ÜSTBİLİŞ İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ: ALEKSİTİMİNİN ROLÜ

Aysu TAŞPINAR
201180113

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2022

ÜSTBİLİŞ İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ: ALEKSİTİMİNİN ROLÜ

Aysu TAŞPINAR
201180113
ORCID: 0000-0001-9702-0275

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Tez sürecimdeki desteği için tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Deniz Şarlak'a teşekkür ederim. Tez savunma jürimde yer alarak değerli geri bildirimleri ile çalışmama katkı sağlayan Doç. Dr. Alper Çuhadaroğlu ile hem tezimi geri bildirimleri ile destekleyen hem de lisansüstü eğitimim süresince akademik ve klinik alanlarda kendisinden çok şey öğrendiğim Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan'a teşekkür ederim.

Tez sürecimde her soruma sabırla cevap veren, zamanını ayıran ve birlikte araştırıp öğrendiğim değerli arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Her anımda olduğu gibi eğitim hayatımda da ilgisini ve desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen annem, babam ve CT'me çok teşekkür ederim, iyi ki varsınız.

Aysu TAŞPINAR
Eylül, 2022

ÖZ

ÜSTBİLİŞ İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ: ALEKSİTİMİNİN ROLÜ

Aysu Taşpınar
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Deniz Şarlak
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu çalışmanın amacı, üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünü incelemektir. Gerekli etik izinler alındıktan sonra yaşları 18-79 arasında değişen 453 (292 kadın, 161 erkek) katılımcıdan oluşan klinik olmayan bir örneklemle araştırma gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan araştırmaya gönüllü katılımlarını içeren Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı bir onay alındıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere Demografik Bilgi Formu, Üstbiliş Ölçeği-30, Kısa Semptom Envanteri ve Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 uygulanmıştır. Araştırmanın bulgularında, üstbilişin aleksitimi ve psikolojik belirtiler ile aleksitiminin de psikolojik belirtiler ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda üstbilişin aleksitimi ile psikolojik belirtiler üzerinde, aleksitiminin de psikolojik belirtiler üzerinde yordayıcılığı olduğu belirlenmiştir. Demografik özelliklere ait farklılıklar incelendiğinde üstbiliş faktörlerinden kontrol edilemezlik-tehlikenin cinsiyete ve yaşa göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Psikolojik belirtilerin toplam puanı ve tüm alt boyutlarının yaşa göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Aleksitimi toplam puanının yaş ve yaş ile cinsiyetin etkileşimine, duyguları tanıma güçlüğü ile duyguları söze dökme güçlüğü alt boyutlarının ise yaşa göre anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir. Son olarak üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolü olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Üstbiliş, Psikolojik Belirtiler, Aleksitimi

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN METACOGNITION AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS: THE ROLE OF ALEXITHYMIA

Aysu Taşpınar
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme (with Thesis)
Thesis Advisor: Asst. Prof. Deniz Şarlak
Maltepe University Graduate School, 2022

The aim of this study is to examine the mediating role of alexithymia in the relationship between metacognition and psychological symptoms. After obtaining the necessary ethical permissions, the study was conducted with a non-clinical sample of 453 (292 female, 161 male) participants aged between 18-79. Demographic Information Form, Metacognition Questionnaire-30, Brief Symptom Inventory and Toronto Alexithymia Scale-20 were applied to the people who agreed to participate in the research after obtaining written consent from the participants with the 'Informed Consent Form', which includes their voluntary participation in the research. In the findings of the study, it was determined that metacognition was significantly related to alexithymia and psychological symptoms, and alexithymia was significantly related to psychological symptoms. Moreover, it was determined that metacognition was a predictor of alexithymia and psychological symptoms, and alexithymia was a predictor of psychological symptoms. When the differences in demographic characteristics were examined, it was determined that uncontrollability and danger, which are metacognitive factors, differed significantly according to gender and age. It was found that all sub-scales and total score of psychological symptoms differed significantly according to age. It was determined that the alexithymia total score and the sub-scales of difficulty in recognizing emotions and difficulty in verbalizing emotions differed significantly according to age. Finally, it has been determined that alexithymia has a mediating role in the relationship between metacognition and psychological symptoms.

Keywords: Metacognition, Psychological Symptoms, Alexithymia

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ii
TEŞEKKÜR iii
ÖZ iv
ABSTRACT v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xi
KISALTMALAR xii
1. GİRİŞ 1
1.1 Problem 1
1.2 Amaç 3
1.3 Önem 4
1.4 Varsayımlar 5
1.5 Sınırlıklar 5
1.6 Tanımlar 6
2. GENEL BİLGİLER 7
2.1 Üstbiliş 7
2.1.1 Psikolojik belirtilerin üstbilişsel modeli 8
2.2 Psikolojik Belirtiler 11
2.2.1 Psikolojik belirti türleri 13
2.2.1.1 Anksiyete 13
2.2.1.2 Depresyon 15

2.2.1.3 Somatizasyon 16
2.2.1.4 Olumsuz benlik 17
2.2.1.5 Hostilite (öfke/saldırganlık) 17
2.3 Aleksitimi 18
2.3.1 Aleksitiminin epidemiyolojisi 19
2.3.2 Aleksitiminin kuramsal yaklaşımı 20
2.3.2.1 Nörofizyolojik yaklaşım 20
2.3.2.2 Psikanalitik yaklaşım 21
2.3.2.3 Bağlanma yaklaşımı 22
2.3.2.4 Bilişsel yaklaşım 23
2.3.2.5 Sosyal öğrenme yaklaşımı 23
2.4 Aleksitimi ve Üstbiliş 24
2.5 Aleksitimi ve Psikolojik Belirtiler 25
3. YÖNTEM 26
3.1 Araştırma Modeli 26
3.2 Katılımcılar 26
3.3 Veriler ve Toplanması 28
3.3.1 Bilgilendirilmiş onam formu 28
3.3.2 Demografik bilgi formu 28
3.3.3 Üstbiliş ölçeği-30 29
3.3.4 Kısa semptom envanteri 29
3.3.5 Toronto aleksitimi ölçeği-20 30

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 30
4. BULGULAR VE TARTIŞMA 32
4.1 Bulgular 32
4.1.1 Veri toplama araçlarına ilişkin betimsel özellikler 32
4.1.2 Değişkenler arasındaki korelasyon analizleri 33
4.1.3 Değişkenler arasındaki basit doğrusal regresyon analizleri 37
4.1.3.1 Üstbilişin aleksitimiyi yordamasına yönelik basit doğrusal regresyon analizi 37
4.1.3.2 Üstbilişin psikolojik belirtileri yordamasına yönelik basit doğrusal regresyon analizi 37
4.1.3.3 Aleksitiminin psikolojik belirtileri yordamasına yönelik basit doğrusal regresyon analizi 38
4.1.4 Değişkenlerin demografik özellikler açısından incelenmesi 38
4.1.4.1 Üstbilişsel faktörlerin yaş ve cinsiyet açısından incelenmesi 39
4.1.4.2 Psikolojik belirtilerin yaş ve cinsiyet açısından incelenmesi 42
4.1.4.3 Aleksitiminin yaş ve cinsiyet açısından incelenmesi 46
4.1.5 Üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolü 49
4.2 Tartışma 51
4.2.1 Üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi arasındaki korelasyon ve basit doğrusal regresyon analizlerinin değerlendirilmesi 51
4.2.2 Değişkenlerin demografik özellikler açısından değerlendirilmesi 53
4.2.2.1 Cinsiyete göre üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi düzeylerinin değerlendirilmesi 53

4.2.2.2 Yaşa göre üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi düzeylerinin değerlendirilmesi 56

4.3 Aleksitiminin Aracı Rolüne İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 59

5. SONUÇ ve ÖNERİLER 60

5.1 Özet 60

5.2 Yargı 61

5.3 Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Klinik Alana Katkıları 62

5.4 Öneriler 62

KAYNAKLAR 64

EKLER 79

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU 79

EK-2. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU 80

EK-3. ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30 81

EK-4. KISA SEMPTOM ENVANTERİ 83

EK-5. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ-20 86

EK-6. ETİK KURUL ONAYI 88

ÖZGEÇMİŞ 89

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (N=453) 27
Tablo 2. Veri Toplama Araçlarına İlişkin Betimsel Özellikler 33
Tablo 3. Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları 36
Tablo 4. Üstbilişin Aleksitimiyi Yordamasına Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi 37
Tablo 5. Üstbilişin Psikolojik Belirtileri Yordamasına Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi 37
Tablo 6. Aleksitiminin Psikolojik Belirtileri Yordamasına Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi 38
Tablo 7. ÜBO-30 Toplam Puanının Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi 39
Tablo 8. ÜBO-30 Toplam Puanının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri 39
Tablo 9. ÜBO-30 Alt Ölçeklerinin Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi 40
Tablo 10. ÜBO-30 Alt Ölçek Puanlarının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri 41
Tablo 11. KSE Toplam Puanının Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi 42
Tablo 12. KSE Toplam Puanının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri 43
Tablo 13. KSE Alt Ölçeklerinin Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi 44
Tablo 14. KSE Alt Ölçek Puanlarının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri ... 45
Tablo 15. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 Toplam Puanının Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi 46
Tablo 16. TAÖ-20 Toplam Puanının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri 47
Tablo 17. TAÖ-20 Alt Ölçeklerinin Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi 48
Tablo 18. TAÖ-20 Alt Ölçek Puanlarının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri 49

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Modeli 4
Şekil 2. Üstbiliş ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkide Aleksitiminin Aracı Rolüne İlişkin Model..... 50

KISALTMALAR

DSM **:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

ÜBO-30 **:** Üstbiliş Ölçeği-30

KSE **:** Kısa Semptom Envanteri

TAÖ-20 **:** Toronto Aleksitimi Ölçeği-20

SS **:** Standart Sapma

Sd **:** Serbestlik Derecesi

GA **:** Güven Aralığı

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Psikolojik belirtilerin etiyolojisine dair fazla sayıda yaklaşım bulunmaktadır. Biyolojik, sosyal ve gelişimsel faktörler başta olmak üzere farklı etkileşimlerin bir araya gelerek psikolojik problemlerin oluşumu ve gelişimine katkı sağlayabildiği bilinmektedir. Genetik, nörobiyolojik (düşük serotonin seviyesi), sosyal (kişilerarası sorunlar, olumsuz ve stresli deneyimler) ve psikolojik (olumsuz düşünceler/inançlar, bilişsel çarpıtmalar) faktörlerin duygudurum bozuklukları ile kaygı bozukluklarında etkili olabildiği ilgili literatürde belirtilmektedir (Cohen, Kessler ve Gordon, 1995; Kring, Johnson, Davison ve Neale, 2015).

