsel Süreçlerle Alakalı Yapılan Çalışmalar

Kendini değerlendirme ölçeği ve bir durum değerlendirme seçenekleri bulunan soruları kullanılan çalışmalarda panik atak ve agorafobi hastaları (Stoler ve McNally, 1991; Harvey ve diğ. 1993; Clark ve diğ. 1997; Kamieniecki ve diğ. 1997; Richards ve diğ., 2001); sosyal fobi hastaları (Harvey ve diğ., 1993; Stopa ve Clark, 1993; Amir ve diğ., 1998a; Constans ve diğ. 1999) hasta olmayan kişilere göre daha fazla olumsuz ve kaygıya özgü yorumlar yaptıkları görülmüştür. Çalışmalar sosyal anksiyete hastalarının sosyal kaygı içeren durumlara daha fazla olumsuz yorumlama yaptıkları görülmüştür, bununla birlikte diğer durumlarla alakalı olumsuz yorum yapmadıkları vurgulanmıştır. Aynı şekilde obsesif kompulsif bozuklukları olan hastaları da sosyal kaygı içeren durumlara olumsuz yorumlarda bulunmadıkları söylenmiştir (Amir ve diğ., 1998b).

Gümüş (2006) araştırmasında sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanıp yordanamayacağını incelemiştir. İşlevsel olmayan Tutumlar Ölçeğinin alt ölçekleri olan mükemmeltci tutum, onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum ve değişken tutum ile sosyal kaygı puanları ile düşük bir ilişkisinin olduğu; ancak, hiçbirinin sosyal kaygının anlamlı birer yordayıcısı olmadığı sonucuna varılmıştır.

138 üniversite öğrencisine uygulanan bir çalışmada ise otomatik düşünceler, bilişsel üçlü, işlevsel olmayan yüklemeler ve inançların anksiyete üzerindeki etkilerine bakılmıştır. Sonuçlara göre tek başına bilişsel üçlünün yoğun anksiyete göstergesi olduğu söylenmiştir (Wong, 2008).

Arntz ve diğ. (1995), tehlike beklentisinin artmasına yol açan kaygının deneyimlenmesi bilgisine bağlı olarak panik bozukluğu olan hastaların durumları daha duygusal bir mantıkla değerlendirdiği bulgusuna ulaşmışlardır. Aynı zamanda panik bozukluğu olan hastalar korku uyandıran bir duruma maruz kaldıklarında hissedecekleri korku seviyesini ve panik olma ihtimallerini aşırı fazla tahmin etmektedirler.

2.4. Ülkemizde Bilişsel Süreçlere Dair Yapılan Çalışmalar

Literatür'e bakıldığında ülkemizde özellikle depresyon ve ruhsal bozukluğu olmayan sağlıklı bireylerle yapılan çalışmalarda bilişsel çarpıtmalar (Aydın, 1990; Türküm, 1996; Hamamcı, 2002; Ağır, 2007), otomatik düşünceler (Aysan ve Bozkurt, 1998; Akbağ, 2000), akılcı olmayan inançlar (Yurtal, 1999; Bilge ve Arslan, 2000; Altıntaş, 2006; Gündüz, 2006; Yıkılmaz, 2009) gibi konularla alakalı birçok araştırma yapıldığı görülmektedir. Diğer ruhsal bozukluklarının düşünce içeriğine veya özelliklerine dair yalnızca anksiyete bozukluğunun sosyal kaygı tanısına dair yapılmış bir çalışmaya rastlanılmıştır (Gümüş, 2006). Bunun dışında madde kullanım bozukluğu ve somatoform bozuklukları hakkında yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Yukarıda kaynağı gösterilen çalışmalarda örneklemelerin genellikle üniversite öğrencileri yani ruhsal tanı almamış sağlıklı bireylerle yapıldığı görülmüştür. Genel olarak Eksen I Bozukluklarıyla alakalı ve özellikle pre- operasyonel düşünce biçimine dair yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Pre- operasyonel düşünce biçimiyle alakalı literatürde McCullough'un kronik depresif hastalar için geliştirdiği Bilişsel Davranışçı Sistem Analizi Terapisi (CBASP) dikkat çekmektedir. Bu Terapi yöntemini geliştirirken, Piaget'in çocuklarda zihinsel gelişim ve algılama kuramından yararlanmıştır. Bu tez çalışmasında, bilişsel gelişim ve bu gelişimde erken evrelere takılmanın psikopatolojiyle ilişkisini araştırmak üzere geliştirilmiş bir ölçek olan Luebeck Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışmasının gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır.

BÖLÜM III

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Luebeck anketi özellikle kronik depresif bireylerin kendilerini değerlendirerek işlem öncesi düşüncelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Kühnen ve diğ., 2012). Bu çalışmayla ülkemizde geçerlilik-güvenirlilik çalışmaması yapılmamış olan bu ölçeğin hem geçerlilik- güvenirlilik açısından yordanması hem de depresyon dışında diğer ruhsal bozuklukların da yine bu ölçekle düşünce özellikleri hakkında bilgi sahibi olunabilirliğine bakılması hedeflenmektedir. Dolayısıyla bu çalışmayla hem farklı ruhsal bozuklukların düşünce özellikleri hakkında fikir edinmek açısından hem de ruhsal bozuklukların düşünce içeriklerinin özelliklerini görmek adına fırsat tanıyacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın; ruhsal bozuklukların özellikleri ve bilişsel kuram alanına yapacağı kuramsal katkıların yanında, ruhsal bozuklukları önlemek ya da tedavi etmek için yapılan uygulamalara da yol göstereceği düşünülmektedir. Düşünme özellikleri hakkında elde edilen sonuçların incelenerek bilişsel açıdan formüle edilebileceği düşünülmektedir. Bu yönüyle bu çalışmanın özellikle bilişsel psikoterapi uygulamalarına yapacağı katkının bir hayli fazla olabileceği kanaatine varılmaktadır.

Araştırmada işlem öncesi dönemin konu olarak ele alınma sebebi ise Kühnen ve diğ. (2012) aktardığına göre, kronik depresif kişiler (kişilerarası problemlerinden ötürü) bu dönemde kitlenmişlerdir. Bunun oluşum nedenini ise McCullough (2000), çocukluk çağında yaşanan bir travmaya veya başka olumsuz koşullar olarak açıklamıştır. Bu deneyimlerin ise kognitif-duygusal açıdan gelişimsel duraklama olarak neticelendiğinden bahsetmektedir (Akt. Kühnen ve diğ., 2012). Bu bağlamda düşünüldüğünde çocukluk çağı travmalarının neden olduğu diğer ruhsal bozukluklarında da düşünce bakımından yine bu dönemde kitlenmelerin olabileceği düşünülmektedir. Yapılacak olan çalışmayla Luebeck Ölçeği'nin ölçtüğü işlem öncesi düşünce içeriğine bakılıp bu hipotez değerlendirilecektir.

Ölçeğin geçerliliği için ise literatür'de işlevsel olmayan inançları ölçmek için çok sık kullanılmakta olan Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nden- FOTÖ-A (Dysfunctional Attitudes Scale) yararlanılacaktır. Hamamcı ve Duy'un (2005) aktardığına göre, fonksiyonel olmayan tutumlar, temel inançlar gibi katı, değişime dirençli bilişsel yapılarıdır. Bunların bireyin kendini ve dünyayı değerlendirirken kullandığı katı standartları yansıttığını söyleyebiliriz. FOTÖ, bugüne kadar pek çok araştırmada depresif inançları ortaya çıkarmak, depresyona karşı olan savunmasızlığı tespit etmek ve bilişsel terapinin etkililiğini incelemek amacıyla kullanılmıştır (Şahin ve Şahin, 1992; Hautzinger, Joorman ve Keller, 2005; Cristea, Huibers, David, Hollon ve diğ., 2015). Fakat Hollon, Kendall,

Phillip ve Lumry'i (1986) yaptıkları bir çalışmada FOTÖ'nün depresyonda olan hastalarla diğer psikiyatrik bozukluklarını ayırt ettiğini bulgulamışlardır. Bu nedenle, buradan elde edilecek sonuçların özellikle madde kötüye kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluğu için kullanılabileceği ve Luebeck anketiyle benzer olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla kendini ve dünyayı değerlendirme açısından FOTÖ ölçeğinin Luebeck ölçeği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple bu çalışmada bu iki ölçeğin korelasyon düzeylerine bakılması ve ölçeğin geçerliliğinin bu yöntemle yapılması hedeflenmektedir. Bu amaca hizmet etmesi açısından, bu çalışmada FOTÖ ölçeğinin de aynı örneklem açısından geçerlilik ve güvenilirliğine bakılmıştır. Böylece ölçeklerden elde edilecek araştırma sonuçlarının aynı örneklem çerçevesinde analiz edildiğinde sınırlılık bakımından kontrol altına alınmış olacağı düşünülmektedir.

Genel olarak araştırmanın hedeflerine bakılacak olunursa;

1. Luebeck anketinin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılacaktır
2. Madde kullanımıyla ilgili bozukluklar, duygu durum bozuklukları, somatoform bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olan hasta örnekleminde Luebeck işlem öncesi düşünce anketinin bu dört tanındaki pre-operasyonel düşünce özellikleri ortaya koyulacaktır.
3. Luebeck anketi ile FOTÖ ölçeği arasındaki korelasyona bakılacaktır. Bu analiz hem dış ölçütlerle geçerlilik hem de iki ölçeğin kontrol ve deney grubu açısından ilişkisi yordanacaktır.

3.2. Varsayımlar

Yukarıda belirtilen genel amaç doğrultusunda, aşağıda yer alan varsayımlar üzerinde incelemeler yapılmıştır.

1. Güvenirlik

- a) Luebeck İşlem Öncesi Düşüncüyü Kaydetme Ölçeği'nin Türkçe formunun Cronbach alfa tutarlılık katsayısı nedir?
- b) Luebeck İşlem Öncesi Düşüncüyü Kaydetme Ölçeği'nin Türkçe formunun test yarılama yönteminin güvenilirlik katsayısı nedir?
- c) Luebeck İşlem Öncesi Düşüncüyü Kaydetme Ölçeği'nin Türkçe formunda madde toplam puan korelasyonu en yüksek ve en düşük katsayısı nedir?
- d) Luebeck İşlem Öncesi Düşüncüyü Kaydetme Ölçeği'nin Türkçe formunda her bir madde ayırt edicilik sonucuna göre anlamlı mıdır?

2. Geçerlilik

- a) Ölçüt Geçerliliğini sınamak amacıyla analiz edilen Luebeck İşlem Öncesi Düşünceyi Kaydetme Ölçeği ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ-A) arasındaki korelasyon katsayısı nedir?
- b) Luebeck İşlem Öncesi Düşünceyi Kaydetme Ölçeği'nin Türkçe formu sonuçları normal bireylerle ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.3. Katılımcılar

Araştırmanın örneklem grubu İstanbul Büyük Şehir Belediyesi sınırları içindeki farklı ilçelerde yaşayan herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı bulunmayan 'normal' bireyler ve ruhsal bozukluk tanısı bulunan (bunlar; madde kötüye kullanım bozukluğu, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluğu) bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasında olmuştur.

Bu araştırmanın örneklemini toplam 93 kişiden oluşmaktadır. Bu kişiler ruhsal hastalık (madde kötüye kullanım bozukluğu, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluğu) tanısı olup olmama durumlarına göre ikiye ayrılmıştır: Deney (hasta) ve kontrol grubu (hasta olmayan).

Deney (hasta) grubu; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve uzman doktorlar tarafından tanılanmış 60 kişiden oluşmaktadır. Bunlar; 15 duygu durum, 17 anksiyete, 14 somatoform ve 14 madde bağımlısıdır. Hastalara araştırmacı tarafından çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra çalışmaya gönüllü olarak dâhil olmayı kabul edenler ölçekleri doldurmuşlardır. Ayırıcı kriter olarak hastaların zekâ geriliğinin olmamasına ve kullanılan ölçüm araçlarını doldurabilecek okuma ve yazma düzeyine sahip olmalarına özen gösterilmiştir.

Kontrol grubu ise, hayatlarının hiçbir döneminde herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış ve rastgele ulaşılmış 33 kişiden oluşmaktadır. Bu kişilerde deney grubunda olduğu gibi araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgilendirilmiş olup, çalışmaya gönüllü katılacak olanlar ölçüm araçlarını doldurmuşlardır. Yine yukarıda belirtildiği gibi ayırıcı kriter olarak sağlıklı bireylerinde okuma ve anlama düzeylerine özen gösterilmiştir.

Araştırmaya katılanların %35,5'i kadın %64,5'i ise erkektir. Eğitim durumları incelendiğinde %46,2'si yüksekokul veya üniversite mezunu %48,42'ü ise lise ve daha düşük eğitim seviyesine

sahipler. Gelir durumu açısından ele alındığında %35,5'inin geliri 2000 TL ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların %24,7'si hiç çalışmamıştır. %11,8'i 11 yıl ve daha fazla çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların yaş aralığı 17 ile 52 yaş aralığındadır. Ortalama yaş 30'dur. Örneklemeye dair bulgular Bulgular bölümünde detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından demografik bilgilerin belirlenmesi amacıyla oluşturulan bu form katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, evlilik süreleri, evde kendi ailesi dışında yaşayanın olup olmadığına, eğitim düzeyleri, eğitim hayatında okul terki, sahip oldukları çocuk sayıları, gelir düzeyleri, çalışma durumları, meslekte geçirilen süre, fiziksel/ruhsal kronik rahatsızlık durumu ve sosyal destek algısına dair bilgiler içermektedir. Bu formun katılımcılar tarafından bireysel olarak doldurulması istenmiştir (EK 1).

3.4.2. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ-A) (Dysfunctional Attitudes Scale)

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ-A) İşlevsel olmayan sayıtlı ve inançları değerlendirmektedir. Weissman ve Beck tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlanan ölçek 40 maddeden oluşmakta olup 1 ve 7 arasında puanlanan 7'li likert tipi bir ölçektir (Şahin ve Şahin, 1992). Fonksiyonel olmayan tutumları ölçen 2,6,17,24,29,30,35,37,40 numaralı maddeler ters olarak puanlanır. Ölçekten en düşük 40, en yüksek 280 puan alınabilir. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin işlevsel olmayan tutumlarının sıklığını göstermektedir. Weissman ve Beck tarafından yapılan güvenilirlik çalışmalarında iç tutarlılık katsayıları .87 ve .92, madde toplam puan korelasyonları ise .20 ve .50 arasında bulunmuştur. Geçerlilik çalışması için kullanılan Beck Depresyon Ölçeği ile korelasyonu .30 ve .65, Otomatik düşünceler Ölçeği ile .43 ve .64 olarak bulunmuştur. Şahin ve Şahin'in (1992) ise yaptıkları güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı 79, madde toplam puan korelasyonları ortalaması ise .34 olarak bulunmuştur. Geçerlilik çalışmasında yine orjinal çalışmaya sadık kalarak Beck Depresyon Ölçeği ile korelasyon sonucu .19 Otomatik Düşünceler Ölçeği ile .29 korelasyon bulunmuştur (EK 2).

3.4.4. The Luebeck Questionnaire For Recording Preoperational Thinking (LQPT) İşlem Öncesi Düşünmeyi Kaydetmek için Luebeck Ölçeği.

Luebeck Anketi Kühnen ve diğ. (2012) tarafından kronik depresif bireylerin kendilerini değerlendirerek işlem öncesi düşüncelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı kişilerin işlem öncesi düşünce düzeylerinin derecesini belirlemektir. 22 sorudan oluşmaktadır, bu soruların 2

seçenek olmak üzere değerlendirilmesi beklenmektedir. İşlem ncesi düşünce kategorisine ait cevaplar 0 puan alırken işlem öncesi düşünceye ait olmayan cevap 1puan almaktadır. Ölçekten alınabilececek en yüksek puan 22 iken, en düşük puan 0'dır. Puan arttıkça işlem öncesi düşünce artmaktadır. Ölçeğin orjinalinin iç tutarlılığı .901 olarak bulunmuştur.

Çalışmanın amacı doğrultusunda ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini saptanması için gerekli izin, Kühnen'den elektronik posta yolu ile sağlanmışır. Ölçeğin evirisi için, tekrar eviri yöntemi kullanılmışır. Ölçek maddeleri ilk olarak araştırmacının kendisi tarafından çevrilmiştir. Bu eviri daha sonra İngilizce ve Türkçeyi çok iyi bilen ve Psikoloji alanında uzman iki akademisyen tarafından ölçekteki her bir madde için eldeki eviri, orjinal metne uygun olup olmadığı kontrol edilmiştir. Gelen neriler ve geribildirimler sonucunda Türkçe formuna son şekli verilmiştir (EK 3).

3.5. İşlem

Çalışma öncesinde tez nerisi ve araştırmada kullanılacak gereçler, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'na sunularak kurulun onayı alınmıştır. Çalışma verileri 2014- 2016 yılları arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılacak olan kişilere, çalışmanın içeriğine ilişkin yazılı olarak bilgi verilmiş; gönüllü katılımlarına ilişkin imzalı izinleri alınmıştır. Bununla birlikte katılımcılara Helsinki Deklerasyonu, Hayvan Deneyleriyle İlgili Etik Yasa, Uluslararası Tıbbi Etik Yasası, Lizbon Bildirgesi, Canlı Organların Ticaretine İlişkin Duyuru ve Sao Paolo Bildirgesi hakkında yine yazılı olarak bilgi verilmiştir. Ölçeklerin doldurulması, ortalama 15 – 20 dakika srmştir.

3.6. İstatiksel Analiz

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS paket programının 23 versiyonu kullanılmışır. Çalışmada Luebeck anketinin Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Dolayısıyla ölçeğin yapı geçerliliği, iç tutarlılık, dış tutarlılık ve güvenirlilik analizi yapılmıştır. Araştırmada korelasyon analizi, bağımsız örnekleme t testi, varyans analizi (ANOVA), madde analizi ve güvenirlik analizi yöntemleri kullanılmışır.

3.7. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları aşağıda belirtildiği gibidir.

- Araştırma İstanbul ili içindeki farklı ilçelerde yaşayan bireylerle sınırlıdır dolayısıyla bulguların daha çok bu bölgeyle ilgili olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

- Araştırma ruhsal bozukluk tanısı almış ve Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran 60 bireyle sınırlıdır. Bu bireyler madde kötüye kullanım, duygudurum, anksiyete ve somatoform Eksen I Bozukluklarıyla sınırlı kalmaktadır.
- Araştırma hem ruhsal bozukluk tanısı bulunmayan hem de ruhsal bozukluk tanısı bulunan bireylerin işlem öncesi dönemi düşünce özelliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılan anketin (Luebeck) kapsadığı ifadelerle sınırlıdır. Bulgular, ölçeklerin toplam puanlarıyla anlamlandırılacaktır.
- Araştırma hem ruhsal bozukluk tanısı bulunmayan hem de ruhsal bozukluk tanısı bulunan bireylerin işlem öncesi dönemi düşünce özelliklerinin geçerliliğini sınamak için işlevsel olmayan tutumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeğinin kapsadığı ifadelerle sınırlıdır. Bulgular, ölçeklerin toplam puanlarıyla anlamlandırılacaktır.
- Araştırma toplam 93 bireyden ve bu bireylerin sosyodemografik değişkenlerinin araştırmaya katılmamış olmasıyla sınırlıdır. Sosyodemografik özelliklerin düşünce özellikleri üzerinde nasıl bir etki gösterdiği konusunda araştırma yapılmaması tezin kısıtlılığı olarak görölmektedir.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma verilerine uygulanan istatistik analizler sonucunda elde edilen bulgular, araştırmada cevap aranan problemlerin sırasına göre sunulmuştur. Bulgularda, ruhsal bozukluk tanısı olmayan normal bireyler kontrol grubu olarak tanımlanırken ruhsal bozukluk tanısı olan bireyler deney grubu olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışmada Luebeck anketinin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasına katkı sağlaması için FOTÖ ölçeğinin de aynı örneklem açısından geçerlilik ve güvenirliğine bakılmıştır. Böylece ölçeklerden elde edilecek araştırma sonuçlarının aynı örneklem çerçevesinde analiz edildiğinde sınırlılık bakımından kontrol altına alınmış olacağı düşünülmüştür.

4.1. Araştırmaya Dair Sosyodemografik Bulgular

Araştırmaya katılanların %35,5'i kadın %64,5'i ise erkektir. Eğitim durumları incelendiğinde %46,2'si yüksekokul veya üniversite mezunu %48,42'ü ise lise ve daha düşük eğitim seviyesine sahipler. Gelir durumu açısından ele alındığında %35,5'inin geliri 2000 TL ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların %24,7'si hiç çalışmamıştır. %11,8'i 11 yıl ve daha fazla çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların yaş aralığı 17 ile 52 yaş aralığındadır. Ortalama yaş 30'dur (Tablo 6.).

Tablo 6. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri

		N	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	33	35,5
	Kadın	60	64,5
	Total	93	100,0
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	12	12,9
	Lise	33	35,5
	Yüksek Okul veya Üniversite	43	46,2
	Diğer	5	5,4
	Total	93	100,0
Gelir Düzeyi	Gelir yok	9	9,7
	500 TL'nin altında	11	11,8
	500 - 999 TL	15	16,1
	1000 - 1999 TL	25	26,9
	2000 TL ve üzeri	33	35,5
	Total	93	100,0
Meslekte çalışılan süre	Çalışmamış	23	24,7
	1 yıldan az	12	12,9
	1- 5 yıl arası	30	32,3
	6 -10 yıl arası	17	18,3
	11 yıl ve üzeri	11	11,8
	Total	93	100,0

Araştırmaya katılanların %40,9'u evli, %47,3'ü bekâr ve %11,9'u ise eşinden ayrı veya duldur. Evli olanların %40,8'i 11 yıl ve üzeri evli olarak yaşamaktadırlar. Evli olanların %73'ünün çocuğu vardır. En fazla çocuk sahipliği 3'tür.

Katılımcıların evlilik durumları ile ilgili genel bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya katılanların evlilik durumları ile ilgili genel bulgular

		N	Yüzde
Medeni Durum	Evli	38	40,9
	Bekâr	44	47,3
	Boşanmış	6	6,5
	Eşinden ayrı yaşıyor	5	5,4
	Total	93	100,0
Evlilik Süresi	Evli değil	44	47,3
	1 yıldan az	7	7,5
	1 -5 yıl arası	14	15,1
	5- 10 yıl arası	8	8,6
	11 yıl ve üzeri	20	21,5
	Total	93	100,0
Evde yaşayanlar	Yalnız	9	9,7
	Sadece eşimle	8	8,6
	Eş ve Çocuklar	26	28,0
	Anne ve Baba	30	32,3
	Diğer	20	21,5
	Total	93	100,0
Çocuk Sayısı	Çocuğu yok	57	61,3
	1 çocuk sahibi	12	12,9
	2 çocuk sahibi	16	17,2
	3 çocuk sahibi	8	8,6
	Total	93	100,0

Araştırmaya katılanların %22,6'sının fiziksel hastalığı vardır. Bu hastalıklar sıklığına göre fitik, şeker, astım, bronşit, kireçlenme, alerji olarak belirtilmiştir (Tablo 8.)

Tablo 8. Kronik fiziksel hastalık ile ilgili genel bulgular tablosu

		N	Yüzde
Kronik Fiziksel Hastalık	Var	21	22,6
	Yok	72	77,4
	Total	93	100,0
Kronik Fiziksel Rahatsızlıklar	Yok	73	78,5
	Alerji	2	2,2
	MS	1	1,1
	Şeker	3	3,2
	Hepatit C	1	1,1
	Şeker, tansiyon	1	1,1
	Şeker, kolesterol,	1	1,1
	Hipertiroid		
	Tansiyon, kalp	1	1,1

Astım, bronşit, kireçlenme	2	2,2
Fıtık	5	5,4
Nöropatik ağrı	1	1,1
Astım	2	2,2
Total	93	100,0

Örnekleme çerçevesinde araştırma yapmak için 33 kontrol, 15 Duygu durum, 17 anksiyete, 14 somatoform ve 14 madde bağımlısı ile görüşme yapılmıştır (Tablo 9.).

Tablo 9. Araştırmaya katılanların dağılımı

	N	Yüzde
Normal	33	35,5
Duygudurum	15	16,1
Anksiyete	17	18,3
Somatoform	14	15,1
Madde bağ.	14	15,1
Total	93	100,0

4.2. Luebeck Ölçeğinin Betimsel İstatistiği

Aşağıda çalışmada yer alan deney gruplarının ve kontrol grubunun Luebeck anketinden aldıkları toplam puanlarının ortalamaları gösterilmiştir (Tablo 10.). Buna göre ölçekten alınan en yüksek puan 22 en düşük puan ise 5'dir.

Tablo 10. Deney grupları ve kontrol grubunun Luebeck ölçeğinden aldıkları toplam puanlarının ortalamaları

Tanı	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Normal	33	15,00	22,00	19,42	2,21
Duygudurum	15	8,00	22,00	15,93	4,15
Anksiyete	17	5,00	16,00	8,82	2,48
Somatoform	14	5,00	22,00	12,14	4,54
Madde bağımlılığı	14	5,00	15,00	9,43	3,41
Total	93	5,00	22,00	14,32	5,45

4.3. Madde Analizi ve Madde Güçlük İndeksi

Madde güçlük indeksi (P), her bir maddenin doğru cevaplanma oranını göstermektedir. 0,00 ile +1,00 arasında değer alan madde güçlük indeksi, bir maddenin kolay ya da zor bir madde olup olmadığı hakkında bilgi verir. 1,00'e yaklaştıkça madde kolaylaşırken 0,00'a yaklaştıkça madde zorlaşır. Genellikle madde güçlük indeksinin başarı testlerinde 0,50 civarında olması arzu edilir. Bu 0,50 değeri maddenin orta düzeyde bir zorluğa sahip olduğunu gösterir. (Çepni, Bayrakçeken, Yılmaz, Yücel, Semerci, Köse, Sezgin, Demircioğlu ve Gündoğdu, 2008).

Bu çalışmada Luebeck ölçeğinde yer alan maddelerin madde güçlük değerleri 0,44 ile 0,88 arasında değişmektedir. Bu da bütün maddelerin araştırmaya katılan kişiler tarafından anlaşıldığını göstermektedir (Tablo. 11.).

Madde ayırt edicilik indeksi (D), bir maddenin alt ile üst grupta yer alanları ayırt etme derecesidir. Doğal olarak, bir maddenin üst grup tarafından daha yüksek oranda, alt grup tarafından ise daha düşük oranda doğru cevaplandırılması beklenir. Madde ayırt edicilik indeksi “-1” ile “+1” arasında değerler alabilmektedir. Madde ayırt edicilik indeksinin sıfıra yaklaşması, maddenin üst ve alt grubu ayırt ediciliğinin düşük, +1’e yaklaşması ayırt ediciliğinin yüksek olması demektir (Kubiszyn ve Borich, 2003; Baykul, 2000; Yıldırım, 1999; Tekin, 1991).

Madde analizi sonucunda ayırt edicilik kriterini değerlendirirken şu kriterlere dikkat edilir: Ayırt edicilik indeksi sıfır veya negatif olan maddeler teste dâhil edilemez; ayırt edicilik indeksi (0,40) veya daha yüksek bir değerde ise madde çok iyi, düzeltilmesi gerekmez; (0,30)-(0,40) arasında ise iyi, düzeltilmesi gerekmez; (0,20)-(0,30) arasında ise madde zorunlu hallerde aynen kullanılabilir veya değiştirilebilir; (0,20)’den daha küçük bir değerde ise madde kullanılmamalıdır veya yeniden düzenlenmelidir (Turgut, 1992).

Bu çalışmada Luebeck anketinde yer alan maddelerin madde ayırt edicilik değerleri 0,26 ile 0,88 arasında değişmektedir. Bu da bütün maddelerin araştırmaya katılan kişiler tarafından rahat bir şekilde anlaşıldığını göstermektedir (Tablo 11.).

Tablo 11. Luebeck ölçeğinin madde güçlük(P) ve ayırt edicilik indeksi (D)

	D	SD	P	SD
L1	0,8	0,400	0,6	0,4899
L2	0,92	0,271	0,5	0,5000
L3	0,48	0,500	0,76	0,4271
L4	0,36	0,480	0,7	0,4583
L5	0,84	0,367	0,58	0,4936
L6	0,88	0,325	0,44	0,4964
L7	0,88	0,325	0,48	0,4996
L8	0,32	0,466	0,72	0,4490
L9	0,52	0,500	0,74	0,4386
L10	0,64	0,480	0,68	0,4665
L11	0,48	0,500	0,76	0,4271
L12	0,76	0,427	0,54	0,4984
L13	0,8	0,400	0,6	0,4899
L14	0,52	0,500	0,54	0,4984
L15	0,44	0,496	0,74	0,4386
L16	0,32	0,466	0,84	0,3666
L17	0,72	0,449	0,64	0,4800
L18	0,52	0,500	0,7	0,4583
L19	0,26	0,367	0,88	0,3250
L20	0,92	0,271	0,46	0,4984
L21	0,68	0,466	0,66	0,4737
L22	0,48	0,500	0,76	0,4271

Sonuç olarak madde güçlük endeksi (P) >0,5 ve madde ayırt edicilik endeksi (D)>0,25 olduğundan Luebeck anketinde yer alan bütün maddeler bundan sonra yapılacak olan analizlere dâhil edilecek hiçbir madde analiz dışı bırakılmayacaktır.

4.4. Luebeck Ölçeğin Geçerlilik Ve Güvenirlilik Bulguları

4.4.1. Güvenilirlik Hesaplama Aşaması

Güvenilirlik; ölçme aracının tutarlı olarak her durumda benzer sonuçlar doğurmasıdır (Bell, 1993). Ölçek geliştirme çalışmalarında geçerlikten önce güvenilirliğe bakılır. Çünkü güvenilir olmayan bir ölçek geçerli de olmayacağından geçerlilik çalışması yapmaya gerek yoktur (Bindak, 2005).

Yarıya Bölme Yolu: Bu yolda ölçme tamamlandıktan sonra elde edilen veriler tesadüfi yollarla ikiye ayrılır. Bu iki veri grubu ayrı ayrı ele alınarak birbirleriyle karşılaştırılır ve aralarındaki tutarlılık ölçülerek güvenilirlik düzeyi belirlenir. (Sencer ve Sencer, 1978, 525- 528).