Duygu, düşünce ve davranışlar zorluklar karşısında verilen tepkileri doğrudan ve dolaylı olarak şekillendirmektedir (Beck, 2014). Olaylar hakkında geliştirilen duygu ve düşünce içeriklerinin, baş etme stratejilerinin ve olaylara verilen tepki stillerinin yaşanan psikolojik güçlüklerin devamlılığını etkilediği ifade edilmektedir (Beck, 2014; Wells, 2000). Erteleme, bastırma ve ruminatif düşünceler gibi uyuma yönelik olmayan stratejiler; ilgili sürdürücülere örnek gösterilebilmektedir (Wells, 2000; Wells, 2009; Wells ve Matthews, 2014). Duygusal tutarsızlıkların görüldüğü kişilik özelliklerinin de psikolojik belirtilere yatkınlık oluşturduğu aktarılmaktadır (Kring vd., 2015). Bu nedenle duyguların düzenlenmesi ve ifade edilmesi gibi duygu süreçlerindeki aksaklığın psikolojik belirtiler ile önemli bir ilişkisi olduğu söylenebilmektedir.

Literatürde psikolojik belirtiler ile pozitif yönde ilişkili olan faktörlerden bazılarına; sosyal destek eksikliği (Paykel, 1994), duygu düzenleme güçlükleri (Temelcioğlu Tunalı, 2020), algılanan kontrol eksikliği (Kring vd., 2015) ve travmatik deneyimler (Kahil ve Palabıyıkoğlu, 2018) örnek gösterilmektedir. İşlevsel baş etme stratejilerinin kullanımı (Undheim, Wallander ve Sund, 2016) ile olumlu duygu düzenleme becerilerinin (Gross ve John, 2003) ise psikolojik belirtiler ile negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir. Duygularını tanımlama ve aktarma konusunda güçlük yaşayan

kişilerin duygularını düzenlemede yetersiz oldukları ifade edilmektedir (Taylor, Bagby ve Parker, 1991).

Duygu ve düşünce süreçlerini etkileyen üstbiliş, duygu düzenleme ile sorun çözme becerileri açısından önemli bulunmaktadır (Schoenfeld, 1992; Uzal, Yavuz, Akdeniz, Çallı ve Bolat, 2018; Wells, 2009). Bilişsel süreçlerin düzenlenmesi ve baş etme mekanizmalarının belirlenmesinde önemli olduğu aktarılıp üstbilişsel inançların psikolojik problemlerin sürmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Fisher ve Wells, 2009; Spada, Georgiou ve Wells, 2010; Wells, 2000). Uyuma dönük bilişsel içerikler ile etkili duygu düzenleme becerilerinin psikolojik belirtilerin önlenmesi veya belirti şiddetinin azaltılması kapsamında önemli bir etkisi olduğu söylenebilmektedir.

Her kültürde psikolojik sorunlar görülüp sorunların içeriği ve ifade ediliş tarzı farklılık göstermektedir. Türkiye'nin bireyci kültür özelliklerinin de görüldüğü toplulukçu temelli bir yapıda olduğu (Tunay-Akan ve Barışkın, 2016; Uyar, 2019) ve toplulukçu kültürlerde kaygı bozukluklarının genellikle somatik yakınmalarla ifade edildiği belirtilmektedir (Kring vd., 2015). Aleksitimik özellik gösteren kişilerin de bedensel belirtilerini farklı nedenler yerine somatik nedenlere atfettiği aktarılmaktadır (Taycan, Özdemir ve Taycan, 2017). Benzer davranışsal özelliklerin görüldüğü kavramları duygu ve düşünce süreçlerini düzenleyip denetleyen üst yapılarla birlikte araştırmanın, duygu/düşünce/davranış etkileşiminin anlaşılması açısından önemli olabileceği düşünülmektedir.

Üstbiliş ve aleksitimi kavramlarının, psikolojik belirtilerin oluşmasında ve sürdürülmesinde etkili olabileceği ilgili alanyazında belirtilmiştir (Lipsanen, Saarijärvi ve Lauerma, 2004; Wells ve Carter, 2001). Duygudurum bozukluklarına yatkınlık oluşturduğu bilinen aleksitiminin; duygu süreçlerini düzenleyen üstbiliş faaliyetleri açısından incelenmesinin, kavramın daha detaylı anlaşılması açısından önemli olduğu belirtilebilir. Psikolojik belirtileri açıklayan unsurların daha detaylı anlaşılmasının koruyucu ve tedavi edici müdahalelere fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle üstbilişsel faktörler ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünün olup olmadığı bu araştırmanın merak konusudur.

1.2 Amaç

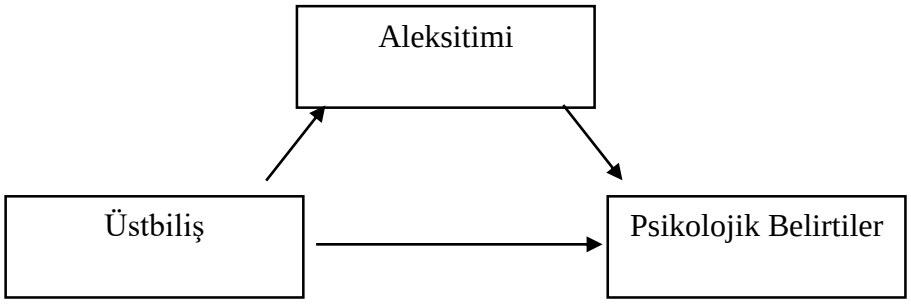
Bu araştırmada; öncelikli olarak üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflenmektedir. Çalışmanın diğer amacı ise üstbiliş ve psikolojik belirtiler ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünün incelenmesidir. Klinik olmayan popülasyon üzerinde duygu ifade becerilerinin, psikolojik semptomların ve duyguları kontrol eden üst yapıların birlikte incelenip demografik özellikler açısından karşılaştırma yapılması amaçlanmaktadır. Literatürden edinilen bilgiler sonucunda oluşturulan araştırma soruları aşağıda belirtilmektedir;

i. Üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasında anlamlı ilişki var mıdır?
ii. Üstbiliş ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki var mıdır?
iii. Aleksitimi ile psikolojik belirtiler arasında anlamlı ilişki var mıdır?
iv. Üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi demografik özelliklere (yaş ve cinsiyet) göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
v. Üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolü var mıdır?

Hipotezler aşağıdaki gibidir;

i. Üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.
ii. Üstbiliş ile aleksitimi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.
iii. Aleksitimi ile psikolojik belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.
iv. Üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi demografik özelliklere (yaş ve cinsiyet) göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.
v. Üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolü bulunmaktadır.

Hipotezler kapsamında araştırmanın modeli aşağıdaki gibidir;



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

1.3 Önem

İlgili literatürde psikolojik belirtilerin, aleksitimi ve üstbiliş ile ilişkilerine odaklanan çalışmalar bulunmaktadır. Psikolojik belirtilerin araştırılırken aleksitiminin aracı rolünün de değerlendirilmesinin literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir. Psikolojik belirtilerin oluşumunda ve sürdürülmesinde etkisi olduğu düşünülen üstbilişsel faktörlerle birlikte duygu süreçleri de değerlendirilmiş olup kapsamlı bir çalışma yapılması hedeflenmektedir.

Aleksitimi, klinik popülasyonda görülmesinin yanı sıra klinik olmayan popülasyonda da görülmesi ile önemli bulunmaktadır (Çelikel ve Saatçioğlu, 2002; Oktay ve Batıgün, 2014). Kişilik özelliği ile travmatik/stresli olaylar sonucu ortaya çıkabilen bir özellik olarak çok faktörlü şekilde değerlendirilmektedir (Epözdemir, 2012; Freyberger, 1977; Lesser, 1981). Birçok psikopatolojiye eşlik ettiği belirtilen aleksitiminin aynı zamanda ikincil olarak ortaya çıkabilen bir durum olması sebebi ile psikolojik belirtilerin açıklanmasında önemli olduğu düşünülmektedir (Batıgün ve Büyükşahin, 2008; Grabe vd., 2006; Lipsanen vd., 2004). Aleksitimik özellik olarak belirtilen; duygu aktarımında güçlük, yetersiz empati becerileri ve duygu farkındalığında güçlük (Lesser, 1981; Taylor vd., 1991) gibi bireysel ve kişilerarası problem yaratan zorluklar psikoterapi sürecinde değerlendirilip ele alınmaktadır. Duygu ve düşünce ilişkileri ile ilişkili olduğu belirtilen aleksitimik özelliklerin, uygun psikoterapi yöntemleri ile duygusal deneyimlerin daha başarılı tanınması ve ifade edilmesine katkı sağlayarak bireyler için iletişim/sosyal ilişkiler gibi konularda daha az güçlük oluşturabileceği düşünülmektedir (Beck, 2014; Koçak, 2002; Swiller, 1988). Bu kapsamda psikolojik belirtilerin

açıklanmasında aleksitiminin aracı rolü olup olmadığının belirlenmesinin; psikolojik belirtiler değerlendirilirken aleksitimik özelliklerin de değerlendirilmesinde ve psikoterapi sürecinde duygu ifadelerine yönelik çalışmalar yapılması gibi uygulanacak yöntemlerin belirlenmesinde önemli olduğu düşünülmektedir.

Aleksitimi etiyolojisi hakkında literatürde farklı bulgular yer aldığı için, kavramın daha detaylı anlaşılması adına klinik ve klinik olmayan örneklemler ile farklı değişkenlerin birlikte incelendiği daha fazla bulguya ihtiyaç vardır. Bu konuda artan çalışma sayısının terapötik müdahale süreçlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Toplumumuzda gün geçtikçe artan psikolojik problemlerin, özellikle duygudurum bozukluklarının, üstbilişsel yaklaşım ile değerlendirilmesinin de önemli olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda bireylerin duygu süreçleri ile duygu süreçlerini düzenleyen kavramlar arasındaki ilişkilerin ve aracı etkilerin incelenmesinin, tedavi edici ve önleyici müdahalelere katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

1.4 Varsayımlar

Çalışmada kullanılan ölçüm araçlarının, ölçülmek üzere belirtilen değişkenleri ölçebilme gücüne sahip olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılım sağlayan bireylerin, ölçüm araçlarını doğru bir şekilde yanıtladıkları varsayılmaktadır.

1.5 Sınırlıklar

Araştırma ‘Üstbiliş Ölçeği-30 (Tosun ve Irak, 2008)’, ‘Kısa Semptom Envanteri (Şahin ve Durak, 1994)’ ve ‘Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (Güleç vd., 2009)’nin kapsadığı nitelikler ve katılımcı bireylerle sınırlıdır.

Çalışmanın verileri katılımcılara internet aracılığıyla iletilen öz-bildirim ölçeklerinden elde edilmiştir. Öz-bildirim ölçekleri öznel bir değerlendirme sağlayıp katılımcıların kendilerini yanlı değerlendirmelerine sebep olabilmektedir. Aynı zamanda yalnızca internet kullanan bireylere ulaşılmasının sınırlılık yaratmış olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların demografik özellik gruplarındaki dağılımlarının eşit olmamasının, demografik özelliklerin değerlendirildiği analizlerde sınırlılık yaratmış olabileceği düşünülmektedir.

Veri toplama araçlarından Toronto Aleksitimi Ölçeği-20'nin 'Duyguları Söze Dökmede Güçlük' alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı bu çalışmada .43 olarak belirlenmiştir. İlgili Cronbach Alpha değerinin düşük güvenirlik düzeyinde kabul edilmesinin, ilgili alt boyutun değerlendirildiği analizlerde sınırlılık yaratmış olabileceği düşünülmektedir (Kılıç, 2016).

1.6 Tanımlar

Üstbiliş: Bilişleri, duygu (Uzal vd., 2018) ve düşünce süreçlerini düzenleyen, değerlendiren ve denetleyen yapıdır (Tosun ve Irak, 2008).

Psikolojik Belirtiler: Bireylerin iyi oluşlarını negatif yönde etkileyen ve düşünce/duygu/davranış ilişkilerinde farklı düzeylerde tutarsızlık yaratan psikolojik semptomlar olarak belirtilebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Aleksitimi: Duyguların tanımlanması, ifade edilmesi ve ayrıştırılmasında yaşanan zorluk anlamına gelmektedir (Taylor, Bagby ve Parker, 1997).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Üstbiliş

Üstbiliş, kişilerin duygu ve düşünce süreçlerini düzenleyip değerlendiren üst düzey bir yapı olarak açıklanmakta ve bilme hakkındaki bilgi ile düşünce hakkındaki düşünce şeklinde tanımlanmaktadır (Tosun ve Irak, 2008). Bireylerin bilişsel sistemlerini etkileyen faktörleri ve bilişsel sistemlerine dair inançları olarak belirtilerek (Wells, 1995) bireyin kendi bilişsel süreçlerini izleyen ve kontrol eden bir yapı olduğu aktarılmaktadır (Wells, 2000). Biliş ve üstbiliş arasındaki ayrım, bilişlerin zihinsel süreçleri; üstbilişlerin zihinsel süreçler hakkındaki düşünme ve değerlendirmeyi içermesi şeklinde ifade edilmektedir (Garner ve Alexander, 1989). Üstbilişsel izlem bireyin kendi bilişsel deneyimlerini değerlendirebilmesine (gözlemleme, düşünme, bilişsel/duygusal deneyimleme) olanak tanımaktadır (Perfect ve Schwartz, 2002).

Üstbilişin farklı sınıflandırılmaları bulunmaktadır. Flavell (1979) üstbilişin üstbilişsel deneyim, üstbilişsel bilgi, amaç/görev ve strateji boyutlarından; Wells (2000) üstbilişsel deneyim, üstbilişsel bilgi ve üstbilişsel kontrol stratejilerinden oluştuğunu belirtmektedir. Üstbilişsel bilgi, depolanan bilginin bir kısmı olup bireyin kendi düşüncelerine dair bilgileri olarak tanımlanmaktadır (Flavell, 1979; Wells, 2009). Bireylerin kendi düşünce tarzlarına ve bilişsel inançlarına vurgu yapmaktadır (Wells, 2009). Bilişsel süreçlere dair bilinenler ile kişilerin kendi bilişsel süreçlerine dair inançları olarak açıklanıp açık ve örtük bilgi şeklinde değerlendirilmektedir. Açık bilgi sözel şekilde direkt ifade edilen, örtük bilgi ise sözel şekilde ifade edilemeyen bilgi şeklinde aktarılmaktadır (Wells, 2009). Üstbilişsel deneyimlerin herhangi bir olaya dair bilişsel ve duygusal deneyimleri kapsayıp genellikle dikkat ve daha fazla düşünme gerektiren anlarda ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Flavell, 1979). Üstbilişsel deneyimlerin basit ya da karmaşık olabileceği belirtilmektedir (Flavell, 1979). Üstbilişsel stratejiler ise görevlerin gerçekleşmesinde kullanılan süreçler (biliş, davranış) ile bastırma ve kaçınma gibi kişilerin bilişsel süreçlerini düzenlerken kullandıkları tepkileri ifade etmektedir.

Literatürde üstbilişsel deneyimlerin davranışları etkileyen stratejiler konusunda etkili olduğu ile üstbilişsel inançların başa çıkma stratejilerinde duygu odaklı gibi uyumlu olmayan stratejiler ile ilgili olduğu aktarılmaktadır (Wells, 2009; Wells ve Matthews, 2014). Bilişsel deneyimleri değerlendirme sürecinde oluşan hatalar, olumsuz olaylar karşısında kişilerin kullandığı bazı stratejiler ve üstbilişin diğer boyutları etkileşim içinde psikopatolojinin gelişmesine yol açabilmektedir (Wells, 2000). Olumsuz düşüncelere zaman zaman herkesin sahip olabileceği ancak herkeste sürekli psikolojik belirti ortaya çıkmadığı bilinmektedir (Wells, 2009). Wells (2009) olumsuz duygular ile işlevsel olmayan düşünce içeriklerini güçlendiren ve duygu/düşünce stratejilerini etkileyen üstbilişin, olumsuz duyguların devamlılığını sağladığını aktarmaktadır. İşlevsel olmayan düşünce kontrol stratejilerinden endişe odaklı stratejilerin kullanımının, psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğu ve iyileşmeyi güçleştirdiği aktarılmaktadır (Amir, Cashman ve Foa, 1997; Fergus ve Wu, 2010; Reynolds ve Wells, 1999).

Psikolojik bozuklukların tedavisinde bilişsel yaklaşım, işlevsel olmayan düşüncelerin çeşitli yöntemlerle daha işlevsel olanlarla değiştirilmesine odaklanmaktadır. Düşüncenin içeriği değerlendirilirken üstbiliş, dikkat ve bilgi işlemleme gibi bilişsel süreçler bu modelde bulunmamaktadır. Bu nedenle psikolojik güçlüklerin açıklanmasında bilişsel modelin bazı bilişsel süreçleri değerlendirme konusunda eksik kaldığı belirtilerek bütünleştirici bir model olan ‘Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli’ geliştirilmiştir (Wells ve Matthews, 2014).

2.1.1 Psikolojik belirtilerin üstbilişsel modeli

Bilişsel kuramlar; psikolojik semptomları açıklamak için otomatik düşüncelere, bilişsel çarpıtmalara, temel inançlara ve duygu/düşünce/davranış ilişkilerine odaklanmaktadır (Beck, 2014). Üstbilişsel kuramlar bilişsel kuramlardan hareketle ortaya çıkmış olup bilgi işleme süreçlerini ve psikolojik belirtilerin (duygusal bozuklukların) sürdürülmesini etkileyen faktörleri kapsamaktadır. Bu konu Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli ile Bilişsel Dikkat Sendromu kapsamında açıklanmaktadır. Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli, problemin sürmesini olumsuz otomatik düşüncelerdense kişinin düşüncelere verdiği tepki biçimi üzerinden açıklamaktadır (Fisher ve Wells, 2009). Üç düzeyden oluşan modelin birinci düzeyinde işlemleme

süreci otomatik olarak ve farkındalığın dışında gerçekleşmektedir. İkinci düzeyinde işlemleme süreci bilinçli şekilde gerçekleşmekte ve üçüncü düzeyinde üstbilişsel bilgi ile inançlar bulunmaktadır (Wells ve Matthews, 1996). İkinci düzeyde bulunan Bilişsel Dikkat Sendromu; kişilerin psikolojik problemlerin sürdürücüleri olarak tehdit yaratan olaya/duruma odaklanmaları, tekrarlayıcı/ruminatif düşünme stillerini kullanmaları ve uyuma dönük olmayan baş etme mekanizmalarına (ruminatif düşünce, düşünceyi baskılama, dikkat yanlılığı, duygusal/davranışsal kaçınma) yönelmelerini içermektedir (Wells, 2000). Bilişsel Dikkat Sendromunda ruminatif düşünceler olumsuz olayların detaylarının unutulmaması sağlanmakta, olumsuz işlemleme artmakta ve uyuma yönelik baş etme mekanizmalarının kullanılması engellenmektedir. Kullanılan bu stratejilerin ve üstbiliş inançlarının, psikolojik problemlerin devam etmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Fisher ve Wells, 2009; Spada vd., 2010; Wells, 2000).