Luebeck anketi SPSS’de üretilen rasgele sayılar belirlenmiş ve analiz yapılırken değişkenler buna göre sıraya konmuştur.

Soruların kötü ifade edilmesi, cevapları kodlayan araştırmacıların bireylerin verdikleri açık uçlu soruları farklı kodlarla kodlamaları ya da soruların ilgisiz ya da konuyla ilgili çok az bilgisi olan kişilere sorulması (örneğin yanlış seçilmesi) gibi faktörler, güvenilirlik düzeyinin düşmesine neden olur.

Güvenirlik analizi sonucunda Luebeck anketinin güvenilirlik katsayısı Sperman-Brown’ın testi iki eşdeğer yarıya bölme yöntemi ile hesaplanmıştır. Yapılan hesaplama sonucunda yarı testin güvenilirlik katsayısı 0,902 ve tüm testin güvenilirlik katsayısı 0,887 olarak bulunmuştur. Araştırmalarda kullanılabilecek ölçme araçları için öngörülen güvenilirlik düzeyinin 0,70 olduğu (Tezbaşaran, 1996) dikkate alınırsa bulduğumuz bu değere göre başarı testinin güvenilirliğinin tatmin edici olduğu söylenebilir. Luebeck anketi ve FOTÖ ölçeğinin iç güvenilirlik ve yarıya bölme güvenilirlik katsayıları aşağıda verildiği gibidir (Tablo 12.; Tablo 13.).

Tablo 12. Luebeck ölçeğinin iç tutarlılık (cronbach α) ve yarıya bölme güvenilirlik katsayısı

	İç tutarlılık	İki Yarı Güvenirlik
Luebeck	0,887	0,902

* Yarıya bölme metodunda bölünmüş olan ifadeler

a. L1, L2, L5, L7, L8, L11, L14, L17, L18, L19, L20.

b. L3, L4, L6, L9, L10, L12, L13, L15, L16, L21, L22.

Tablo 13. FOTÖ ölçeğinin iç tutarlılık (cronbach α) ve yarıya bölme güvenirlik katsayısı

	İç tutarlılık	İki Yarı Güvenirlik
FOTÖ	0,946	0,878

a. The items are: F1, rf2, F3, F4, F5, rf6, F7, F8, F9, F10, F11, rf12, F13, F14, F15, F16, rf17, F18, F19, F20.

b. The items are: F21, F22, F23, rf24, F25, F26, F27, F28, rf29, rf30, F31, F32, F33, F34, rf35, F36, rf37, F38, F39, rf40.

Elde edilen bu değerler, Luebeck anketinin orijinalinde (Kühnen ve diğ., 2012) olduğu gibi depresyon hastalarının pre-operasyonel düşünce özelliğini ölçmek konusunda güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak bu çalışmada bu ölçeğin diğer bozuklukların pre-operasyonel düşünce özelliklerini ölçmek konusunda güvenilir bir ölçme aracı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. FOTÖ ölçeğinin aynı şekilde ruhsal bozuklukların tutumlarını ölçmek konusunda güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir. Bu sonuç literatürle tutarlılık göstermektedir. Yapılan bir çalışmada FOTÖ'nün depresyonda olan hastalarla diğer psikiyatrik bozukluklarını ayırt ettiğini bulgulanmıştır (Hollon, Kendall ve Lumry, 1986).

Alt-Üst Grup Ortalamaları Farkına Dayalı Madde Analizi: Ölçekte yer alan maddelerin ayırt edicilik güçlerini belirlemeye yönelik, her bir madde için üst grup ve alt grup Luebeck anketi ve FOTÖ ölçeğinin puan toplamaları ortalamaları arasındaki farkın t değeri hesaplanmıştır. Bunun için Luebeck anketi ve FOTÖ ölçeğinin toplam puanları yüksekte düşüğe doğru sıralanmıştır. Alt ve üst gruplar tüm anketlerin %27'sini oluşturan 25'er kişiden oluşturulmuştur. Bununla birlikte araştırmamızda 33 tane kontrol 60 tane deney grubu bulunmaktadır. Ölçeğin deney ve kontrol grubuna göre de ayırt edici özelliğe sahip olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir (Tablo 14.; Tablo 15.).

Tablo 14. Luebeck Anketin Alt %27 ve Üst %27' lik Grupların Ortalamaları ile Analiz grubunun ortalamaları için t-Testi Sonuçları

		N	Mean	Std. Deviation	t	sd	p
Test Grubu	Alt	25	7,60	1,35	-42,874	48	,000
	Üst	25	21,04	0,79			
Analiz Grubu	Kontrol Grubu	33	19,42	2,21	9,312	91	,000
	Deney Grubu	60	11,52	4,59			

Bağımsız örneklem t testine göre Luebeck Ölçeğin alt ve üst grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır ($t=-42,874$; $sd=48$; $p<0,001$). Aynı şekilde analiz grupları olan kontrol ve deney grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır ($t=9,312$; $sd=91$; $p<0,001$). Buna göre Luebeck anketinin iç güvenirliği sağlanmıştır. Buna göre anket ayırt edici bir ölçektir (Tablo 14.).

Tablo 15. FOTÖ Ölçeğin Alt %27 ve Üst %27' lik Grupların Ortalamaları ile Analiz grubunun ortalamaları İçin t-Testi Sonuçları

		N	Mean	Std. Deviation	t	sd	p
Test Grubu	Alt	25	174,64	34,70	7,346	48	,000
	Üst	25	99,00	38,03			
Analiz Grubu	Kontrol Grubu	33	99,27	26,50	-9,068	91	,000
	Deney Grubu	60	163,90	35,88			

Bağımsız örneklem t testine göre FOTÖ Ölçeğin alt ve üst grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır ($t=7,346$; $sd=48$; $p<0,001$). Aynı şekilde analiz grupları olan kontrol ve deney grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır ($t=-9,068$; $sd=91$; $p<0,001$). Buna göre FOTÖ Ölçeğin iç güvenirliği sağlanmıştır ve analiz sonuçlarına göre ölçek ayırt edici bir ölçektir (Tablo 15.).

Madde-Toplam Puan Korelasyonu: Ölçekteki 22 maddeden hangilerinin çalıştığını belirlemek amacıyla her bir maddenin ayırt ediciliğine yani madde toplam korelasyonuna bakılmıştır. Madde toplam test korelasyonu test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır.” (Büyüköztürk, 2004). Bu çerçevede, madde-toplam test korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, ölçme aracının güvenirliğinin (iç tutarlılığının) yüksek olduğunu ifade eder. Maddelere ait puan dizisi ile ölçeğin toplam puanı arasındaki korelasyonlar Tablo 16.’de gösterilmiştir.

Tablo 16. Luebeck Ölçeğin Madde Analizi Sonuçları

	Madde toplam korelasyonu	Madde silinmesi durumunda Cronbach's Alpha
L1	,615	,878
L2	,705	,875
L3	,344	,886
L4	,238	,889
L5	,633	,878
L6	,663	,877
L7	,681	,876
L8	,325	,886
L9	,392	,885
L10	,530	,881
L11	,441	,883
L12	,551	,880
L13	,602	,879
L14	,223	,890
L15	,348	,886
L16	,258	,888
L17	,661	,877
L18	,362	,886
L19	,189	,888
L20	,699	,876
L21	,614	,878
L22	,402	,884

Yapılan madde analizi sonucunda madde-toplam korelasyonları kullanılarak, ölçek maddelerinin güvenilirlikleri bulunmuştur. Madde-toplam korelasyonu katsayılarının $r \geq 0,40$ için çok iyi bir madde ve $0,30 \leq r \leq 0,39$ için iyi derecede bir maddedir (Büyüköztürk, 2002, 2003). Araştırmada kullanılan Luebeck anketinin t değerleri anlamlı olup, tüm maddeler için madde-toplam korelasyonlar 0,189-0,705 arasında değişmektedir. Korelasyon maddelerinin negatif olmaması ve 0,25'den küçük olmaması beklenir. 0,25'den küçük korelasyonlu maddeler ölçekten çıkarılmalıdır. Bu çıkarma işlemini yaparken α değerindeki değişime bakılır ve ciddi bir değişiklik varsa madde ölçekten atılması gerekir. Bu çalışmada Cronbach's α 'da ciddi bir değişiklik olmamakta ve toplam α değeri ,887'den 0,888' çıkmaktadır. Bu sebeple 19. madde ankettan çıkarılmamıştır. Buradan hareketle ölçekte yer alan maddelerin iyi, güvenilirlikleri yüksek oldukları, benzer davranışı ölçmeye yönelik oldukları ve bu çalışmada yer alan ruhsal bozuklukların pre-operasyonel düşünce özelliklerini ölçme bakımından ayırt etme özelliğine sahip olduğunu söyleyebiliriz.

4.4.2. Geçerlilik Hesaplama Aşaması

Bir ölçekten elde edilen puanların geçerliği, bu puanların kullanım amacı ile ilişkilidir. Başka bir ifadeyle, geçerlik bir ölçme aracı ile ölçülmek istenen özeliğin ölçülerini, başka özelliklerin ölçüleri ile karıştırmadan elde edebilme derecesidir.

Likert tipi ölçeklerin geçerliğinin sınanması, özünde, diğer ölçeklerden farklı değildir. Geçerlik için ne kadar çok kanıt toplanırsa, o kadar iyidir. Ölçeğin kullanım amacına en uygun olan kanıtlar belirlenmelidir. Geleneksel olarak, kapsam, ölçüt ve yapı geçerliğine ilişkin kanıtlardan söz edilebilir. Bu çalışmada analiz metodu olarak kullanılacak geçerlik türleri tutum ölçekleri açısından aşağıda kısaca ele alınmıştır.

Ölçüt Geçerliği: Bir ölçekle elde edilen puanlar, bu ölçekle ölçülmek istenen özeliğe sahip olanlarla olmayanları, ölçülen özellik boyutunda, birbirinden ayırt edebilmelidir. Tutumların ölçülmesi dikkate alındığında, ayırt edilecek gruplar ölçülen tutuma olumlu yönde yüksek düzeyde sahip olanlarla, olumsuz yönde yüksek düzeyde sahip olanlardır. Burada önemli olan ölçülen tutum boyutunda aşırı uçta bulunan bu iki grubu belirlemek için bir ölçüt bulmaktır. Ölçüt bulmada başvurulacak birinci yol önceden geçerli olduğu bilinen bir ölçek bulmaktır. Geliştirmekte olduğumuz ölçekten başka bir ölçek bulup, bu ölçekten elde ettiğimiz puanları ölçüt ölçüsü olarak kullanabiliriz. Bu ölçütlere “dış ölçüt” denir. Ölçüt alınacak ölçeğin seçiminde oldukça titiz davranılmalıdır. Çünkü tutumların ortaya çıkış biçimleri tamamen kültüre özgüdür ve tutumlar öğrenilmiş davranış eğilimleridir (Kağıtçıbaşı, 1976).

Dış ölçütle geçerlik belirlemede genellikle izlenen yol, her iki ölçeği aynı örneklem grubuna uyguladıktan sonra elde edilen iki puan dizisi arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır. Bu korelasyon katsayısı iki ölçeğin puanları arasındaki birlikte değişimin ölçüsüdür. Bu ölçü ne kadar yüksek ise iki ölçek de o ölçüde birbirine benzer ölçme yapıyor demektir (Korelasyon için bkz. Arıcı,

1992; Baykul, 1996). Bu tür bir geçerlik çalışmasına “uyum geçerliği” (Turgut, 1983), “zamandaş geçerlik” (concurrent validity) de denilmiştir. Bu geçerlik kanıtı için uygun karşılık “uygunluk geçerliği” olmalıdır.

Bu çalışmada dış ölçütlerle geçerlilik belirlemede korelasyon yöntemi kullanılacaktır. Bunun için Luebeck anketi ile FOTÖ ölçeği arasındaki korelasyon incelenmiştir. Korelasyon için daha önce geçerlilik- güvenirlik çalışması yapılmış olan FOTÖ ölçeği kullanılmış olup çıkan sonuçlar Tablo 17.'de verilmiştir. Ortalamalarına dair yapılacak olan korelasyon, ölçeklerden çıkan toplam puan sonuçları normal dağılım göstermediği sebebiyle, Spearman yöntemi ile hesaplanmıştır.

Tablo 17. Luebeck Ölçeği ile FOTO ölçeği arasındaki ilişki

	Toplam	Kontrol	Deney	Duygu Durum	Anksiyete	Somatoform	Madde bağ.
Spearman Rho	-,710**	-,504**	-,435**	-,723**	-,237	-,205	-,749**
N	93	33	60	15	17	14	14
p	,002	,003	,001	,002	,360	,483	,002

** p<0,01, * p<0,05

Genel olarak Luebeck anketi ile FOTÖ ölçeği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($r=-,710$; $p<0,01$). Bu anketin dış ölçüt geçerliliğinin olduğunu göstermektedir. Kontrol ve deney grubuna göre de iki ölçek arasındaki ilişki istatistiksel anlamlı çıkmıştır ($p<0,01$). Hatta deney grubunun duygudurum ve madde bağımlılığı ilişkisi yüksek derecede anlamlı çıkmıştır. Bu gruplara ait ilişki katsayıları sırasıyla duygudurum için ($r=-,723$; $p<0,01$) ve madde bağımlılığı için ($r=-,749$; $p<0,01$ 'dir). Burada FOTÖ ölçeğinin toplam puanı arttıkça Luebeck anketinin toplam puanı azalmaktadır ya da tam tersi meydana gelmektedir.

Yapı Geçerliği: Psikolojik ölçekler için yapı geçerliği birinci derecede önem taşır. Madde analizi işlemlerinin de temel amacı belirli bir yapıyı diğer yapılarla karıştırmadan ölçebilecek maddeleri seçerek kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturmaktır. Ölçeğin iç tutarlılığının ölçüsü, bileşik de olsa, belirli bir yapıya ait ölçme yapma derecesini gösterir ve yapı geçerliğine ilişkin bir ipucu sağlar. Ölçek likert tipte sorulardan oluşuyorsa faktör analizi ile alt boyutlar belirlenerek yapı geçerliliği sağlanır. Ama ölçek toplamsal sorulardan oluşuyorsa o zaman iç tutarlılık, dış tutarlılık ve ayırma geçerliliği yapı geçerliliği için yeterlidir.

Bu çalışmada ayrıca deney grubunu oluşturan diğer gruplarla birlikte kontrol grubunun ortalamaları arasında bir ayırım söz konusu olup olmadığı araştırılacaktır. Bu sayede ayırma geçerliliği veya grup geçerliliği de test edilmiş olacaktır.