Psikopatolojilerin oluşmasında ve sürmesinde etkili olabileceği düşünülen üstbilişsel süreçleri ve inançları değerlendirme amaçlı Cartwright-Hatton ve Wells (1997)'in geliştirdiği Üstbiliş Ölçeği, 5 alt boyutla bu konuda bir değerlendirme yapmaktadır (Tosun ve Irak, 2008). İlgili alt faktörler, üstbilişsel inanç ve süreç olmak üzere iki ortak bileşeni barındırmaktadır (Tosun ve Irak, 2008). Kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutu kişinin güvende kalabilmek için endişelerinin kontrol edilmesi gerektiği inancı ile endişelerinin kontrol edilemeyeceğine yönelik inançlarını içermektedir. Olumlu inançlar boyutu endişelenmeye dair olumlu inançları belirtmektedir. Bireyin kendi bilişsel süreçlerine ve yeteneklerine (hafıza, bellek, dikkat) güveni olmamasını bilişsel güven alt boyutu belirtmektedir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu sorumlu olma veya cezalandırılmaya ilişkin olumsuz inançların kontrol altına alınması gerektiğini ifade edip kişinin bu inançlarını kontrol edemediğinde ortaya çıkabilecek sonuçlardan sorumlu olabileceğini içermektedir. Bilişsel farkındalık alt boyutu ise kişinin kendi düşünceleriyle uğraşması olarak açıklanmaktadır (Tosun ve Irak, 2008). Olumlu üstbilişsel inançların, endişelenmenin veya işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin faydalı olduğuna ilişkin; olumsuz üstbilişsel inançların ise ruminatif düşünce, bellek güvensizliği ve endişeleri kontrol altında tutmaya ilişkin olduğu belirtilmektedir (Tosun ve Irak, 2008).

Psikolojik belirtilerin üstbilişsel değerlendirilmesi kapsamında olumsuz yönde gelişen veya yetersiz üstbiliş faaliyetlerinin; yaygın anksiyete bozukluğu (Wells ve Carter, 2001; Wells, 1995), patolojik endişe (Wells ve Papageorgiou, 1998), depresyon (Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2015; Papageorgiou ve Wells, 2003), hipokondriyazis (Bouman ve Meijer, 1999), alkol ve madde kullanımı (Spada ve Wells, 2006), psikotik bozukluklar (Morrison, French ve Wells, 2007), travma sonrası stres bozukluğu (Bennett ve Wells, 2010; Roussis ve Wells, 2006), obsesif kompulsif belirtiler (Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2008; Myers ve Wells, 2005; Gwilliam, Wells ve Cartwright-Hatton, 2004; Wells ve Papageorgiou, 1998) gibi çeşitli psikopatolojilerle ve kişilerarası/sosyal problemlerle (Nelson, Kruglanski ve Jost, 1998) ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Üstbilişsel yaklaşım kaygı bozukluklarını açıklarken endişe ile ruminatif düşüncelerin psikolojik bozuklukların bir bileşeni olduğunu (Wells ve Matthews, 2014) ve endişelerin baş etme yöntemi olarak kullanıldığını belirtilmektedir (Wells, 2000). İki farklı endişe türü tanımlanıp Tip 1 endişelerin bilişsel olmayan olaylara ilişkin, Tip 2 endişelerin (meta-endişe) ise kişinin kendisiyle ilgili olumsuz üstbiliş inançlarının ve endişelerinin olumsuz değerlendirilmesine ilişkin olduğu ifade edilmektedir (Wells, 2005). Kişilerin endişelenmeye dair endişeleri, endişelerin kontrol edilemez olduğunu düşünmeleriyle ilişkilidir. Endişelerin kontrol edilemez olduğunu düşünmenin veya endişelenmeye dair olumsuz üstbiliş inançlarının da yaygın anksiyete bozukluğunun gelişmesine ve sürdürülmesine etkisi olduğu ifade edilmektedir (Wells, 1994; Wells, 2005).

Endişelerin olumsuz olarak değerlendirilmesi, içinde bulunulan kültür kaynaklı da olabilmektedir. Kişiler bu olumsuz değerlendirmelerini kontrol etmeye çalışmak için kaçınma ve güvence arama gibi stratejiler geliştirmektedir. Endişesiyle baş etmek için kaçınma stratejisi geliştiren bir kişi endişenin tehlikeli olmayabileceğini keşfedememektedir. Benzer şekilde güvence arama yolu da kişinin endişeleri üzerinde kendi kontrolü olabildiğini keşfetmesini engellemektedir. Bu nedenle kişiler genellikle sorunlarla baş etmede işlevsel olmayan stratejileri kullanarak olumsuz inançlarını sürdürmeye devam etmektedirler (Wells, 2005).

Üstbilişsel yaklaşım, depresyonda görülen ruminasyonun kaynağını üstbilişler olarak açıklamaktadır (Roelofs vd., 2007). Depresif belirti yaşayan kişiler, kendi düşüncelerini

olumsuz olarak değerlendirmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2001). Ruminatif düşünceler hakkındaki üstbilişsel inançlar depresif belirtilerle başa çıkma yöntemi olarak ruminatif düşünmeye neden olabilmektedir. Olumsuz üstbilişsel inançlar da belirtilerle başa çıkılamayacağı düşüncesini güçlendirmektedir. Hem olumlu hem de olumsuz üstbiliş inançların depresif belirtilerin sürdürücüsü olabileceği belirtilmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2001).

Üstbiliş, bireylerin düşünsel (Wells, 2000) ve bilişsel süreçlerini fonksiyonel şekilde düzenleyebilmeleri ve problem çözme becerileri (Schoenfeld, 1992) açısından önemli bulunmaktadır. Aynı zamanda işlevsel olmayan düşünce süreçlerinin devam edip etmemesinden (Wells, 2000; Wells 2009) sorumlu olup bilişsel çarpıtmalara neden olabileceği (Yenilmez vd., 2019) ve olumlu yönde gelişen üstbiliş süreçlerinin duygu düzenleme stratejileri için önemli olduğu (Uzal vd., 2018) da ilgili literatürde belirtilmiştir.

2.2 Psikolojik Belirtiler

Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nda (DSM-5) psikolojik problemler kişilerin sosyal, duygusal ve fiziksel açıdan işlevselliklerini düşüren; klinik olarak anlamlı bulunan ve duygu/düşünce/davranış örüntülerinde bozulmaya neden olan rahatsızlıklar şeklinde ifade edilmektedir. DSM-5'te toplumsal normların dışında yer alan davranışların işlevsel bir bozukluk kaynaklı olmadığı sürece psikolojik bir problem olarak değerlendirilemeyeceği belirtilmektedir (APA, 2014). Psikolojik düzeyde normallik için, içinde bulunulan kültürün normlarına uyma veya uymama (sapma) oranlarına göre normal/anormal ayrımı yapılabileceğini belirten bir görüş bulunmaktadır. Bu ifadeye göre toplumsal kabulden sapan davranış, anormal olarak nitelendirilmektedir. Diğer bir görüş ise toplumsal yaşam için belirli bir oranda normlara uymanın gerekli olduğunu belirterek gerçek normallik için önemli olanın toplumun onayı yerine kişinin psikolojik iyi oluşu olduğunu ifade etmektedir (Geçtan, 1997).

Literatürde psikolojik belirtilerin etiyolojisine dair farklı açıklamalar bulunmaktadır. Bağlanma yaklaşımı nesne ilişkileri kuramından hareketle ortaya çıkmış olup yaşamın erken dönemlerinde bakım veren ile kurulan bağlanma stilinin psikolojik sıkıntıların

oluşumuna neden olabileceğini belirtmektedir (Kring vd., 2015). Güvenli bağlanma stilinin psikolojik olarak sağlıklı bir büyüme sağlayacağı; güvensiz bağlanma stilinin ise yakın ilişkileri olumsuz yönde etkileyecek özelliklere (içe dönük, bağımlı) neden olabileceği belirtilip bu özelliklerin yetişkinlik döneminde psikolojik problemlerin yaşanmasında etkili olabileceği aktarılmaktadır. Güvenli bağlanan bireylerin sorun çözmede daha başarılı olup psikolojik sağlıklarını koruyacakları belirtilmektedir (Bowlby, 2008).

Düşüncelerin duygu ve davranışları etkilediğini belirten bilişsel yaklaşım, gerçekçi veya işlevsel olmayan düşüncelerin psikolojik problemlerde yaygın olduğunu belirtip duygusal, davranışsal, bilişsel ve fiziksel semptomların birbirini etkilediğini aktarmaktadır (Beck, 2014; Özcan ve Çelik, 2017). Kişilerin kendilerine, başkalarına veya dünyayı algılamalarına dair çarpıtılmış düşünceleri; duygu ve davranış süreçlerini etkileyerek psikolojik güçlükler yaşamalarına sebep olabilmektedir. Kişiler daha gerçekçi ve işlevsel düşünceler geliştirebildiğinde duygu ve davranışlarında da iyileşme görüleceği ifade edilmektedir. Bilişsel terapinin psikolojik problemlere müdahalelerinde çeşitli yöntemlerle (sokratik sorgulama gibi) kişilerin kendilerini, başka kişileri ve dünyayı algılamalarına odaklanıldığı aktarılmaktadır (Beck, 2014).

Psikolojik belirtiler; belirtilerin şiddeti, sıklığı ve yarattığı sıkıntı ölçütünde kişilerin toplumsal uyumlarını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Literatürde psikolojik problemlerin oluşumunda olumsuz çocukluk deneyimleri, genetik faktörler, bağlanma stilleri, kişilik özellikleri, çevresel faktörler ve sosyoekonomik faktörler gibi çok sayıda etkenin etkili olduğu belirtilmektedir. Araştırmalarda nörotransmitterlerin (GABA, dopamin, serotonin, norepinefrin) psikopatoloji ile ilişkili olduğu bilgisi mevcuttur. Norepinefrinin sempatik sinir sistemi ile bağlantılı olması dolayısıyla kaygı bozuklukları ile ilişkili olabileceği, serotonin ve dopaminin de depresyon ile bağlantılı olabileceği aktarılmaktadır. Nörotransmitter miktarındaki farklılaşmanın veya reseptörlerdeki aksaklığın bozukluklarda rol oynayabileceği ifade edilmektedir (Kring vd., 2015). Psikolojik bozukluklarda kültürlerarası farklılıklara da değinilmektedir. Semptomların ifadesinde, tedavi olanaklarında ve tedavi arama sürecinde farklılıklar olması nedeniyle her kültürde görülen psikolojik belirti türünün aynı olmayabileceği belirtilmektedir (Kring vd., 2015).