Tablo 18. Luebeck Anketi Grupların Ortalamaları İçin ANOVA Sonuçları

	N	Mean	Std. Deviation	sd	f	p	Eta kare
Normal	33	19,42	2,21	4;88	43,627	,000	0,665
Duygudurum	15	15,93	4,15				
Anksiyete	17	8,82	2,48				
Somatoform	14	12,14	4,54				
Madde bağ.	14	9,43	3,41				
Total	93	14,32	5,45				

22 sorudan oluşan Luebeck anketi ile ilgili olarak 5 grubun ortalamaları ve standart sapmaları yukarıdaki tabloda görülmektedir (Tablo 18.). Grupların ortalamaları arasında fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F_{2,88}=43,627$; $p<0,001$). Yani H_0 hipotezi reddedilmiştir. Analizin etki büyüklüğü (Eta kare=0,665) çok yüksektir. Hangi grubun ortalamalarının diğerinden farklı olduğunu belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi yapılmıştır. Bu teste göre sadece madde bağımlılığı ve anksiyete gruplarının ortalamaları aynı diğer grupların ortalamaları ise birbirinden farklı çıkmıştır. Ortalamaların karşılaştırması ile ilgili Tukey tablosunu sonucu aşağıdaki gibidir (Tablo 19.). Bu tabloda benzer olan grupların ortalaması aynı sütunda yer almaktadır.

Tablo 19. Luebeck Anketi Grupların Ortalamaları karşılaştırması

Tanı	N	1	2	3	4
Anksiyete	17	8,8235			
Madde bağ.	14	9,4286			
Somatoform	14		12,1429		
Duygudurum	15			15,9333	
Normal	33				19,4242

Subset for alpha = 0.05

V. BÖLÜM

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Pre-operasyonel düşünce biçimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş Luebeck anketi (The Luebeck Questionnaire For Recording Preoperational Thinking'ni Türkçeye uyarlayarak, geçerlilik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma, 33 sağlıklı birey ve 60 çeşitli ruhsal bozukluk tanısı bulunan bireylerle gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın amacı doğrultusunda anketin geçerlik ve güvenirliğini saptanması için gerekli izin, Kühnen ile elektronik posta yolu ile temasa geçilmiş ve uyarlama için gerekli izin alınmıştır. Ölçeğin çevirisi için, tekrar çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçek maddeleri ilk olarak araştırmacının kendisi tarafından çevrilmiştir. Bu çeviri daha sonra İngilizce ve Türkçeyi çok iyi bilen ve Psikoloji alanında uzman iki akademisyen tarafından ölçekteki her bir madde için eldeki çeviri, orijinal metne uygun olup olmadığı kontrol edilmiştir. Gelen öneriler ve geribildirimler sonucunda Türkçe formuna son şekli verilmiştir.

Araştırma sonuçları geçerlik ve güvenirliğini belirlemeye yönelik yapılan analizlerin değerlendirilmesi olarak ele alınmıştır.

Çalışmada ilk olarak ölçeğin madde güçlük(P) ve ayırt edicilik endeksi (D) incelenmiş ve inceleme sonucunda madde güçlük endeksi (P) $>0,5$ ve madde ayırt edicilik endeksi (D) $>0,25$ olduğundan Luebeck anketinde yer alan bütün maddeler Türkçeye uyarlamadan sonrada ölçekte kalmıştır. Bu sonuç Luebeck anketinin orijinali ile tutarlılık göstermektedir (Kühnen ve diğ., 2012). Dolayısıyla orijinal çalışmaya sadık kalınarak, Türkçe formunda her bir maddenin elenmeden ölçekte kalması sonucuna ulaşılmıştır.

İşlem Öncesi Düşünme Ölçeği Luebeck'in güvenirlik çalışmaları kapsamında ise Cronbach Alpha, iki yarı güvenirliği, madde ayırtedicilik ve madde- toplam korelasyon metotları kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha = 0,887$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin yarıya bölme yöntemi kullanılarak yapılan güvenirlik katsayısı 0,902 olarak bulunmuştur. Madde ayırt edicilik analizi bulguları sonucunda ise her maddenin ayırt ediciliğinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Madde-toplam korelasyon değerlerinin 0,189-0,705 arasında değişmekte olduğu görülmüştür. Yapılan güvenirlik analiz sonuçları Luebeck anketinin güvenilir bir ölçme aracı olduğu ve çalışmada yer alan ruhsal bozuklukları ayırt etme özelliğine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuca göre, ölçeğin depresyonu ayırt etme özelliğine sahip olduğu bulgusu yine ölçeğin orijinal çalışmasıyla tutarlılık göstermektedir. Bu ölçek geliştirirken kronik depresyon hastalarının işlem öncesi düşünce biçimlerine yönelik olarak geliştirildiği de yine bu sonuçla tutarlılık gösteriyor diyebiliriz (Kühnen ve diğ., 2012). Diğer yandan araştırmanın diğer bozuklukları ayırt ettiği sonucu

ise, Beck'in görüşüyle tutarlılık göstermektedir. Beck'e (1979) göre, bozuklukların çoğu o bozukluğa özgü düşünceler ile karakterize edilmektedir. Buna göre, ruhsal hastalıkların her biri, o hastalığa özgü pre-operasyonel düşünce içeriklerinin bu ölçekte yer alan ifadeler ile ayırt edilebilir olduğu söylenebilir.

Luebeck anketinin geçerlilik çalışmasında ölçüt geçerliliği ve ayırma geçerliliği metotları kullanılmıştır.

Ölçüt geçerlilik kapsamında bu analiz için Şahin ve Şahin (1992) tarafından Ülkemiz için geçerlilik güvenilirliği yapılan FOTÖ ölçeği ile Luebeck anketinin aralarındaki korelasyona bakılmıştır. İki ölçek $p < .001$ düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak FOTÖ ölçeği puanları arttıkça Luebeck ölçeği puanlarının düştüğü ve bunun tam tersi meydana gelmektedir. Dolayısıyla işlevsel olmayan tutumların arttığında pre-operasyonel düşünce içeriğinin azalmasının tutarlı olduğu söylenebilir (ve tam tersi). Nitekim FOTÖ'den alınan yüksek puan işlevsel olmayan tutumların arttığını (Şahin ve Şahin, 1992) ve işlem öncesi düşünce içeriğinin Luebeck ölçeğinden elde edilen puanların azalmasıyla arttığı (Kühnen ve diğ., 2012) bulgusu bu sonucu destekler niteliktedir. Bu sonuca göre, ölçeğin ruhsal bozukluk tanısı olan bireylerin düşünce içeriklerinde bir bozukluk olduğunu gösterdiği söylenebilir. Literatür'de geçen pek çok ruhsal bozukluğun sebebi bireyin çarpıtılmış düşünceleri, işlevsel olmayan tutumları ve ilkeleridir (Beck ve diğ., 1979) görüşü de yine bu sonuç ile tutarlılık göstermektedir. Ruhsal bozukluk sebebi olarak sayılan faktörlerden birisi işlevsel olmayan tutumlardır, bu tutumlar FOTÖ ile ölçülmektedir. Bu çalışmada FOTÖ ve Luebeck Ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olması ve örneklemin ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerden oluşması neticesinde, ruhsal bozukluğun sebebi olarak pre-operasyonel düşünce içeriği de bir faktör olarak alınabilir.

Ayırma geçerliliği analizi sonucunda kontrol grubu ve deney grupları arasında anlamlı fark olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre, pre-operasyonel düşünce biçimi bakımından madde kullanım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu sonuçları benzerlik gösterirken, araştırmada yer alan diğer gruplar arasında fark bulunmuştur. Bu sonuçlara göre sırasıyla madde kullanım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve son olarak sağlıklı bireylerin pre-operasyonel düşünce özelliklerinin ölçüldüğü ölçekten yüksek puan elde edilmiştir.

Bu sonuç sağlıklı bireylerde beklenen bir sonuç olmuştur, ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 22 iken ortalamalara bakıldığında 19,42 gibi bir sonuç elde edilmiştir. Literatüre göre normal sağlıklı olan bireylerde dahi düşünce içeriklerinde bozulma görülebileceğinden bahsedilmektedir (Clark, 2005). Bu görüşe göre, ortalamanın toplam puandan 3 puanlık sapma göstermesinin buna sebep olduğu düşünülmektedir.

Duygu durum sonuçları ise Luebeck anketinin orijinal çalışmasıyla tutarlı sonuç elde edilmiştir (Kühnen ve diğ., 2012). Kühnen ve diğ. (2012) kronik depresyonu olan hastaların anlamlı

derecede olaysal durumlara bağılı olan depresif kişiler ve sağlıklı bireylerden farklılaştığı sonucuna varmışlardır.

Somatoform bozuklukları pre-operasyonel düşünce özellikleri açısından anlamlı derecede önemli olduğu bulgulanmıştır. Bu sonuç Rosen'in (1985, Akt. Wallen, 2010) ısrarlı bir şekilde sürdürülen gerçek olmayan ve büyüsel düşüncelerinin pre-ödipal döneme ait bir özellik olduğu görüşüyle tutarlı olduğu düşünülmektedir. Nitekim Hausteiner- Whiele ve Sokollu (2011) yaptıkları çalışmayla somatoform hastalarının büyüsel düşünce puanlarının yüksek olduğu bulgulanmıştır. Gerçekçi olmayan düşünce açısından somatoform bozukluklarının gerçek bir organik neden olmaksızın bedensel hastalık belirtileri ortaya çıkarmaları görülebilir (Faust, 2012; Schaefer, Hausteiner-Wiehle, Hauser, Ronel ve diğ., 2012; Haller, Cramer, Lauche, Dobos, 2015).

Ayrıca analizler sonucu tüm örneklem grubu içerisinde anksiyete bozukluğunun ve madde kullanım bozukluğunun en yüksek düzeyde pre-operasyonel düşünce içeriğine sahip oldukları bulgulanmıştır.

Anksiyete, kişinin ilgisini tehlikeye yöneltmesini sağlar. Kişi potansiyel tehlike yaratan uyaranları izler, tehlike oluşturmayanları dikkate almaz (Amir ve diğ., 1998b). Bu görüş işlem öncesi dönemde düşüncenin anlık görünür koşullara son derece bağımlı olması ve çocukların belirli bir zamanda bir durumun yalnızca bir yönünü ele alma yeteneğine sahip olmaları özelliğiyle tutarlı görünmektedir. Anksiyete ve pre-operasyonel düşüncenin en önemli özelliklerinin tutarlı görüldüğü dolayısıyla anksiyete hastalarında pre-operasyonel düşünce içeriğinin yüksek puan skorları gösterdiği söylenebilir.

Piaget' e göre işlem öncesi dönem ve bu döneme ait düşünce biçimi 2-6 yaş ya da 7yaş aralığını kapsamaktadır (Gander ve Gardiner, 2007; Furnham, 2010; Türkçapar, 2014).

Psikodinamik açısından bu dönem oral döneme denk gelmektedir (Freud, 2006). Yine psikodinamik açısından her türlü madde bağımlılığı psikoseksüel gelişimin oral dönemine bir gerileme olarak yorumlanmaktadır (Geçtan, 1997). Bu görüşe göre, araştırmada madde kullanım bozukluğu olan hastaların işlem öncesi düşünce içeriklerinin yüksek çıkması bu görüşü destekler niteliktedir. Alkol bağımlısı kişilerde, benmerkezcilik, olgunlaşmamış ve içyönelik düşünce biçimleri gözlemlenmiştir (Jellinek, 1952). Yine bu özellik işlem öncesi düşünce biçimiyle tutarlılık göstermektedir. İşlem öncesi düşünce içeriğine göre, kişi kendisinden başkalarının bakış açılarını anlamakta zorlanır (Türkçapar, 2012).

Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmada yer alan ruhsal bozuklukların Luebeck anketi tarafından pre-operasyonel düşünce özelliklerini ölçtüğü söylenebilir. Kühnen ve diğ. (2012) Luebeck anketini geliştirirken, kronik depresif kişilerin (kişilerarası problemlerinden ötürü) işlem öncesi dönemde kitlenmiş olduklarını aktarmışlardır. Bunun oluşum nedenini ise McCullough (2000), çocukluk çağında yaşanan bir travmaya veya başka olumsuz koşullar olarak açıklamıştır. Bu

deneyimlerin ise kognitif-duygusal açıdan gelişimsel duraklama olarak neticelendiğinden bahsetmektedir (Akt. Kühnen ve diğ., 2012). Bu bağlamda düşünüldüğünde çocukluk çağı travmalarının neden olduğu diğer ruhsal bozukluklarında da pre-operasyonel düşünce bakımından yine bu dönemde kitlenme gösterebilecekleri düşünülmektedir. Literatür'e bakıldığında duygudurum (Morris, 2002; Ercan, 2004; Möller ve diğ., 2005); madde kullanımı (Clark, Lesnick ve Hegedus, 1997); anksiyete (Martin, 2003; Doğan, 2012) ve somatoform (Escobar ve diğ., 1992; Barsky, Wool, Barnett ve Cleary, 1994) bozuklukların etiyojisinde erken dönem travmalarına rastlanmaktadır. Rosen'e (1985) göre; belirli bilişsel bir aşamada gerileme psikopatolojik bozukluklara sebebiyet vermektedir (Akt. Wallen, 2010).

Luebeck anketinin orijinalinde pre-operasyonel düşünce içeriği depresif kişilerle çalışarak bakılmış ve bu ölçeğin amacına uygun olarak bu düşünce özelliğini ölçtüğü söylenmiştir. Bizim çalışmamızda örneklem genişletilmiş olup farklı ruhsal bozukluklar açısından yine bu ölçeğin pre-operasyonel düşünce özelliklerini ölçtüğü bulgulanmıştır. Yine madde kullanımı (Drake ve Wallach, 1989; Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd, 1999;), anksiyete (Hautzinger ve Hoffman, 2015) ve somatoform (Margraf, Neumer ve Rief, 1998) gibi ruhsal bozuklukların eş tanı kriterlerine bakıldığında her birinin depresyon eş tanısı aldığı görülmektedir. Bu bilgi ışığında, çalışmada çıkan sonucun depresif özellik taşıyan bozukluklar bakımından benzer düşünce özellikleri taşıyabilecekleri düşünülmektedir. Genel olarak, pre-operasyonel düşünce biçimlerinin Luebeck anketi ile ölçülebilir olduğu sonucuna varılmıştır.

5.2. Sonuç

Luebeck anketi uygulanması ve değerlendirmesi kolay, pratik bir pre-operasyonel düşünce biçimini ölçen ölçektir. Ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin pre-operasyonel düşünce özelliklerinin araştırıldığı bu çalışmada sonuçların, orjinal ölçekle benzer sonuçlar gösterdiği bulgulanmıştır. Geçerlilik sonuçları açısından ölçeğin özgün formuyla paralel olduğu söylenebilir. Güvenirlilik çalışmaları sonucu elde edilen sonuçlara göre ölçeğin oldukça yüksek düzeyde güvenirliliğe sahip olduğu söylenebilir. Bulgulara topluca bakıldığında Luebeck Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin ölçeğin araştırmalarda kullanılabilmesi açısından uygun olduğu söylenebilir.

5.3. Öneriler

Araştırmanın kısıtlılıkları şöyle özetlenebilir;

Örneklem olarak seçilen deney grupları tanı bakımından genel başlıklar altında ele alınmıştır. Her bir ruhsal bozukluk kendi içinde Tanı kriterlerine kategorilere ayrılmaktadır (bkzn. Bölüm II Ruhsal Bozuklukların Tanı Sınıflandırmaları). İlerde yapılacak olan çalışmalarla Luebeck ölçeği kullanılarak her bir tanı kriteri kendine özgü düşünce özelliği açısından incelenebilir.

Çalışma geçerlilik- güvenilirlik araştırması olduğu için sosyodemografik özellikler açısından incelenmemiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum vb. birçok değişkenin kişinin düşünce özelliklerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu değişkenlerle kişilerin düşünce özellikleri incelenebilir.

Yapılan araştırma neticesinde çalışmaya dâhil olan örneklem grupları için ölçeğin güvenilir olduğu saptanmıştır. İleride yapılacak olan çalışmalarda ve klinik ortamlarda hastaların düşünce özellikleri hakkında bilgi edinebilmek açısından kullanılabilir. Düşünce özellikleri hakkında bilgi sahibi olmakla birlikte bu hastaların tedavilerinde bilişsel metotları kullanmak ve düşünce içeriklerini düzenleme konusunda yardımcı olmak adına önerilebilir.



EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFIK BİLGİ FORMU

1) Ad ,Soyadı;

2) Yaşınız?

3) Cinsiyet

a) Erkek b) Kadın

4) Medeni Durumunuz

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Eşinden ayrı yaşıyor e) Dul

5) Kaç yıllık evlisiniz?

a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl arası
c) 5-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri

6) Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

a) Yalnız b) Sadece eşinizle
c) Eş ve çocuklar d) Anne ve baba e) Diğer

7) Eğitim düzeyiniz?

a)İlköğretim b)Lise c) Yüksek okul veya üniversite d) Diğer..

8) Eğer eğitim hayatınızda okul terki varsa düzeyi nedir?

a) İlkokul 1 terk
b) İlkokul 2 terk
c) İlkokul 3 terk
d) İlkokul 4 terk
e) İlkokul 5 terk
f) Ortaokul 1 terk
g) Ortaokul 2 terk
h) Ortaokul 3 terk
i) Lise 1 terk
j) Lise 2 terk
k) Lise 3 terk
l) Lise 4 terk
m) Üniversite 1 terk
n) Üniversite 2 terk
o) Üniversite 3 terk
p) Üniversite 4 terk

7) Sahip olduğunuz çocuk sayısı

8) Şu an yaşadığınız yer?

a) Köy b) Kasaba c) Şehir d) Diğer.....belirtiniz

9) Gelir düzeyiniz nedir?

a) 500 YTL' nin altında b) 500 ile 1000 YTL arasında
c) 1000-1500 YTL arası d) 2000 YTL ve üzeri

10) Çalışıyorsanız çalışmakta olduğuz birim\ ünite

.....lütfeñ belirtiniz

11) Meslekte çalıştığınız süre nedir?

a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl arası
c) 5-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri

12) Başka bir kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?

a) Evet ise lütfeñ belirtiniz..... b) Hayır

13) Hiç bu konu/konular için doktora gittiniz mi?

Hayır ise nedenini belirtiniz.....

14) Kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

a) Evet ise lütfeñ belirtiniz..... b) Hayır

15) Hiç bu konu/konular için doktora gittiniz mi?

Hayır ise nedenini belirtiniz.....

16) Beraber yaşadığınız aileniz dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı?

a) Evet b) Hayır

17) 16. sorunun cevabı evet ise kimler ve yakınlık dereceniniz?

Lütfeñ belirtiniz.....

Ek 2: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (Fotö-A)

FOTÖ (DAS)

Tarih.../.../.....

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da incindiği tutumları bir listesini içermektedir. Lütfen HER CÜMLEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınız belirleyin.

Her tutuma ilişki kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz. Her tutum için sadece BİR işaret koymaya özen gösterin. İnsanların hepsinin kendine özgü düşünceleri olduğundan, burada doğru ya da yanlış diye bir yanıt söz konusu değildir.

Lütfen seçimlerinizin SİZİN GENEL OLARAK nasıl düşünüldüğümüzü yansıtmaya özen gösterin.

1. Bir insanın mutlu olabilmesi için ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir.

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| ① Hiç katılmıyorum | ④ Biraz katılıyorum |
| ② Çok az katılıyorum | ⑤ Oldukça katılıyorum |
| ③ Ender olarak katılıyorum | ⑥ Genellikle katılıyorum |
| | ⑦ Tümtüyle katılıyorum |

2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkındaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.

- ①Hiç katılmıyorum
②Çok az katılıyorum
③Ender olarak katılıyorum
④Biraz katılıyorum
⑤Oldukça katılıyorum
⑥Genellikle katılıyorum
⑦Tümüyle katılıyorum

3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.

- ①Hiç katılmıyorum
②Çok az katılıyorum
③Ender olarak katılıyorum
④Biraz katılıyorum
⑤Oldukça katılıyorum
⑥Genellikle katılıyorum
⑦Tümüyle katılıyorum

4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.

- ①Hiç katılmıyorum
②Çok az katılıyorum
③Ender olarak katılıyorum
④Biraz katılıyorum
⑤Oldukça katılıyorum
⑥Genellikle katılıyorum
⑦Tümüyle katılıyorum

5. Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.

- ①Hiç katılmıyorum
②Çok az katılıyorum
③Ender olarak katılıyorum
④Biraz katılıyorum
⑤Oldukça katılıyorum
⑥Genellikle katılıyorum
⑦Tümüyle katılıyorum

6. İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.

- ① Hiç katılmıyorum
② Çok az katılıyorum
③ Ender olarak katılıyorum
- ④ Biraz katılıyorum
⑤ Oldukça katılıyorum
⑥ Genellikle katılıyorum
⑦ Tümüyle katılıyorum

7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığını kazanmalıyım.

- ① Hiç katılmıyorum
② Çok az katılıyorum
③ Ender olarak katılıyorum
- ④ Biraz katılıyorum
⑤ Oldukça katılıyorum
⑥ Genellikle katılıyorum
⑦ Tümüyle katılıyorum

8. Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| ① Hiç katılmıyorum | ④ Biraz katılıyorum |
| ② Çok az katılıyorum | ⑤ Oldukça katılıyorum |
| ③ Ender olarak katılıyorum | ⑥ Genellikle katılıyorum |
| | ⑦ Tümtüyle katılıyorum |

9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.

- ①Hiç katılmıyorum
②Çok az katılıyorum
③Ender olarak katılıyorum
④Biraz katılıyorum
⑤Oldukça katılıyorum
⑥Genellikle katılıyorum
⑦Tümüyle katılıyorum

10. İnsan bir işi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım işlerde başarılı olmam gerekir.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

12. Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

13. Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

14. Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek fark yoktur.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

15. İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece hiç sayılırım.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

17. Sonucu başarısızlıkta olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

18. İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

19. Başkalarının benim hakkımdaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük ölçüde belirler.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

20. İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek c

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

21. En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
22. İnsanın değerli biri sayılması için iyi fikirleri olması gerekir.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
23. Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
24. Benim için önemli olan başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendimle ilgili düşüncelerimdir.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
26. Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
27. İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvenebileceği başka insanların olması gerekir
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
29. Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

31. Bana zarar verebileceklerin düşündüğünden diğer insanlara güvenmem
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
32. Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
33. İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
34. Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
35. Mutlu olmam için diğer insanların beni ve yaptıklarını onaylaması gerekmez.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
36. İnsan, sorunlardan uzak durabildiği sürece sorunlarda ortadan kalkar.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
37. Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı...) nasibimi almasam da mutlu olabilirim.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
38. Başka insanların benim hakkımda ne düşündükleri benim için önemlidir.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |
40. Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim.
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| ①Hiç katılmıyorum | ④Biraz katılıyorum |
| ②Çok az katılıyorum | ⑤Oldukça katılıyorum |
| ③Ender olarak katılıyorum | ⑥Genellikle katılıyorum |
| | ⑦Tümüyle katılıyorum |

EK 3: İşlem Öncesi Düşünmeyi Kaydetmek İçin Luebeck Anketi

İsim: _____ Tarih: _____

Yaş: _____ Terapist: _____

Cinsiyet: _____

Bilgilendirme: İlerleyen sayfalarda, birçok durumsal senaryonun ve sadece sizi ya da sizi ve başka bir kişiyi kapsayan olayların anlatımını göreceksiniz. Her bir senaryonun sonunda, sizin "O ANDA" nasıl tepki göstereceğinizi en iyi anlatan ifadeler grubunu (madde grubu #1 veya #2) veya ifadeyi (#1 veya #2 ile numaralanmış ifadeler) lütfen daire içine alınız. Bu soruları cevaplarken aslında nasıl tepki vermeyi istiyor olabileceğinizi en iyi aktaran ifadeyi veya maddeyi seçmek biçiminde güçlü bir isteğiniz olacaktır. AMA BUNU YAPMAYIN. Anketin tamamında cevaplarınızı işaretlerken olabildiğince kendinize karşı dürüst olun.

Lütfen anketin tümünü cevaplayınız. Hiçbir maddeyi atlamayınız.

1.) Senaryo: Partnerim/Eşimle bu akşam romantik bir yemek yemeği planlıyorduk. Uzun zamandır işten güçten fırsat bulup kendimize böyle bir zaman da ayıramıyorduk. Bu gece onunla buluşacağım için çok mutluydum. İş çıkışı, partnerim/eşim beni aradı. Annesinden kendisinin ilgilenmesi gereken bir sorun hakkında acil bir telefon geldiğini söyledi. Özür diledi ve bu akşam yemek yemeğe gelemeyeceğini söyledi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Bu gecemi berbat ettin.
2. Bu gece için üzgünüm. Annesinin nesi var, merak ettim.

2.) Senaryo: Dün kimliğimi kaybettim. Her yere baktım, hatta çalınmış olabileceğinden bile korktum. Yorucu bir süre aradıktan sonra yatağıma yattım. Sabah kalktığımda şunu düşünerek ve hissederek uyandım.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Bu tarz şeyler daima bana olur. Kötü şans peşimi hiç bırakmaz.

Ne yapacağımı bilmiyorum.

Kimliğimi kaybetmek beni beceriksizmişim gibi hissettiriyor.

2. Polise gitmeliyim ve kimliğimin kaybolduğunu söylemeliyim ki bu beni daha iyi hissettirecek.

Dün gittiğim yerlere geri döneceğim ve oralarda düşürmüş müyüm diye bakacağım.

Bir şekilde bunun üstesinden geleceğim. Kendime karşı güvenim tam kalacak.

3.) Senaryo: Şu anda işsizim ve iş arıyorum. AVM'de bir arkadaşla karşılaştım. Bana işi hakkında memnuniyetsizliğini ve birçok iş arkadaşıyla ciddi sorunları olduğunu anlattı. İş arkadaşları onun sevmediği bazı şeyler yapıyormuş. Ayrıca işten ayrılmayı düşündüğünü de söyledi. Başka bir iş teklifi aldığını ama maaşının daha az olduğunu anlattı.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Hiçbir şey istediğim gibi gitmiyor. Asla hiçbir yerde iş bulamayacağım.
2. Arkadaşım iş yerinde zor zamanlar geçiriyor. Acaba onun durumu için endişelendiğimi hissetti mi? - Umarım öyledir.

4.) Senaryo: İş yerinde zor günler yaşamaktayım. Birçok memnun olmayan müşteriden beklenmedik telefon geldi. Yakın bir arkadaşım işten sonra yanıma geldi. Kısa bir süre önce iki çocuğuna çok kızdığını ve onlara bağırıldığını anlattı. Kızlarının ikisinin de korkuttuğunu söyledi. Verdiği tepkiden dolayı çok rahatsız, huzursuz olduğunu söyledi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Bana da aynısı oldu. Dert etme.
2. Çok rahatsız gözükyorsun. Ne olduğunu ve çocukların ne yaptığını bana anlat.

5.) Senaryo: Bu sabah erkenden çarşıda alışveriş yapıyordum ve evime dönmek için otobüse bindim. Bir sürü çantayı taşımaya çalışıyordum. Otobüse bindiğimde bilet almam gerekiyordu ancak paramı bulamadım. Şoför sabırsızlaştı ve acele etmemi söyledi. Takip etmesi gereken bir zaman programı olduğunu ve eğer parayı bulamazsam bir sonraki otobüse binmemi söyledi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Daima her şeyi berbat ediyorum – Kazanamıyorum.
Bana geldiğinde kimse beni düşünmüyor.
Muhtemelen bu gece geç saate kadar eve geri dönemeyeceğim

2. Karmakarışık bir durum.

Paramı bulmak için şoförden biraz daha zaman rica etmeliyim.

Belki bu otobüsten inmeliyim, paramı bulmalıyım ve sonraki otobüse binmeliyim.

6.) Senaryo: Kız arkadaşım ve ben aynı daireyi paylaşıyoruz. İki gün önce alışveriş yapıp eve geldi. Bana bir iyilik yapmak istediğini ve alışverişte alınanları kendisinin yerleştirmek istediğini söyledi. Bende dedim ki " Tamam, ama yiyecekleri koyduğunda dolabı temiz ve düzenli bir şekilde bırak". Dolabın düzenli olmasını seviyorum ve tekrar tekrar dolabı düzenlemek istemiyorum. Bugün, manav alışverişinden sonra eve geldik. İkimizde çok yorgunduk ve akşamı dinlenerek geçirmek istedik. Kız arkadaşım manav poşetlerini aldı ve hepsini açılmadan dolaba bıraktı. Üstelik benim özenle dolaba yerleştirdiğim birkaç poşeti devirdi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Her şeyi ben yapmak zorundayım- kimse beni ve ne istediğimi hiç düşünmüyor.
2. Kız arkadaşıma dolabı temiz ve düzenli bırakmasını hatırlatacağım. Belki de kimin ne yapması

gerektiğini tekrar gözden geçirmemiz gerekecek.

7.) Senaryo: Komşum her sene doğum günü kutlar. 10 yıldır beni doğum gününe davet ederdi. Bu yıl davet etmedi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Komşumun beni hiç sevmediğini biliyordum – Bu, onu gösteriyor.
2. Komşumu arayacağım; Gerçekten onun doğum gününe gitmek istiyorum.

8.) Senaryo: Patronumla benim altı aylık iş sürecimi değerlendirmek için görüşeceğiz. Benim işimden oldukça memnun olduğunu söylüyor. Ancak, geçen hafta benim bazı hatalar yaptığımı fark etti ve daha dikkatli olmam gerektiğini söyledi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Patronum bu işte ne yaparsam asla memnun kalmayacak.
2. 2.Son zamanlarda dikkatimi toplama sorunu yaşıyorum ve patronuma neden olduğunu söyleyeceğim.

9.) Senaryo: Yakın bir zamanda başka bir yere taşınmış ve orada yaşayan bir arkadaşımı ziyarete gidiyorum. Bir anda haritamı almadığımı fark edittim. Haritayı yemek masasının üstünde bırakmışım. Ayrıca fark ettim ki yanlış yere girdim ve şu anda kayboldum.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Hiçbir şeyi doğru yapamıyorum – Kendimden nefret ediyorum.

Ben bir beceriksizim ve muhtemelen kaybolacağım.

Ben bu işi asla yapamayacağım- Her şeyi bunun gibi elime yüzüme bulaştıracacağım. .

2. Bir sonraki benzinlikte yeni bir harita alacağım.

Arkadaşımı arayıp yol tarifi isteyebilirim – vazgeçme.

Bunu tekrar yaşamamak konusunda çok dikkatli olacağım – Bu hatadan bir şeyler öğreneceğim.