2.2.1 Psikolojik belirti türleri

Aşağıda psikolojik belirtilerin alt türleri olan; anksiyete, hostilite, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyona dair bilgiler verilmektedir.

2.2.1.1 Anksiyete

Anksiyete; kişilerin gerçekleşmemiş/tehdit unsuru içeren olaylara ilişkin olumsuz bir deneyim yaşanacağına dair kaygılı beklenti yaşayıp huzursuzluk ve tedirginlik hissetmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Antony ve Swinson, 2000; Butcher, Mineka ve Hooley, 2013). Anksiyetenin öfke ve korku ile benzer içeriklere sahip olduğu aktarılmaktadır (Şahin, Batıgün ve Uzun, 2011; Tamam ve Demirkol, 2019). Korkunun algılanan bir tehdit unsuruna dönük olup dış odaklı bir duygu olduğu, öfkenin baskın bir duygu olduğu, anksiyetenin ise gerçekleşmemiş olaylara dönük, iç odaklı ve pasif olduğu belirtilmektedir (Russell ve Mehrabian, 1974; Tamam ve Demirkol, 2019).

Anksiyete iki düzeyde (durumluk ve süreklilik) değerlendirilmektedir. Durumluk kaygı, kişilerin tehlikeli buldukları geçici olaylara özgü yaşadığı kısa süreli bir duygusal durum olarak; sürekli kaygı, bu duygunun sürekli hale gelmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Spielberger, 1972). Kaygı bozukluğunun yaygınlığı ile rapor edilmesi kültürlerarası farklılıklara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Stres düzeyi, aile ilişkilerinin doğası veya yoksulluğun yaygınlığı bu değişikliğe neden olabilmektedir (Kring vd., 2015). Cinsiyetler arası farklılıklara bakıldığında ise kadınlarda erkeklere kıyasla anksiyete tanısı bulunma oranının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Kadınların belirtilerini daha fazla rapor edip yardım alma oranlarının daha yüksek olabilmesi ile toplumsal cinsiyet rolleri gibi nedenlerin ilgili farklılığa neden olabileceği aktarılmaktadır (Kring vd., 2015).

Kişiler bazı anksiyete türlerinde kontrollerini kaybedeceklerine inanıp ölüm korkusu yaşayabilmektedir. Örneğin ölüm korkusunun da eşlik edebildiği panik bozuklukta kişiler yaşadıkları yoğun belirtilerden dolayı genellikle sağlık hizmetlerine başvurmaktadır (Tamam ve Demirkol, 2019). Kaygılı his yaşayan kişilerde terleme, baş dönmesi, nefes darlığı, üşüme, göğüs ağrısı, titreme gibi fizyolojik belirtiler ile sıkıntı, huzursuzluk, korku, aşırı tedirginlik gibi psikolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır.

Yaşanan endişe ile tepkinin şiddetine bağlı olarak yaşam kalitesinde, toplumsal uyumda ve diğer işlevsellik alanlarında ciddi bir düşüş ortaya çıkabilmektedir. Konsantrasyon güçlüğü, uyku bozuklukları, kolay yorulma ve kas gerginliği anksiyete ile ilişkili güçlüklerdir. Genetik yatkınlık, nörotisizm, davranışsal koşullanma, olumsuz inançlar ve kontrolün olmadığına ilişkin algılar anksiyete bozukluklarında ortak risk faktörü olarak sayılabilmektedir (Kring vd., 2015). Mizaç/kişilik özellikleri, nörotransmitter farklılıkları ve yanlı bilişsel değerlendirmeler de bu faktörlere eklenebilmektedir (Butcher vd., 2013). Sürdürücü faktörlere ise işlevsel olmayan bilişsel/davranışsal stratejiler (felaketleştirme, bastırma, kaçınma, güvenlik davranışları) ile endişenin baş etme stratejisi olarak kullanılması örnek gösterilebilmektedir.

Anksiyete; ayrılma anksiyetesi, agorafobi, mutizm, özgül fobi, panik bozukluk, sosyal kaygı bozukluğu ve yaygın kaygı bozukluğu gibi alt başlıklarla değerlendirilmektedir. Ayrılma kaygısı bozukluğunda kişiler bağlandıkları kişilerden ayrılmaya yönelik yoğun kaygı ya da korku yaşamaktadır. DSM-5'te kişilerin bağlandıkları kişilerden ayrılmalarına sebep olacak bir olay yaşamaktan veya ayrılık korkusu dolayısıyla yalnız kalmaktan endişelenebildikleri belirtilmektedir (APA, 2014). Mutizm, kişilerin normalde konuşuyor oldukları halde konuşmaları gereken özgül bir durumda konuşamıyor olmaları şeklinde ifade edilmektedir. Sosyal ortamlarda bulunma ve tanıdık olmayan kişilerle aynı ortamda bulunulduğunda yaşanan yoğun kaygı, sosyal kaygı bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Topluluğa/otorite figürüne karşı konuşma veya sunum yapma gibi faaliyetler sosyal kaygısı yüksek olan kişiler için zorlayıcı olabilmektedir. Özgül fobi belirli bir nesne veya duruma dair yaşanan yoğun kaygı/korku olarak ifade edilmektedir. Özgül fobiye yükseklikten, kapalı alanlardan veya belirli bir hayvandan korkma örnek gösterilmektedir. Tekrarlayan panik ataklar ile panik atakları tekrar yaşamaya ilişkin yaşanan yoğun endişe panik bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Kişiler panik bozuklukta terleme, nefes alamama, kalp çarpıntısı veya uyuşma gibi çeşitli fiziksel belirtiler yaşayabilmektedir. Agorafobi endişenin yaşandığı anda kaçmanın kolay olmadığı durumlara ilişkin yaşanan korku olarak tanımlanmaktadır. Bu kaygı türünde kişiler için evden çıkmak oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Yaygın kaygı bozukluğunda ise kişiler küçük detaylara ilişkin uzun süreli, kontrolsüz ve yoğun olarak endişe duyabilmektedir. (APA, 2014; Kring vd., 2015).

2.2.1.2 Depresyon

DSM-5'te depresyon; üzgün/umutsuz/değersiz/suçlu hissetme, duygudurumda çökkünlük, uykusuzluk yaşama veya aşırı uyuma, bitkin hissetme, konsantrasyon güçlüğü yaşama, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, etkinliklere karşı ilgide büyük ölçüde azalma (keyif alamama) ve intihar düşüncelerinin varlığı gibi belirtilerin yaşandığı bir duygudurum bozukluğu şeklinde ifade edilmektedir (APA, 2014). Depresif belirtilere sahip kişiler genellikle durumları olumsuz algılama eğiliminde olup sosyal ilişkilerden geri çekilme yaşamaktadır (Kring vd., 2015). Olaylara karşı verilen duygusal tepkilerden mutsuzluğun; olağan bir duygu/tepki olarak görülüp süresine, şiddetine veya kişinin kontrolünde olup olmamasına göre çökkün duygudurumun bir belirtisi olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Depresif semptomlar kişilerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal bozulmalara neden olmaktadır. Belirtiler, şiddetine bağlı olarak kişilerin işlevselliklerini olumsuz yönde etkilemekte ve somatik belirti yaşamalarına sebep olabilmektedir. Hem kısa süreli dönemler halinde hem de süreğen bir zaman diliminde görülebilmektedir.

Demografik, sosyal, psikolojik ve biyolojik çok sayıda etken depresyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Bunlardan bazılarına; stresli yaşam olayları, travmatik deneyimler, sosyal destek kaybı, önemli bir arkadaşlık/romantik ilişki kaybı, olumsuz iş/aile yaşantıları, kronik hastalığa sahip olma ve nörotransmitter eksikliği örnek gösterilebilmektedir (Kring vd., 2015). Bazı stresli yaşam olaylarının direkt olarak depresyonun açığa çıkmasına neden olmasa da erken dönem depresif belirtilere sebep olabilecekleri belirtilmektedir. Bir kaybın görüldüğü veya aşağılanma duygusunun yer aldığı olaylar da tetikleyici rol oynayabilmektedir. Olumsuz yaşam deneyimleri sonucunda depresif belirti görülüp görülmemesi kişilerin psikolojik dayanıklılığına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Baş etme becerilerinde psikolojik dayanıklılığa ek olarak sosyal desteğin de oldukça önemli olduğu aktarılmaktadır. Sosyal desteğin stres karşısında hafifletici bir etkisi olduğu ve kişilerin güvenli sosyal destek alanlarında depresyon risklerinin azaldığı belirlenmiştir (Kring vd., 2015).

Duygudurum bozukluklarına kalıtımın bir yatkınlık oluşturduğu belirtilmektedir. Majör depresif bozuklukta birinci derece yakınların risk düzeyinin 2-3 kat fazla olduğu aktarılmaktadır (Özpoyraz ve Taman, 1998). Majör depresif belirtilerin incelendiği

beyin görüntüleme çalışmalarında depresif belirtileri olan kişilerin amigdala, subgenual anterior singulat, hipokampus ve dorsolateral prefrontal korteks bölgelerinde belirtileri olmayan kişilere kıyasla aktivasyon farklılıkları olduğu tespit edilmiştir (Kring vd., 2015). Belirtilerin kültürlerarası farklılık gösterdiği de belirtilmektedir. Sıkıntıların algılanması ile kabul edilebilirliği konularında kültürel standartların farklı olabileceği ifade edilmektedir. Bazı kültürler duygusal sıkıntılarını daha fazla betimlerken bazı kültürler duygusal sıkıntılarını bedensel yakınmalarla ifade etmektedir (Kring vd., 2015).