10.) Senaryo: Bugün işte çok yoğun bir gün yaşadım ve eve yorgun ve bitkin bir şekilde geldim. Tek istediğim sıcak bir çay içmek ve dinlenmek. Çayı yaptıktan sonra, battaniyeyi üstüme çektim ve oturma odasında uzandım. Kız (Erkek) arkadaşım içeri geldi ve nasıl olduğumu sordu. Ona ne kadar

yorgun olduğumu anlattım – ki bu gece istediğim dinlenmekti. Bu akşam dışarıda ikimizin yapabileceği faaliyetler konusunda öneriler sunmaya başladı.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Kimse benim hislerime saygı göstermiyor, sadece kendilerini düşünüyorlar.
2. Kız/Erkek arkadaşına sadece dinlenmek istediğimi anlatmalıyım.

11.) Senaryo: Aile üyerimi ve arkadaşlarımı davet ettiğim bir akşam yemeği organize ettim. Akşam yemeğine davet ettiğim bir arkadaşım o günün sabahı beni aradı ve acil bir işinin çıktığını, bu yüzden yemeye gelemeyeceğini söyledi. Ayrıca yarın bana geleceğini ve neler olup bittiğini anlatacağını söyledi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Kimse beni sevmiyor.
Başkaları daima beni hayal kırıklığına uğrattıyor.
Arkadaşlarıma güvenemem.
2. Arkadaşım gelmeyeceği için üzgünüm.
Umarım arkadaşım iyidir.
Yarın arkadaşımı arayacağım ve onu yoklayacağım.

12.) Senaryo: Ofisten bir arkadaşarımla öğle yemeği yiyorum. Gruptan bir kişi hep beraber gitmemiz gereken bir kafeden söz ediyor. Kafe ile ilgili konuşma sırasında ben susuyorum. Masadaki birçok kişi o gece kafeye gitmemiz gerektiğini söylüyor. Ben hala susuyorum ve hiçbir şey demiyorum. Öğleden sonra işten eve geldiğimde, sinirleniyorum ve rahatsız oluyorum. Çünkü ben de onlarla kafeye gitmek istiyordum ama kimse beni davet etmedi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Kimse beni sevmiyor- daima plan dışında bırakılıyorum.
2. Ne yapmak istediğimi arkadaşlarıma açıkça söylemedim. Şimdi kafeye gideceğim.

13.) Senaryo: Bir dergi almak için yeni bir dükkâna giriyorum. Etrafa baktıktan sonra, dergi bölümünü bulamıyorum. Sonra, bir mağaza çalışanı buluyorum ve magazin bölümünün nerde olduğunu

soruyorum. Mağaza çalışanı dergi bölümünün burada olmadığını ve nerde olduğu hakkında bilgisinin olmadığını söylüyor. Daha fazla yardım etmeden arkasını dönüp gidiyor.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. İnsanlar yardımsever değil. Asla yardım istememeliydim.

İnsanlarla hiçbir zaman yıldızım barışmayacak –Kimse beni asla sevmeyecek.

2. Bu yardımsever bir çalışan değil. Bana yardım edebilecek başka birine bakacağım.

Bana yardım edebilecek birini bulamazsam başka mağazaya gideceğim.

14.) Senaryo: Bu cuma benimle sinemaya gelmesi için yeni tanıştığım bir kadını/erkeği davet ettim. Benimle ilgilenip ilgilenmeyeceğinden ya da benimle dışarıya çıkıp çıkmayacağından emin değildim. Davetimi kabul edince çok mutlu oldum. Cuma günü, beni aradı ve bir işi çıktığını ve görüşmeyi iptal etmek zorunda olduğunu söyledi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Benden zaten hoşlanmamıştı.

2. Gelemeyeceği için üzgünüm. Onu tekrar arayacağım.

15.) Senaryo: Kapanmasına kısa süre kala bir markete giriyorum. Sonra, bir sürü süt alıyorum ve reyondan uzaklaşırken sütlerden biri düşüyor ve sütün kartonu yırtılıp yerler kirleniyor. Mağaza sahibi olanları görüyor ve bana kötü sözler söyleyerek kızıyor. Bana yüksek sesle daha dikkatli olamam gerektiğini ve şimdi saatlerce benim yaptığım pislik için mesaiden sonra kalması gerektiğini söylüyor.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Asla şanslı olmadım.

Çok beceriksizim.

Kimse beni asla anlamayacak.

2. Bu benim için çok zor bir durum.

Yaptığım şeyden dolayı ondan özür dileyeceğim.

Yaptığımı telafi etmek için ona bahşış teklif edeceğim.

16.) Senaryo: Erkek kardeşim evlenecek ve benden düğününe gelmemi istedi. Eğer düğüne katılırsam, iş yerinden iki gün izin almam gerekiyor. İşyerinde tamamlamam gereken bir sürü iş var ve işlerin teslim tarihlerinin değişemeyeceğini söylediler. Patronum/yöneticim bana çoktan bu işin zamanında tamamlanması gerektiğini söylemişti. İş tamamlamak düğüne gitmemi zorlaştıracak.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Patronumla/yöneticimle asla izin konusunda anlaşamayacağım.
2. Patronumla/yöneticimle konuşacağım ve başka bir yol var mı diye soracağım.

17.) Senaryo: Patronum/yöneticim bana bir iş verdi ve verdiği işin ne zaman bitmesi gerektiğini söyledi. İş çok yoğun bir zamanda verdi ve maalesef yapmam gereken bir sürü iş vardı. Bu yüzden, verdiği işi zamanında bitiremedim. Patronumun/yöneticim yanına gittim ve işi bitiremediğimi söyledim. Çok anlayışlıydı. Bana dedi ki “Böyle şeyler olur ancak pazartesi günü sabah 9'dan önce işi bitir.”

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Patronum/yöneticim gerçekten bana çok kızgın.

Patronum /yöneticimbana üzülüyor- çok eziğim.

Yardımcı oluyor diye kendimi salamam.

2. Patronum/yöneticim gerçekten sıkışık programımı anladı.

Bir an önce bu işi bitirmeliyim.

Patronumun tavrı bana gerçekten yardımcı oldu- rahatlamış hissediyorum.

18.) Senaryo: Bekâr iş arkadaşım ve ben gelecek tatildeki çalışma planını ayarlıyoruz. Benim ailem ile tatile çıkacağım aynı zamanda kendisinin de tatile çıkmayı planladığını söylüyor. Bir süre bu konu hakkında tartışıyoruz ve sonra ona bencil olduğunu, benim ve ailemin ne yapmak istediğini düşünmediğini söylüyorum. Birden ofisimi terk ediyor.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Hiç kimseyle bir şeyi çözüme kavuşturamıyorum. İnsanlarla sorunlarımı çözmekte güçlük çekiyorum.
2. İş arkadaşımı üzmüş olabilirim. Şehri terk etmeden, onu arayıp tavrım hakkında onunla konuşmak istiyorum.

19.) Senaryo: Yurtdışını gezeceğim ve bunun için yeni bir pasaport almam gerek. Pasaport ofisine gittim ve orada bir yere oturdum. 15 dakika çağırılmayı bekledikten sonra, müşterilerin çağırılması için kullanılan makineden numara almam gerektiğini fark ettim. Boş bir vezneye gittim ve memura numara almayı unuttuğumu söyledim. Numara almadan işlem yapabilir miyim diye sordum çünkü zaten 15 dakika

beklemiştim. Memur kaba bir şekilde makineye gidip bir numara almamı ve sıramı beklememi söyledi.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Çok aptalım.

Nereye gitsem kötü şans peşimde.

Kimse beni sevmiyor- herkes bana zor anlar yaşıyor.

2. Numara almayarak her şeyi berbat ettim.

Şimdi gidip bir numara alacağım.

Kuyruğun sonunda beklemek zorunda olacağım.

20.) Senaryo: İyi hissetmiyorum ve hasta oluyorum. Bir arkadaşımı ziyaret edip, görünebileceğim bir doktor adı almaya karar veriyorum. Ayrıca, daha iyi hissederim diye evin dışına çıkmak istiyorum. Arkadaşımın evine varıyorum ve arkadaşım şu anda konuşamayacağını, çok kötü bir baş ağrısı olduğunu ve uyuyacağını söylüyor. Kapıyı kapatıyor ve ben ayrılıyorum.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Benim için hiçbir şey yolunda gitmiyor.

2. Arkadaşım hasta olduğu için üzgünüm. Onunla daha iyi olduğu zaman konuşacağım. Hala bir doktorun adını öğrenmem gerek.

21.) Senaryo: Yeni bir işe başlamak için başka bir şehre taşındım. Yeni apartmanımın kapısının önüne ilk kez geldim. Bavullarımı yere koyup apartmana baktım. Birden, yeni binaların arasında kendimi yalnız ve garip hissetmeye başladım.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1. Taşınmamalıydım.

Her zaman kötü şansla karşılaşıyorum- burada da aynısı olacak.

Orada asla evdeymiş gibi hissetmeyeceğim.

2. Yeni bir yerde yaşamak için yeni planlar yapmalıyım.

Yeni dairemi kontrol edeceğim.

İlk başta zor gelebilir ancak alışacağım ve iyi hissedeceğim.

22.) Senaryo: Oturduğum apartmanda yaşayan bir çifte hafta sonu arabamı ödünç vereceğim konusunda söz verdim. Eşim ve ben tüm hafta sonu evde kalıp bahçe işleri ile ilgilenecektik. Ne yazık ki, oğlumun cumartesi akşamı bir futbol maçı olduğunu unuttum ve maçına geleceğime, onu ve arkadaşlarını maça götüreceğime söz vermiştim. Arkadaşlarıma arabayı ödünç veremeyeceğimi söylemeye karar verdim. Bunu arkadaşlarıma nasıl söylemeliyim.

(O anda nasıl tepki vereceğinize dair hissinizi en iyi ifade eden numarayı daire içine alın)

1.Üzgünüm, ama size arabamı ödünç veremem.

2. Biliyorum bu sizin için bir sorun olacak, ama arabamı size ödünç veremem.

Oğlumun bir futbol maçı olduğunu şimdi hatırladım ki ona benim de geleceğime dair söz verdim.

Soruları cevapladığınız için teşekkürler!

KAYNAKÇA

- Abramson, L.Y., Seligman,M.E.P and Teasdale,J.D. (1978). Learned Helplessness İn Humans: Critique And Reformulation. *Journal Of Abnormal Psychology*,87, 49-79.
- Abramson,L.Y., Alloy,L.B. and Metalsky,G.İ.(1989). Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype Of Depression. *Psychological Review*,96, 358-72.
- Ağır, M. (2007). *Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri İle Problem Çözme Becerileri Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Akbağ, M. (2000). *Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşünceler, Transaksiyonel Analiz, Ego Durumları Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Altınel, T. (2008). *Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum Ve Etkileyen Faktörler*. Uzmanlık Tezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trakya Üniversitesi.
- Altuntaş, G.(2006). *Liseli Ergenlerin Kişilerarası İletişim Becerileri İle Akılcı Olmayan İnançları Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Amir,N., Foa, E.B. and Coles, M.E.(1998a). Negative Interpretation Bias İn Social Phobia, *Behaviour Research And Therapy*,36, 945-57.
- Amir,N., Foa, E.B. and Coles, M.E.(1998b). Automatic Activation And Strategic Avoidance Of Threat- Relevant Information İn Social Phobia. *Journal Of Abnormal Psychology*,107, 285-90.
- Arntz,A., Rauner,M. and van den Hout, M.A.(1995). If İ Feel Anxious, There Must Be A Danger: Ex-Consequentia Reasoning in Inferring Danger in Anxiety Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33.917-25.
- Arıcı, H. (1992) İstatistik: Yöntemler ve Uygulamalar. Ankara: Meteksan Yayınları no:13, 5. Baskı.
- Aslan, 2015. *DSM- IV-TR İle DSM-5 Arasındaki Önemli Farklılıklar*. Erişim Tarihi: 02.01.2016, [Http://Www.Psikopatoloji.info/?P=9](http://Www.Psikopatoloji.info/?P=9) Adresinden Alınmıştır.
- Aydın, B. (1990). Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Bilişsel Çarpıtmalar Ve Akademik Başarı. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2, 27-36.
- Aysan, F. ve Bozkurt, N. (1998). Okul Psikolojik Danışmanlarının Yaşam Doyumu, Stresle Başa Çıkma Stratejileri İle Olumsuz Otomatik Düşünceleri: İzmir İli Örneklemi. *XIII. Ulusal Eğitim*

- Bilimleri Kurultayı, İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi.* Erişim Tarihi: 11.01.2016, <https://www.pegem.net/dosyalar/dokuman/411.pdf>, Adresinden Elde Edilmiştir.
- Bahr, S.J.; Marcos, A.C. and Maughan, S.L. (1995). Family, Educational And Peer Influences On The Alcohol Use Of Female And Male Adolescents. *J Stud Alcohol*, 56,457-69.
- Balon, R., Layde, J. and Roberts, L.W. (2013). *International Handbook Of Psychiatry: A Consice Guide For Medical Students, Residents An Medikal Practitioners*. Singapre: World Scientific Publishing. İstanbul Üniversitesi Kütüphaneleri Kataloğundan Elde Edildi. Erişim Tarihi: 16.12.2015, Veritabanı Ebook Collection.
- Barsky, A.J., Coeytaux,R.R., Sarnie,M.K. and Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal Patient's Beliefs About Good Health. *American Journal Of Psychiatry*,150, 1085-9.
- Barsky, A.J., Wool, C., Barnett, M.C. and Cleary, P.D.(1994). Histories Of Childhood Trauma İn Adult Hypochondriacal Patients. *American Journal Of Psychiatry*,151, 397.
- Baydilek, N. ve Türkoğlu, A. (2016). Okul Öncesi Eğitim Programı Ve Örtük Program Bağlamında Akıl Yürütme Becerilerinin Yeri. *Elementary Education Online*, 15(2), 367-377.
- Bayhan, P. ve Artan,İ. (2007). *Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
- Baykul, Y. (2000). *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme*. Ankara: ÖSYM.
- Bayramoğlu, B. (2009). Mental Ve Fiziksel Bir Nedene Bağlı Kronik Hastalık Tnısı Alan Çocuk Ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Anksiyete, Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyi. Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
- Beck, A.T.(1979) *Cognitive Therapy and Emotinal Disorders*. International Universities Press.
- Beck, A.T, Rush,A.J., Shaw,B.F.et all. (1979). *Cognitive Theory of Depression*.
- Bell, J. (1993). *Doing your research Project* (2. Edition). Buckingham: Open University Pres.
- Berking, M. and Rief, W.(2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Beyazyürek, M. ve Şatır, T. T. (2004). Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*,4, 50-56.
- Bilge, F. ve Arslan, A. (2000). Akılcı Olmayan Düşünce Düzeyleri Farklı Üniversite Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerini Değerlendirmeleri. *Türk Psikoloji Danışma Ve Rehberlik Dergisi*,11,(13), 7-8.
- Bindak R. (2005). Tutum ölçeklerine madde seçmede kullanılan tekniklerin karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(10), 17-26.
- Bland, R.C., Newman, SC. and Orn, H. (1997). Epidemiology Of Psychiatric Disorders İn Edmonton. *Acta Psychiatr Scand*, 77, 338.