2.2.1.3 Somatizasyon

Somatizasyon, kişilerin tıbbi olarak açıklanamayan bedensel şikayetleri için sıklıkla tıbbi yardım arama eğiliminde oldukları bir bedensel belirti bozukluğu şeklinde tanımlanmaktadır. DSM-5'te bedensel belirtilerin; günlük yaşamı sekteye uğratacak yoğunlukta olup aşırı zaman harcanan bir durum haline gelmesi ile belirtilerle ilgili yoğun endişe ve önemiyle orantısız düşünce, duygu veya davranış görülmesi şeklinde açığa çıktığı aktarılmaktadır (APA, 2014). Somatizasyon belirtileri kişilerin uyumlarını sosyal açıdan olumsuz etkilemektedir. Bu belirtilere; sırt ağrısı, karın ağrısı, bayılma nöbetleri, baş dönmesi ve nefes darlığı örnek gösterilebilmektedir (Şahin, Özer, Dağdeviren, Şahin ve Aktürk, 2001). Literatürde somatizasyonun psikososyal sıkıntının fiziksel ifade edilişi olduğu belirtilmektedir (Rosen, Kleinman ve Katon, 1982). Somatizasyonun oluşumuna psikolojik, biyolojik, sosyal faktörlerin ve kültürel öğretilerin zemin hazırladığı ifade edilmektedir. Kişilik özellikleri, düşük düzey eğitim, kadın olmak, çocuklukta yaşanan travmalar, stresli olaylar ve kalıtımsal faktörler örnek gösterilebilmektedir (Brown, 2004; Kroenke ve Spitzer, 1998; Mai, 2004; Richardson ve Engel, 2004).

Kişilerin içinde bulundukları kültürel yapının (geleneksel toplum yapısı), kültürün ve ailenin benimsediği iletişim tarzlarının (duygu ifadelerinin desteklememesi, duygulara isim verilmemesi) ve ailenin ebeveynlik tarzlarının da (müdahaleci, duygusal destek eksikliği, sinirli) yatkınlık faktörleriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Eray, Vural ve Çetinkaya, 2015; Kesebir, 2004; Leff, 1973; Özenli, Yoldaşcan, Topal ve Özçürümez, 2009). Bazı kültürlerde duygudurumu anlatmak için tanımlayıcı sözcüklerin bulunmadığı ve kişilerin beden dilini kullandıkları ifade edilmektedir (Şahin vd., 2001).

Çocukluk döneminde, aile üyelerinde bedensel hastalıkların varlığında çevreden daha fazla ilgi görülmesine dair edinilen deneyimlerin de somatizasyonu desteklediği aktarılmaktadır (Kesebir, 2004).

Aleksitimik özellik gösteren kişilerin duygularını tanıma, aktarma ve söze dökmede zorlanmaları dolayısıyla duygularını bedensel belirtilerle ifade edebildikleri bilinmektedir (Kesebir, 2004). Aleksitimiyi erken dönem çocuklukta anne-çocuk ilişkisi kapsamında açıklayan yaklaşımlar bulunmaktadır (Krystal, 1979). Somatizasyon belirtilerinin de aile içi şiddet sonucu sıklıkla görüldüğü aktarılmaktadır (Kesebir, 2004).

2.2.1.4 Olumsuz benlik

Benlik, kişinin özelliklerini ve ideallerini kapsayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Hamachek, 1988). Olumsuz benlik algısı değersizlik inançlarıyla oluşmakta ve bu algıya sahip kişiler, farklı kişilerin kendilerini beğenmediklerini düşünmektedirler (Derogatis ve Cleary, 1977). Bu durum, kişilerin sosyal etkileşimde bulunma düzeylerini ve kişilerarası ilişkilerini negatif açıdan etkilemektedir. Gelişim sürecinde algılanan ebeveyn tutumlarının (katı, kabullenici, reddedici, kontrolcü) ve bağlanma stillerinin benlik algısının hangi yönde gelişeceğini belirleyebildiği ifade edilmektedir (Cohen, Mansoor, Gagin ve Lorber, 2008; Doğruyol ve Yetim, 2019; Koydemir-Özden ve Demir, 2009). Olumsuz benlik algısına sahip kişilerde değersizlik duyguları ile yalnız ve dışlanmış hissetme görülebilmektedir (Duru ve Arslan, 2014).

2.2.1.5 Hostilite (öfke/saldırganlık)

Hostilite, öfke ve saldırgan tutumları benimseme eğilimi şeklinde tanımlanmaktadır. Öfke, bir tutum olarak; saldırganlık, öfkenin ifade ediliş biçimi olarak açığa çıkmaktadır. Saldırgan davranışlar iki başlıkta (fiziksel/sözel) incelenebilmektedir. Fiziksel saldırganlık kişiye veya nesneye zarar verme amaçlı yapılırken sözel saldırganlık öfkenin dışa aktarılması şeklinde açıklanmaktadır (Balkaya ve Şahin, 2003; Kassinove ve Sukhodolsky, 1995). Hostilite, tutumlarla ilişkili olup öfke duygusunu içeren ve saldırgan davranışları tetikleyen bir anlama sahip olarak belirtilmektedir (Balkaya ve Şahin, 2003). Kişide ortaya çıkardığı belirtilere; zarar verme isteğinin

varlığı, kontrol kaybı, titreme, kas geriliminin artması ve güvensizlik duyguları örnek gösterilebilmektedir (Düzgün, 2003). Hostilitenin oluşumuna kişilik özellikleri, öğrenilmiş davranışlar ve uyuma dönük olmayan baş etme stratejileri zemin hazırlayabilmektedir (Butcher vd., 2013). Hostilite belirtileri gösteren kişilerin sosyal uyumları ile toplumsal kabulleri düşük olmakta ve çevrelerinden daha düşük düzey sosyal destek görmektedirler.

2.3 Aleksitimi

Aleksitimi kavramı duyguları tanıma, tanımlama, düzenleme ve ifade etmede güçlük yaşama anlamına gelip ilk olarak psikosomatik belirti yaşayan kişilerin belirtilerini açıklamak üzere ortaya çıktığı belirtilmektedir (Montebarocci, Codispoti, Baldaro ve Rossi, 2004; Sifneos, 1973). İlerleyen dönemlerde yapılan çalışmalar, aleksitimik özelliklerin yalnızca psikosomatik belirtilerle sınırlı kalmadığını, farklı hastalık gruplarında ve klinik olmayan örneklemlerde de belirlendiğini aktarmaktadır (Batıgün ve Büyükşahin, 2008; Blanchard, Arena ve Pallmeyer, 1981; Taymur, Özen, Boratav ve Güliter, 2007).

Aleksitimi; mekanik/dışa yönelimli/çevre odaklı düşünme, hayal kurma becerilerinde zayıflık ve duygusal açıdan yetersizlik özellikleriyle karakterizedir (Krystal, 1979; Lesser, 1985; McDougall, 1982; Taylor, Parker, Bagby ve Acklin, 1992; Timoney ve Holder, 2013). Aleksitimik özellik gösteren bireylerin olumsuz duyguları (utanç) olumlu duygulara (sevinç) kıyasla daha çok yaşadıkları, empati becerilerinde zayıflık olduğu, daha somut düşünce tarzına sahip olup dışa yönelimli düşündükleri ve kurdukları hayallerin daha gerçekçi içeriklerden oluştuğu belirlenmiştir (Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 2001; Taylor vd., 1991). Bu kişilerin duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları, empati becerilerinin gelişmediği, daha yüzeysel ilişkiler kurdukları ve daha uyumlu ilişkiler sürdürebilmek adına daha çok çaba harcadıkları ifade edilmektedir (Epözdemir, 2012; Krystal, 1979; Sifneos, 1973; Temelcioğlu Tunalı, 2020).

Araştırmalar aleksitimik özellikleri 4 ana başlıkta toplamaktadır. Bunlar; duyguları tanımlama/ayırt etme/aktarmada güçlük, işlemsel düşünme, hayal kurmada güçlük ve dış odaklı bilişsel yapı şeklinde belirtilmektedir (Lesser, 1981; Taylor vd., 1991). Duyguların tanınması, tanımlanması ve ifade edilmesi güçlükleri yaşanan en tipik

zorluklardandır. Kişiler duygularını tanımlayabilecekleri sözcükleri bulmakta güçlük yaşamaktadır (Lesser, 1981). Duygulardan yoksun olunmadığı ancak duyguların farklılaşmamış olduğu belirtilmektedir (Kooiman, 1998). Aleksitimik özellik gösteren kişilerin olaylar karşısında duygularının düşüncelerinden ayrımı ile duygularının fizyolojik tepkilerinden ayrımı konusunda zorlandıkları ifade edilmektedir (Dereboy, 1990; Koçak, 2002). Aleksitimik bireylerin mekanik düşünüp sorunları yüzeysel olarak çözme eğiliminde oldukları ve sorunların altında yatan duygusal etkenlere yönelmedikleri ifade edilmektedir. Sorunları en kısa yoldan çözmeye çalışıp aynı problemin tekrar yaşanmaması için gerekli önlemleri almaya çalıştıkları belirtilmektedir (Lesser, 1985; Taylor vd., 1991). Bu nedenle kişilerarası ilişkilerde uyumlu kişiler olarak nitelendirilirler ancak bu, gerçekçi olmayan bir uyum (yalancı normallik) olarak belirtilmektedir (Dereboy, 1990). Dış odaklı bilişsel yapıları nedeniyle ilişki kurma stillerini iç odaklı düşüncelerin veya duyguların yerine dış uyaranların şekillendirdiği aktarılmaktadır (Koçak, 2002).