- Brosschot, J.F. and Aarsse, H.R. (2001). Restricted Emotional Processing And Somatic Attribution İn Fbromyalgia. *İnternational Journal Of Psychiatry İn Medicine* ,31, 127-46.
- Burger, J.M. (2006). *Kişilik* (Çev. E. Sarıoğlu). İstanbul Kaknüs Yayınları.
- Butler, G. and Mathews, A.(1983). Cognitive Processes İn Anxiety. *Advances İn Behaviour Research And Therapy*,5, 51-62.
- Büyüköztürk, Ş. (2002) Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32, 470-483.
- Büyüköztürk, Ş. (2003). *Veri analizi el kitabı* (3.Baskı). Ankara: Pegema Yayınları
- (2004). *Veri analizi el kitabı* (4. Baskı). Ankara: Pegema Yayınevi.
- Cevizci, A.(1999). *Felsefe Sözlüğü*, 3.Baskı. İstanbul: Paradigma Yayıncılık.
- Clark, D.A. (2005). *İntrusive Thoughts İn Clinical Disorders: Theory, Research And Treatment*. New York: Guilford Press. Erişim Tarihi: 29.11.2015, https://iacp.memberclicks.net/assets/cbtbr/cbtbr-vol_24a.pdf, Adresinden Elde Edilmiştir.
- Clark, D.B., Lesnick, L. and Hegedus,A.M. (1997). Traumas And Other Advers Life Events İn Adolescents With Alcohol Abuse And Dependence. *J Am Acad Child Adolsc Psychiatry*, 36(12), 1744-51.
- Clark, D.M. , Lesnick, L. and Hegedus,A.M. (1997). Traumas And Other Adverse Life Events İn Adolescents With Alcohol Abuse And Dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(12), 1744-51.
- Clark, D.M. (1993). Cognitive Mediation Of Panic Attacks İnduced By Biological Challenge Tests. *Behaviour Research And Therapy*,15, 75-84.
- Craig, T.K.J., Boardman, P., Mills,K. et all.(1993). The South London somatisation study I: Longitudonal course and the İnfluence Of Early Life Experiences.*Br.J. Psychiatry*,163,579-588. doi: 10.1192/bjp.163.5.579.
- Craske, M.G., Polton, R., Tsao, J.C.İ. and Plotkin,D. (2001). Paths to Panic Disorder/Agrophobia: An Exploratory Analysis From Age 3 to 1 in an Unselected Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 556-563.
- Cristea, İ.A., Huibers,M., David,D. Hollon,S.D. et all. (2015). The Effects Of Cognitive Behavior Therapy For Adult Depression On Dysfunctional Thinking: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, Doi:10.1016/J.Cpr.2015.08.003.

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, Vol. 16, 297-334.
- Ç.Birer, N.(2010). *Anksiyete Bozukluğu Hastaları ile Sağlıklı Gönüllülerin Bellek Performanslarının Karşılaştırılması*.Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Çalıyurt, O. (2001). Duygudurum Bozuklukları Ve Biyolojik Ritm. *Duygudurum Dizisi*, 5, 209- 214, Erişim Tarihi: 02.02.2016, [Http://Cty.Com.Tr/Files/Journals/4/82.Pdf](http://Cty.Com.Tr/Files/Journals/4/82.Pdf) Sayfasından Bakılmıştır.
- Çamlıbel, İ.A. (2012). *Çocukların Gelişim Süreci Ve Televizyonun Etkileri* (Uzmanlık Tezi). Ankara, Radyo Ve Televizyon Üst Kurulu.
- David, D., Lynn, S.J. and Ellis,A.(2010). Rational and Irrational Beliefs. New York: Oxford University Press
- Davison, G. ve Neale, C. *Anormal Psikoloji*. (Çev. Ed. İ. Dağ). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- De Bono, E. (1993). *Teach Your Child How To Think*. New Zealand: Penguin Books.
- Demircioğlu, G. ve Gündoğdu, K. (2008). Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Pagem Akademi.
- Deveci, A., Gürlek,Y.E. ve diğ.(2005). Yatarak Tedavi Gören Majör Depresif Bozukluk Hastalarda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Türkiye'de Psikiyatri*,7(2), 68-72.
- Dönmez, L., Dedeoğlu, N. ve Özcan, E. (2000). Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatrisi Dergisi*, 11, 198-203.
- Drake, R.E. and Wallach,M.A. (1989). Substance Abuse Among The Chronic Mentally Ill. *Hosp Community Psychiatry*, 40, 1041-6.
- DSM 5, Tanım Ölçütleri*. (2014). Çeviren: Köroğlu, Ertuğrul. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Duran, A. (1999). Anksiyete Ve Panik Ataklarında Hasta Değerlendirilmesi Ve Tedavisi. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, 145-156.
- Edwards, A. L. (1995) Doğrusal Regresyon ve Korelasyona Giriş. (Çeviren: S. Hovardaoğlu) Ankara: Hatipoğlu Basım ve Yayım Ltd. Şti.
- Elmas, Ü. (2012). 5. ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Ercan, A. (2004). *Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Escobar , J., Canino, G., Rubio-Stipec, M. Ve Bravo, M. (1987). Somatic Symptoms After A Naturel Disaster: A Prospectives Study. *American Journal Of Psychiatry*, 149 (7), 965-967.

- Faust, P. (2012). Zittern (Tremor). *Psychiatri Heute- Seelische Störungen Erkennen, Verstehen, Verhindern, Behandeln. Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*.
- Fogarty, F., Russel, J.M., Newman, S.C. and Bland, R.C. (1994). Mania. *Acta Psychiatr Scand*, 376, 16-23.
- Förstl, H.(2012). *Theory of Mind* (Ss.329- 335). Heidelberg: Springer Verlag
- Freud, S. (2006). *Cinsellik Üzerine*, (Çev. E. Kapkın) (1.Baskı). İstanbul: Payel Yayınevi.
- Furnham, A. (2010). *50 Schlüsselideen Psychologie*. Springer Spektrum.
- Fyeri, A.J., Mannuzza, S, Gallops, M.S Ve Diğ, 1990. Familia Transmission Of Simple Phobias Fears: A Preliminary Report. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 252.
- Gander, M.J ve Gardiner, H.W (2007). *Çocuk Ve Ergen Gelişimi*, (Çev. A. Dönmez, N. Çelen Ve B. Onur) (6. Baskı). Ankara: İmge Kitabevi.
- Geçtan, E. (1997). *Psikodinamik Psikiyatri Ve Normaldışı Davranışlar* (13.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- George, F.R., (1991). Is There A Common Biological Basis For Reinforcement From Alcohol And Other Drugs?. *Journal Of Addictive Diseases*, 10(1-2), 127-139.
- Gezek, F. (2007). *Sokakta Yaşayan Gençlerin Aile Yapısı Ve Madde Bağımlılığı Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gilman, S.E., Abraham, D.B. and Buka, S.L., (2003). Socioeconomic Status Over The Life Course And Stages Of Cigarette Use: Initiation, Regular Use, And Cessation. *J Epidemiol Community Health*, 57, 802- 8.
- Gümüş, E. (2006). Sosyal Kaygının Benlik Saygısına Ve İşlevsel Olmayan Tutumlara Göre Yordanması. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 3, 26.
- Günçe, G. (1973). *Çocukta Zihin Gelişimi - Piaget Kuramına Toplu Bir Bakış*.Ankara: Baylan Matbaası.
- Gündüz, B. (2006). Öğretmenlerde Akılcı Olmayan İnançların Kişisel Ve Mesleki Değişkenlere Göre İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7-11 (75-95).
- Gürol, D.T. (2008). Madde Bağımlılığı Açısından Riskli Adolesanlar. *İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Adolesan Sağlığı II. Sempozyum Dizisi*, 63, 65-68.
- Haenen, M.A., Schmidt, A.J.M. Ve Diğ. (1997). Tactual Sensitivity İn Hypochondriasis. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 66, 128-32.

- Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. (2015). Somatoform Disorders And Medically Unexplained Symptoms İn Primary Care—A Systematic Review And Meta -Analysis Of Prevalence. *Dtsch Arztebl Int*, 112, 279–87.
- Hamamcı, Z. (2002). *Bilişsel Davranışçı Yaklaşımla Bütünleştirilmiş Psikodrama Uygulamasının Kişilerarası İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ve Temel İnançlar Üzerine Etkisi*.Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Hamamcı, Z. ve Duy,B. (2005). Bilişsel Davranışçı Yaklaşımına Dayalı Sosyal Beceri Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeyleri Ve Fonksiyonel Olmayan Tutumları Üzerine Etkisi. *Eğitim Bilimler Ve Uygulama*, 4(7), 3-20.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. Ve Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach To Research And Treatment*. New York: Oxford Press.
- Harvey,J.M., Richards, J.C., Dziadosz,T. and Swindell, A. (1993). Misinterpretation Of Ambiguos Stimuli İn Panic Disorder.*Cognitive Therapy And Research*,17, 235-48.
- Hausteiner- Whiele Ve Sokollu (2011). Magical Thinking İn Somatoform Disorders: An Exploratory Study Among Patients With Suspected Allergies. *Psychopathology*, 44(5), 283-8. Doi: 10.1159/000322795.
- Hautziger,M., Joorman, J. and Keller, F. (2005). DAS- Skala Dysfunktionaler Einstellungen (PSYNDEX Tests Review). Göttingen: Hogrefe. Erişim Tarihi: 05.04.2016, <https://www.zpid.de/retrieval/psyndextests.php?id=9001534>, Adresinden Ulaşılmıştır.
- Hautzinger, M. and Hoffman,N. (2015). *Einstellungen, Grundüberzeugungen Verändern*.Berlin: Springer.
- Heimberg, R.G., Klosko,J.S., Dodge,C.S. et all.1989). Anxiety Disorders, Depression And Attributional Style: A Further Test Of The Specificity Of Depressive Attributions. *Cognitive Therapy And Research*, 13, 21-36.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant,S. et all. (1997). Dysfunctional Cognitions İn Patients With Somatization Syndrome. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie- Forschung Und Praxis*, 26(3), 226- 234.
- Hollon,S.D., Kendall, P.C. and Lumry,A. (1986). Specificity Of Depressotypic Cognitions İn Clinical Depression. *J Abnorm Psychol.*, 95(1), 52-9.
- Işık, E. Ve Işık Taner, Y. (2006). *Çocuk, Ergen Ve Erişkinlerdeanksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Golden Print.

İlhan, 2011

- İlhan, M.N. (2013). Uyuşturucu Madde Kullanım Yaygınlığı: Risk Etmenleri Ve Algılar. *EMCDDA 2013 Ulusal Raporu (2012 Verileri)*, (52-57). Erişim Tarihi: 16.12.2015, [Http://Www.Sck.Gov.Tr/Oecd/2013%20T%C3%Bcrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu](http://www.sck.gov.tr/Oecd/2013%20T%C3%Bcrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu.Pdf) .Pdf Adresinden Alınmıştır.
- Jacobi, F., Wittchen, H.U., Höltling, C., Höfer, M. Ve Diğ., (2004). Prevalence Comorbidity And Correlates Of Mental Disorders İn The General Population: Results From The German Health Interview And Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jellinek, E.M. (1952). Phases Of Alcohol Addiction. *Quart J Stud Alcohol*, 13(4), 673-84
- Joiner, T.E. (2001). Negative Attributional Style, Hopelessness Depression And Endogenous Depression. *Behaviour Research And Therapy*, 39, 139-49.
- Kafka R. R. and London, P. (1991). Communication İn Relationships And Adolescent Substance Use: The Influence Of Parents And Friends. *Adolescence*, 26, (5), 87-98.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1976) İnsan ve İnsanlar: Sosyal Psikolojiye Giriş. Ankara: Sevinç Matbaası, Sosyal Bilimler Derneği Yayınları.
- Kamieniecki, G.W., Wade, T. and Tsourtos, G. (1997). Interpretive Bias For Benign Sensations İn Panic Disorder With Agoraphobia. *Journal Of Anxiety Disorders*, 11, 141-56.
- Karakuş, G., Evlice, Y.E. ve Tamam, L. (2012). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol Ve Madde Kullumu Olacakmış Gibi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37(1), 37-40.
- Karapınar, Ö. (2010). Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu Ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. Uzmanlık Tezi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Karasu, U. (2007). *Eskişehir İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C. et al., (1992). Generalized Disorder İn Women. A Population Based Twin Study. *Archives Of General Psychiatry*, 49, 267-272.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U. ve Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı Ve Psikiyatrik Destek Alma İle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50 (4), 344-351.
- Kessler, R.C., Ruscio, A.M., Shear, K. and Wittchen, H.U. (2009). *Epidemiology Of Anxiety Disorders* (Ed. Stein, M.B. Ve Steckler, T.). Heidelberg: Springer- Verlag.
- Kocabaşoğlu, N. (2008). Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastaları Sempozyum Dizisi*, 6, 175-184.

- Köroğlu, E. (2004). Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 387-395.
- Krishnamurti, J. (2000). *Zihin Ve Düşünce Üzerine*, (Çev. C. Erengil). İstanbul: Ayna Yayınevi.
- Kroenke, K. and Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med*, 60, 150.
- Kubiszyn, T. and Borich, G. (2003). Education Testing and Measurement (7 th ed.), Hoboken: John Wiley.
- Kulaksızoğlu, A. (2008). *Ergenlik Psikolojisi*, 10. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Kühnen, T., Knappke, F., Otto, T., Friedrich, S. and diğ. (2012). Chronic Depression: Development And Evaluation Of The Luebeck Questionnaire For Recording Preoperational Thinking. *Psychiatry*, 11, 199.
- Lieb, R., Schreier, A., Müller, N. (2003). Epidemiologie von Angststörungen. Erişim tarihi: 15.12.2015, <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/2003-1-09.-Lieb.pdf>, adresinden ulaşılmıştır.
- Macleod, A.K., Haynes, C. and Sensky, T. (1998). Attributions About Common Bodily Sensations: Their Associations With Hypochondriasis And Anxiety. *Psychological Medicine*, 28, 225-8.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L. ve diğ. (2001). Childhood abuse and Lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 158, 1878-1883.
- Margraf, J., Neumer, S. and Rief, W. (1998). Somatoforme Störungen - Ätiologie, Diagnose Und Therapie. Heidelberg: Springer- Verlag.
- Marlatt, G.A. and Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies In The Treatment Of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, P. (2003). The Epidemiology Of Anxiety Disorders: A Review. *Dialogues Clin Neurosci*, 5, 281-298.
- MCCullough, J. (2012). *Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen* (Çev. U. Schweiger, V. Sipos, A. Demmert, P. Klein). Heidelberg: Springer Verlag.
- McIver, J. P. and Carmines, E. G. (1982) Unidimensional Scaling. Sage University Paper Series on Quantitative Application in the Social Sciences, series no. 07-024, Beverly Hills and London: Sage Publications.
- Morley, S. and Wilkonson, L. (1995). The Pain Beliefs And Perceptions Inventory: A British Replication. *Pain*, 61, 427-33. Doi: 10.1016/0304-3959(94)00202-P.
- Morris, C.G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- Moukadded, N. and Ruiz, P.(2013). *İnternational Handbook Of Psychiatry* (S.262-263). İstanbul Üniversitesi Kütüphaneleri Kataloğundan Elde Edildi. Erişim Tarihi: 05.12.2015.
- Möller, H.J.; Laux, G. and Deister, A., (2005). *Psychiatrie Und Psychotherapie*, 2. Baskı. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Nunn, J.D., Mathews,A. ve Trower,P. (1997). Selective Processing Of Concern- Related İnformation İn Depression. *British Journal Of Clinical Psychology*, 36, 489-503.
- Oltmanns, T.F., Neale, J.M. and Davison, G.C. (2003). *Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları*, (Çev. İ. Dağ). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C. ve diğ.(2001). Türkiye'de 15 İlde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımının Yaygınlığı. *Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 47-52.
- Öz, 2001. *Madde Kullanım Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar Ve Madde Kullanım Özellikleri*. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Özgen,F., Aydın,H. ve Bozkurt,A.(1994). Depresyonda Uyku. *Depresyon Monografıları Serisi*(6), 293-308.
- Özmen, E., Aydemir ve Ö. Ve Bayraktar, E.(1997). Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Özpoyraz, N. (Ty.). Duygudurum Bozuklukları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları. Erişim Tarihi: 12.01.2016, [Http://Erzurumram.Meb.K12.Tr/Meb_İys_Dosyalar/25/21/969720/Dosyalar/2014_12/160132_04_Duygudurumbozukluklar%C4%B1.Pdf](http://Erzurumram.Meb.K12.Tr/Meb_İys_Dosyalar/25/21/969720/Dosyalar/2014_12/160132_04_Duygudurumbozukluklar%C4%B1.Pdf), Adresinden Ulaşılmıştır.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları* (11. Baskı). Ankara: Tuna Matmaacılık.
- Regier, DA; Farmer, ME; Rae, DS, ve diğ., (1990). Comorbidity Of Mental Disorders With Alcohol And Drug Abuse Reults Form ECA Study, *JAMA*, 21, Vol.264, 19.
- Reinecke,M.A., Dattilio, F.M. and Freeman,A. (2015). *Çocuklar Ve Ergenlerle Bilişsel Terapi*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Richards, J.C,Austin, D.A and Alvarenga,M.E. (2001). İnterpretation Of Ambiguos İnteroceptive Stimuli İn Panic Disorder And Non-Clinical Panic. *Cognitive Research And Therapy*,25, 235-46.
- Richards, J.C., Austin, D.A. Ve Alvarenga, M.E. (2001). İnterpretation Of Ambiguos İnteroceptive Stimuli İn Panic Disorder And Non-Clinical Panic. *Cognitive Research And Therapy*, 25, 235-46. Doi: 10.1023/A:1010783427196.