Aleksitimi kavramı geçici veya kalıcı olma durumuna göre iki farklı şekilde (birincil/ikincil) ele alınmaktadır. Birincil aleksitimi psikosomatik hastalıklara zemin hazırlayıp devam etmesine neden olan ve süreklilik ifade eden bir durum olarak değerlendirilmektedir. İkincil aleksitiminin ise travmatik veya stresli yaşam olayları (kronik hastalıklar gibi) sonucu ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir (Freyberger, 1977; Lesser, 1981). Birincil aleksitimi nörofizyolojik faktörlere; ikincil aleksitimi sosyokültürel, gelişimsel veya psikolojik faktörlere dayalı olarak değerlendirilmektedir. Klinik ve klinik olmayan örneklemlerde araştırmalar yapılmakta ve iki örneklemde de aleksitimik özellikler görülebilmektedir.

2.3.1 Aleksitiminin epidemiyolojisi

Aleksitiminin normal popülasyonda yaygınlık oranının %6.7 ile %18.8 aralığında değiştiği ifade edilmektedir (Solmaz, Sayar, Özer, Öztürk ve Acar, 2000). Aleksitimik özelliklerin yaş artışı, eğitim düzeyi düşüklüğü, cinsiyet ve yaşamın geçtiği yer gibi çeşitli demografik özelliklerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Joukamaa vd., 2007; Mattila, Salminen, Nummi ve Joukamaa, 2006). Cinsiyetler arası farklılaşmanın incelendiği araştırmalarda erkeklerin aleksitimi düzeylerinin kadınlara kıyasla daha fazla olduğu (Mattila vd., 2007; Parker, Bagby, Taylor, Endler ve Schmitz, 1993) ve

cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık olmadığı yönünde (Batıgün ve Büyükşahin, 2008; Ünal, 2004) farklı bulgular mevcuttur. Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışma sonucu, erkek öğrencilerin aleksitimi düzeylerinin kadın öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Türk, 1992). Başka bir çalışma bulgusunda ise kadınların aleksitimi ölçeğinden duyguları tanıma güçlüğü puanlarının; erkeklerin dışa dönük düşünme puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Moriguchi vd., 2007).

Finlandiya'da yapılan bir çalışma sonucunda; kırsal bölgede yetişmenin, annenin eğitim düzeyinin düşük olmasının ve parçalanmış aile yapısının yüksek aleksitimi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Joukamaa vd., 2007). Benzer bulgular Türkiye'de gerçekleştirilen bir araştırmada da tespit edilmiştir. Anne-babanın eğitim düzeyinin düşük olması ile aileden ayrı yaşamanın yüksek aleksitimi düzeyiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Türk, 1992). Almanya'da yürütülen bir araştırmada bekar olmanın ve düşük sosyoekonomik seviyenin yüksek aleksitimi düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Franz vd., 2008).

2.3.2 Aleksitiminin kuramsal yaklaşımı

Literatürde aleksitiminin etiyolojisine dair farklı kuramsal açıklamalar bulunmaktadır. Aşağıda nörofizyolojik, psikanalitik, bağlanma, bilişsel ve sosyal öğrenme yaklaşımlarına dair bilgiler verilmektedir.

2.3.2.1 Nörofizyolojik yaklaşım

Nörofizyolojik yaklaşım aleksitimiyi beynin bazı bölgelerinde meydana gelen hasarla, aktivasyon farklılıklarıyla veya sağ ile sol yarım küreler arasındaki bağlantı problemleriyle açıklamaktadır. MacLean (1949), psikosomatik hastalıklar sonucunda duygusal süreçlerin işleyişindeki problemlerin neokorteks ile limbik sistem arasındaki bağlantı sorunundan kaynaklandığını; Lane, Ahern, Schwartz ve Kaszniak (1997) beynin frontal bölümünün duygu süreçlerinde etkili olup aleksitiminin frontal bölümdeki lezyonlardan kaynaklanabileceğini; Nemiah (1975) ise duyguların, aleksitimik kişilerde limbik sistemden neokortekse ulaşmadığını belirtmektedir. Beynin yarım kürelerindeki kelime işlemleme süreçleri üzerine yapılan araştırmalarda, sağ yarım kürenin özellikle kelimelerin duygusal süreçleri; sol yarım kürenin ise kelimelerin öncelikli olarak analitik ve mantıksal süreçleri üzerinde rol aldığı

belirlenmiştir (Burgess ve Simpson, 1988). Aleksitimik özellik gösteren kişilerin beyinlerinin sağ ile sol yarım küreleri arasında bağlantı sorunu olduğu (Hoppe ve Bogen, 1977) ve uzmanlaşmanın sol yarım kürede yoğunlaştığı belirlenmiştir (Burgess ve Simpson, 1988). Bu bulgu ile aleksitimik kişilerin duygusal yaşantılarında ve hayal kurmada kısıtlılık yaşamaları desteklenmektedir.

2.3.2.2 Psikanalitik yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım aleksitimiyi açıklarken erken dönem yaşam deneyimlerine odaklanmaktadır. Bu deneyimler kapsamında çocuk ile annesinin kurduğu ilişki ve bağlanma stiline dair görüşler ifade edilmektedir. Annesi ile olumsuz bağlanma geliştiren çocuğun içsel gereksinimlerini yeterince karşılayamaması sebebiyle yetişkin yaşantısında hayal kurma yeteneğinden yoksun olabileceği ve bu durumun sözel ifade yeteneklerinde güçlük yaratabileceği vurgulanmaktadır (McDougall, 1982). Duygusal yönden gereksinimleri karşılanmayan çocuğun duygusal güçlükler (duygularını tanıma, ifade etme gibi) yaşayabileceği belirtilmektedir (Wolff, 1977). Bunların sonucunda da bir savunma mekanizması olarak aleksitiminin ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir (McDougall, 1982). Anne ile çocuk arasında erken çocukluk döneminde duygu paylaşımı yapılmasının ve duyguların konuşulup adlandırılmasının, çocuğun duygu düzenleme becerilerinin gelişmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (Taylor vd., 1997).

Aleksitimi oluşumunu gelişimsel süreç bağlamında yine anne ile çocuk ilişkisi temelinde açıklayan Krystal (1979), duyguların çocukluk döneminde öncelikli olarak bedensel şekilde ifade edilebileceğini ve aileyle kurulan olumlu ilişkiler sayesinde de gelişip sözel ifadelere dönüşebileceğini belirtmektedir. Aynı zamanda travmanın duygusal açıdan güçlü bir yaşam deneyimi olduğunu belirterek yaşanan travmatik olayların ve kurulan bozuk ilişkilerin duygusal gelişimi ketleyici etkisi olduğundan bahsetmektedir. Yaşanan gelişimsel bir sorunun veya travmatik bir deneyimin duygusal gelişimi durdurma (çocukluk dönemi travmaları) ve geriletme (yetişkinlik dönemi travmaları) etkisinin olabileceği ifade edilmektedir (Krystal, 1979). Aleksitimik özellik gösteren kişilerin, hayal kurma ve yaratıcılık becerilerindeki eksikliklerinin duygusal gelişimi olumsuz yönde etkileyen yaşam olayları sonucu oluştuğu düşünülmektedir (Krystal, 1979).

2.3.2.3 Bağlanma yaklaşımı

Bağlanma yaklaşımı aleksitimi oluşumunu, bebeklerin kendisinin bakımını üstlenen kişi ile kurdukları bağlanma stili ve gelişimsel süreç kapsamında açıklamaktadır. Bağlanma stillerinin bireylerin gelecek yaşantısındaki duygu, düşünce ve davranış içeriklerini şekillendirdiği ve erken çocukluk sürecinde kurulan bağlanma stillerinin yetişkinlik döneminde romantik partnerlerle de benzer şekilde sürdürüldüğü aktarılmaktadır (Hazan ve Shaver, 1987). Bu doğrultuda bağlanma stillerinin, bozulan veya geliştirilen duygu/düşünce/davranış süreçleri üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Araştırmalar, duygu düzenleme stratejileriyle bağlanma stilleri arasında ilişki olduğunu belirtmektedir (Mikulincer, Florian ve Tolmacz, 1990; Mikulincer ve Orbach, 1995).

Güvenli bağlanan kişilerin güvensiz bağlanan kişilere kıyasla daha yapıcı başa çıkma stratejileri kullanırken kaçınmacı bağlanan kişilerin geri çekilme stratejileri kullandıkları, kaygılı bağlanan kişilerin ise duygu temelli baş etme stratejilerini benimsedikleri belirtilmektedir (Mikulincer, 1995). Güvenli bağlanma rahatlık ve güven kavramlarıyla açıklanan, bireylerin ihtiyaçlarının karşılandığı bakım vericiye karşı kurulan bağlanma stiliyken; güvensiz bağlanma daha az sorumluluk ve güvenin deneyimlendiği bir bağlanma stili olarak tanımlanmaktadır (Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall, 1978; Mikulincer, 1995).

Güvenli ve güvensiz bağlanmaya ek olarak alkol bağımlılığı olan bireylerle gerçekleştirilen bir araştırmada kaçınmacı bağlanmanın aleksitiminin yordayıcısı olduğu belirlenmiştir (De Rick ve Vanheule, 2006). Kişinin erken çocukluk döneminde geliştirdiği bağlanma stili yetişkinlik dönemi romantik ilişkilerinde de görülmektedir (Metin Orta ve Sümer, 2016). Örneğin kaçınmacı bağlanan birey hem yakın ilişkiler kurmaktan hem de kendisiyle yakın ilişkiler kurmak isteyen kişilerden kaçınıp bu durumdan rahatsız olabilmektedir. Kaygılı bağlanan bireyler ise olumsuz özelliklerine çok fazla odaklanıp kurdukları ilişkiler ile kendilerine verilen değer gibi konularda yüksek düzey kaygı yaşamaktadır (De Rick ve Vanheule, 2006; Mikulincer, 1995; Mikulincer ve Orbach, 1995). Güvenli bağlanmanın bireylerin duygusal farkındalıkları ve empati becerileri açısından önemli olabileceği, güvensiz bağlanmanın ise duyguların öğrenimi ve geliştirilmesini güçleştirerek aleksitimi oluşumuna katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (Cassidy, 1994; Laible, 2007; Meins, Harris-Waller ve Lloyd, 2008;

Sifneos, 1973). Bu nedenle bağlanma stilleri ile aleksitimi oluşumunu inceleyen pek çok araştırma, kavramların doğrudan ilişkili olduğunu aktarmaktadır (Hexel, 2003; Mikulincer ve Shaver, 2016; Montebarocci vd., 2004).