- Rief, W. Ve Hiller, W. (2010). *Somatisierungstörung*. Hogrefe Verlag.
- Sağduyu, A. (1995). Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6 (1), 21-29.
- Schaefer R., Hausteiner-Wiehle, C. Hauser, Ronel, W. Ve Diğ., (2012). Clinical Practice Guideline: Non-Specific Functional And Somatoform Bodily Complaints. *Dtsch Arztebl Int*, 109 (47), 803-13.
- Schneider, C. (2012). Freuenspezifische Aspekte Affektiver Störungen: Der Einfluss des Reproduktionszyklus. *Doktora Tezi*, Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät Charité, Berlin. Erişim Tarihi: 15.12.2015, http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000010685/Diss_komplett_word_end.pdf, adresinden ulaşılmıştır.
- Schmidt- Traub, S. (2014). *Panic Störung Und Agoraphobie* 4. Baskı. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schoepf, D., Heun, R., Weiffenbach, O., Herrmann, S. Ve Maier, W. (2003). 4-Wochen Prävalenz Somatoformer Störungen Und Assoziierte Psychosoziale Beeinträchtigung. *Der Nervenarzt*, 74, 245-251.
- Seligman, M.E.P., Castellon, C., Cacciola, J. et al. (1988). Explanatory Style Change During Cognitive Therapy For Unipolar Depression. *Journal Of Abnormal Psychology*, 97, 13-18.
- Sevinçkol, L. (1999). Somatizasyon Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1., 5-10.
- Smith, G.R., Monson, R.A. and Ray, D.C. (1986). Patients with Multiple Unexplained Symptoms. Their Characteristics, Functional Health, and Health Care Utilization. *Archives of International Medicine*, 146, 69-72.
- Solso, R.L., Mclin, M.K. and Mclin, O.H. (2009). *Bilişsel Psikoloji*, (Çev. A. Ayçiçeği-Dinn). İstanbul: Kitabevi Yayınları.
- Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P. et al., (2006). Prevalence And Incidence Studies Of Anxiety Disorders: A Systematic Review Of The Literature. *Can J Psychiatry*, 51, 100-13
- Spaner, D., Bland, R.C. Ve Newman, S.C. (1994). Major Depressive Disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 376, 7-15.
- Stoler, L.S. Ve McNally, R.J. (1991). Cognitive Bias İn Symptomatic And Recovered Agoraphobics. *Behaviour Research And Therapy*, 29, 539-45. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(91\)90004-M](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(91)90004-M).
- Stoler, L.S. Ve McNally, R.J. (1991). Cognitive Bias İn Symptomatic And Recovered Agoraphobics. *Behaviour Research And Therapy*, 29, 539-45.

- Stopa, L. Ve Clark, D.M. (1993). Cognitive Processes İn Social Phobia. *Behaviour Research And Therapy*,3, 255-67.
- Swensden, J., Burstein, M., Case, B., Conway, KP et all. (2012). Use And Abuse Of Alcohol And İllicit Drugs İn US Adolescents: Results Of The National Comorbidity Survey- Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 69 (4), 390-8.
- Şahin, N.H. Ve Şahin, N. (1992). How Dysfunctional Are The Dysfunctional Attitudes İn Other Culter?. *British Journal Of Medical Psychology*, 65,17-26.
- Şen, Z. (2003). *Modern Mantık*. İstanbul: Özener Matbaacılık. İstanbul Üniversitesi Kütüphaneleri Kataloğundan Elde Edildi. Erişim Tarihi: 16.12.2015, Veritabanı Ebook Collection.
- Tamar, D. (2015). *Bağımlılığa Psikanalitik Bakış*. Erişim Tarihi: 12.02.2017, [Http://Www.Yeniden.Org.Tr/Bilgimerkezi/Psikanaliz/Olum.Asp](http://www.yeniden.org.tr/Bilgimerkezi/Psikanaliz/Olum.Asp) Adresinden Alınmıştır
- Tamar, D., Ögel,K. ve Çakmak,D. (1997). Ergenlik Döneminde Madde Kullanımı. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 2 (4), 5002-519.
- Taşdelen, V. (2012). Düşünme Eğitimi Ve İyi Hayat Kavramı, *Bilim Ve Aklın Aydınlığında Eğitim*, 146, 20-28.
- Tekalan, A.(2012). Uyuşturucu Maddelere Genel Bir Bakış. Yeşilay, Bağımlılık Tedavisi, Aylık Sağlık, *Eğitim Ve Kültür Dergisi*, 87 (1), 936.
- Tekin, H. (1991). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Yargı.
- Tezbaşaran, A. A. (1996). Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Torgersen, S. (198). Genetic Factors İn Anxiety Disorders. *Archieves Of General Psychiatr*,40, 267-272.
- Tuna, S. (2006). Vygotsky Ve Piaget'de Düşünme/Düşünce-Dil İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Tunay, Ş. (2006). *Depresyon Ve Kaygı Belirtilerinde Örtüşen Ve Ayrışan Özelliklerin Endişe Olgusu Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Tural, Ü.(Ty.). *Anksiyete Bozuklukları*. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları. Erişim Tarihi: 12.12.2015, [Http://Tip.Kocaeli.Edu.Tr/Docs/Ders_Notlari/U_Tural/Anksiyete.Pdf](http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/u_tural/anksiyete.pdf) Adresinden Alınmıştır.
- Türkçapar, H. (2014). *Bilişsel Terapi* 8.Baskı. İstanbul: HYB Yayıncılık.

- Türküm, S. (1996). *Bilişsel Davraışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Bilişsel Çarpıtmalar Ve İletişim Becerileri Üzerindeki Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Uğur, M.(2008). Duygudurum Bozuklukları. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62, 59-84. Erişim Tarihi: 14.12.2015, [Http://Www.Ctf.Edu.Tr/Stek/Pdfs/62/6206.Pdf](http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/62/6206.pdf), Adresinden Bakılmıştır.
- Uzday, İ T. (2009). Beyin Nasıl Bağımlı Oluyor. *Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21-22, 34-48.
- Ünal, S. Ve Özcan, E. (2000). Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı Ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1 (1), 41-7.
- Videbeck, S.L. (1997). Critical Thinking: Prevailing Practice İn Baccalaureate Schools Of Nursing. *Journal Of Nursing Education*, 36(1), 5-9.
- Vygotsky, L.S. (1998). *Düşünce ve Dil*. İstanbul: Toplumsal Dönüşüm Yayınları.
- Wallen, J. (2010). *Addiction İn Human Development*. New York: The Harwoth Press.
- Weissman, A.N. Ve Beck, A.T. (1978). Development And Validation Of The Dysfunctional Attitudes Scale: A Preliminary İnvstigation. *Proceeding Of The Meeting Of The American Educational Research Association, Toronto, ON*. Erişim Tarihi: 17.12.2014, [Http://Files.Eric.Ed.Gov/Fulltext/ED167619.Pdf](http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED167619.pdf) Adresinden Ulaşılmıştır.
- Wells, A. Ve Hackmann, A. (1993). İmargery And Core Belief İn Health Anxiety: Content And Orgins. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 21, 265-73.
- WHO, (2004). *Global Status Report On Alcohol Geneva*: World Health Organization.
- Williams, D.A. Ve Thorn, B.E. (1989). An Emprical Assessment Of Pain Belief. *Pain*, 36, 351-8.
- Wittchen, H.U. Ve Jacobi, F. (2005). Size And Burden Of Mental Disorders İn Europe - A Critical Review And Apprasail Of 27 Studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15, 357-76.
- Wong, S.S.(2008). The Relations Of Cognitive Triad, Dysfunctional Attitudes, Automatic Thoughts, And İrrational Beliefs With Test Anxiety. *Curr Psychol*, 27, 177-191. Doi: 10.1007/S12144-008-9033-Y.
- Yazıcı, O. Ve Çakır, S. (2009). Duygudurum Bozuklukları, *Psikiyatri* (106-128). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım Ve Yayınevi.
- Yemez, B. Ve Alptekin, K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 21-25.
- Yenilmez, Y. (2011). Konversiyon Bozukluğunda Mizaç Ve Karakter Özelliklerinin Dürtüsellik Ve Öfke İfade Biçimiyle İlişkisi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Yıkılmaz, M. (2009). *Akılci Duygusal Eğitim Programının Lise Öğrencilerinin Akılci Olmayan İnançları Ve Problem Çözme Beceri Algıları Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Yıldırım, C. (1999). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: ÖSYM.
- Yıldız, E.U.(2011). Ergenlerde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı Hazırlayıcı Koruyucu Etkenler, İzmir: *Ege Üniversitesi Yayınları*, 1-197.
- Yurtal, F. (1999). *Üniversite Öğrencilerinin Akılci Olmayan İnançlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Zıllıoğlu, M. (2010). *İletişim Nedir?*. İstanbul: Cem Yayınevi.



CV

Özlem UCA

E-Mail: ozlemmuca@gmail.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Tarihi	10.10.1986
Doğum Yeri	Çanakkale
Medeni Durumu:	Bekâr
Ehliyet	B Sınıfı

EĞİTİM

2012 - 2014	Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Bölümü
2006 - 2011	Doğu Akdeniz Üniversitesi Psikoloji Bölümü (Şeref Öğrencisi)
2001 - 2005	Çanakkale Lisesi

İŞ & STAJ TECRÜBESİ

2015’den bu güne	Deruni Danışamlık Merkezi, Klinik Psikolog
2014 -2015	MEVA Psikolojik Danışma Merkezi, Klinik Psikolog
2013	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Zorunlu Staj
2012-2013	Burak Tatlı Akademia Çocuklarda nörolojik bozuklukların neden olduğu psikolojik rahatsızlıklar üzerinde bilişsel davranışçı terapi uygulaması Aile ve çocuk değerlendirmeleri Dışarıdan gelen danışanlarda evlilik, aile danışmanlığı ve cinsel işlev bozuklukları üzerine çalışılması
2011-2012	Özel Durugün Özel Eğitim Merkezi ve Rehabilitasyon Merkezi, Sorumlu Müdür ve Koordinatör
2009-2010	GATA Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatri Kliniği, ANKARA 2010 yaz dönemi lisans stajı
2008-2009	GATA Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatri Polikliniği, ANKARA

	2009 yaz dönemi lisans stajı
2008-2009	Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ÇANAKKALE 2009 güz dönemi lisans stajı
2007-2008	Doğu Akdeniz Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölüm Başkanlığı, KIBRIS Öğrenci asistanlığı

KURS, SEMİNERLER & KONGRELER

2013	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Yaz Kampı, İSTANBUL; Dr. Jaswant Guzder'den Bağlanma ve Bağlanmaya Bağlı Psikopatolojiler ve Aile Temelli Değerlendirme; Dr. Radhika Santhanam'dan Öyküsel Terapi ve Travma Müdahale; Dr. Sadeq Rahimi'den Psikanalizde Yeni Yaklaşımlar
2013	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, İSTANBUL Jale Kerimol Johnson' dan Bağımlılık Temel Eğitimi
2012	Türk Psikologlar Derneği, ANKARA Çocuk Değerlendirme Paketi
2012	Psikoloji Destek Derneği, İSTANBUL Aile ve Çift Danışmanlığı
2010	46. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İZMİR Türk Psikiyatri Derneği
2010	Doğu Akdeniz Üniversitesi, KIBRIS Dr. Nedret Öztan' dan Travma Eğitimi
2009	GATA Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı Prof. Dr. Ali Bozkurt ile Cinsel İstev Bozuklukları ve Tedavi Yöntemleri üzerine çalışma ve süpervizyon
2008	Hacettepe Üniversitesi, ANKARA 13.Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi
2008	KKTC Özel Eğitim Vakfı, KIBRIS 1. Özel Eğitim ve Otizm Sempozyumu

YAYINLAR

2014 - 2016	'Luebeck Questionnaire for recording Preoperational Thinking (LQPT)' testinin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını
-------------	--

Yüksek Lisans Tezi

- 2010 'Psikiyatri Çalışma ve Kendini Sınama Rehberi' kitabının 'Klinik Nöropsikolojik Testler' bölümü çevirisi

PROJELER

- 2016 Sultanbeyli Belediyesi
'Ben de Varım!' Projesi kapsamında danışman psikolog
- 2014 Türkiye Yeşilay Cemiyeti & Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu
'Bilinçli İnternet Kullanımı ve Teknoloji Bağımlılığı Çalıştayı'nda Raportörlük
- 2013 Sapanca İlçe Emniyet Müdürlüğü
'Teknoloji Bağımlılığı Hayattan Koparıyor' Projesi kapsamında lise ve dengi okullara teknoloji bağımlılığı konusunda eğitim verilmesi.
- 2013 Kadın Sağlıkçılar Dayanışma Derneği (KASAD-D)
'Yüzyüze Projesi' nde Mehmet Dinç ile birlikte 'İnternet Bağımlılığı Temel Eğitim Programı' eğitiminin verilmesi.