2.3.2.4 Bilişsel yaklaşım

Bilişsel yaklaşım aleksitiminin işlevsel olmayan/çarpıtılmış bilişsel süreçlerin sonucunda oluşabileceği görüşüne dayanmaktadır. Bireyler çocukluk döneminden itibaren öğrenmeleri ve deneyimleri aracılığıyla düşünce ve inanç sistemleri oluşturmaktadır (Beck, 2014). Düşünce ve inanç sistemleri şemaları oluşturmakta, şemalar da olayların anlamlandırılıp yorumlanmasında kullanılmaktadır. Bilişsel yaklaşımda, düşüncelerin duygular ile davranışlar üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir (Beck, 2014). Bu nedenle çarpıtılmış düşüncelerin (aşırı genelleme, keyfi çıkarım yapma, kişiselleştirme gibi) hem duyguları hem de davranışları etkileyip aleksitimi oluşumuna neden olabileceği ifade edilmektedir (Koçak, 2002).

Aleksitimi oluşumunu Piaget'nin bilişsel gelişim dönemleri kapsamında açıklayan Stoudemire (1991), işlem öncesi dönemde duyguların sözel ifadeler yerine bedensel olarak ifade edildiğini ve bu dönemde yaşanan güçlükler veya eksiklikler dolayısıyla da kişilerin bu dönemde saplanarak aleksitimik özellikler oluşturabileceğini belirtmektedir.

2.3.2.5 Sosyal öğrenme yaklaşımı

Sosyal öğrenme yaklaşımı, aleksitiminin bireylerin kültürel bağlamları aracılığıyla öğrenildiği görüşüne dayanmaktadır. Bireylerin davranışlarının, iletişim becerilerinin ve ifade stillerinin içinde yer aldıkları sosyokültürel ortamda model alma yoluyla öğrenildiğini ifade etmektedir (Stoudemire, 1991). Bireylerin çocukluk döneminde öğrendiği duygu ifade stillerini gelecek süreçte de sürdürebildikleri bilinmektedir. Bazı kültürel yapılar açık iletişim stillerini ve duyguların açıkça ifade edilmesini benimserken bazı toplumlarda duyguların çok fazla konuşulmadığı aktarılmaktadır (Lesser, 1985). Bu farklılık, duyguların ifadesini kültürün nasıl algıladığı ve değerlendirdiğine (sağlıklı, hoş olmayan) göre değişiklik gösterebilmektedir. Duygu paylaşımının ve olumlu iletişimin yüksek olduğu ailelerde büyüyen çocukların daha düşük düzey aleksitimik özellikler gösterdiği belirlenmiştir (Berenbaum ve James,

1994). Duygu ifadelerinin paylaşılmadığı ortamlarda büyüyen çocukların; duygularını tanımada, ifade etmede ve yönetmede zorluk yaşayabilecekleri ifade edilmektedir. Sosyokültürel yapıya ek olarak sosyoekonomik faktörlerin de aleksitimi düzeyini etkileyebileceği bilgisi mevcuttur (Lesser, Ford ve Friedmann, 1979). Psikosomatik özellikler gösteren bireylerle yürütülen bir çalışmada; eğitim ve gelir seviyesi düşük bireylerin, yüksek bireylere kıyasla daha fazla aleksitimik özellik gösterdiği belirlenmiştir (Borens, Grosse-Schultz, Jaensch ve Kortemme, 1977).

2.4 Aleksitimi ve Üstbiliş

Üstbilişin bilişsel ve duygusal süreçleri kontrol edip düzenleme görevi olduğu bilinmektedir (Tosun ve Irak, 2008; Van Donkersgoed vd., 2014). Olumsuz tarzda üstbiliş faaliyetlerinin, genel çerçevede duyguların tanınması ve tanımlanmasındaki zorluk şeklinde bilinen aleksitimi düzeyini arttırdığı (Babaei, Ranjbar Varandi, Hatami ve Gharechahi, 2016) ve üstbiliş sorunlarının duygu düzenlemede sorun yarattığı (Uzal vd., 2018) alanyazında ifade edilmektedir. Üstbiliş faaliyetlerinden bilişsel çarpıtmaların düzenlenmesinin olumsuz duygulanımı azalttığı ve yetersiz üstbilişsel faaliyetlerin psikopatolojilerin oluşumunda risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (Bennett ve Wells, 2010; Papageorgiou ve Wells, 2003; Wells, 1995).

Üstbiliş ile aleksitiminin pozitif yönlü ilişkili olduğu ve üstbilişin 'bilişsel farkındalık' boyutunun aleksitiminin en önemli yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (Babaei, Gharechahi, Hatami ve Ranjbar Varandi, 2015; Babaei vd., 2016). Aleksitimik özellik gösteren bireylerde daha fazla üstbilişsel inanç görüldüğü aktarılmaktadır. Bunun nedeni olarak da bu bireylerin kendi içsel/bilişsel süreçleriyle daha fazla ilgilendikleri ve kendi bellek süreçlerine daha az güvendikleri belirtilerek endişelenmeye dair inançlarının (olumlu ve kontrol edilemez-tehlikeli olduğu) daha ön planda olmasının etkili olabileceği ifade edilmektedir (Çelikbaş, Batmaz, Bal ve Aslan, 2018). Literatürde üstbiliş sorunlarının davranışsal ve ilişkisel problemlerle ilişkili olabileceği (Nelson vd., 1998) ile aleksitiminin kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Oktay ve Batıgün, 2014).

2.5 Aleksitimi ve Psikolojik Belirtiler

Literatürde aleksitimi düzeyinin yüksek olmasının depresyon (Lipsanen vd., 2004; Marchesi, Brusamonti ve Maggini, 2000), anksiyete (Hamaideh, 2017), somatoform bozukluğu (Duddu, Isaac ve Chaturvedi, 2003), obsesif kompulsif bozukluk (Grabe vd., 2006), madde bağımlılıkları (Morie vd., 2016), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (Edel vd., 2010) ve dürtü kontrol bozuklukları (Velotti vd., 2016) gibi çeşitli psikopatolojilerle ilişkili olduğu, klinik ve klinik olmayan örneklemlerde, tespit edilmiştir.

Konversiyon bozukluğu (Çelikel ve Saatçioğlu, 2002), sosyal fobi (Solmaz vd., 2000) ve obezite (Deveci vd., 2006) yaşayan kişilerle yapılan çalışmalar klinik örneklem çalışmalarının bazılarıdır. Klinik olmayan örneklemle gerçekleştirilen çalışmalarda ise aleksitimi düzeyindeki artışın, fiziksel belirtileri yordadığı (Ahrens ve Deffner, 1986) ve öfke/saldırganlık davranışlarıyla ilişkili olduğu (Oktay ve Batıgün, 2014) belirlenmiştir. Duyguları tanıma zorluğu alt boyutunun saldırganlıkta önemli bir yordayıcı olduğu belirtilmektedir (Fossati vd., 2009). Aleksitimik özellikleri yüksek olan ergenlerin duygu ve davranış problemlerini tarayan ölçeklerden daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir (Uzal vd., 2018).

Psikolojik belirtiler aleksitimi düzeyi üzerinden incelendiğinde yüksek düzey aleksitimik özellik gösteren bireylerin daha fazla psikolojik semptom gösterdikleri belirlenmiştir (Batıgün ve Büyükşahin, 2008). Depresif bozukluğa sahip bireylerle yapılan bir araştırma sonucunda, aleksitimi düzeyi yüksek bireylerin düşük bireylere kıyasla daha fazla depresif belirti yaşadıkları (Honkalampi, Saarinen, Hintikka, Virtanen ve Viinamäki, 1999); demografik özelliklerin değerlendirildiği başka bir araştırmada ise evli ve çocuklu bireylerden aleksitimi düzeyi yüksek olanların düşük olanlara kıyasla daha yüksek depresyon puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir (Yürümez, Akça, Uğur, Uslu ve Kılıç, 2014).

3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Araştırmada üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolü incelenmiştir. Araştırmadaki bağımlı değişken, psikolojik belirtiler; bağımsız değişken, üstbiliş; aracı değişken ise aleksitimidir. Üstbilişin psikolojik belirtilerle ilişkisi, üstbilişin aleksitimi ile ilişkisi ve aleksitiminin psikolojik belirtilerle ilişkisi ortaya konmuştur. Üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi arasındaki ilişkiler incelendiği için ilişkisel desen kullanılmıştır. İlişkisel desenler, değişkenler arasındaki ilişki ile bu ilişkinin düzeyini belirlemeye yöneliktir (Erkuş, 2013).

3.2 Katılımcılar

Araştırma grubunu kolaylıkla bulunabilen örnekleme yoluyla ulaşılan ve araştırmaya katılım kriterlerini karşılayıp araştırmaya katılmaya gönüllü olan yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G-Power programı kullanılıp %95 güven aralığı ile %5 hata payı baz alınmıştır. Program ile yapılan analiz sonucunda istatistiksel güç 0.80, etki büyüklüğü 0.69 ve örneklem sayısı 385 olarak bulunmuştur. Veri kayıpları dikkate alınarak 511 kişiye ulaşılmıştır.

Literatür bulguları doğrultusunda, araştırmaya katılım kriterleri ve araştırmada karıştırıcı etki yaratmaması adına dışlama kriterleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılım kriterleri; Bilgilendirilmiş Onam Formunun onaylanması ile 18 yaş ve üzeri olunması şeklindedir. Araştırmanın dışlama kriterleri ise; Bilgilendirilmiş Onam Formunun onaylanmaması, 18 yaştan küçük olunması, psikiyatrik ilaç kullanılması ve nörolojik tanı bulunması şeklindedir. Ulaşılan 511 katılımcı veri toplama araçlarını doldurmuştur. Bu kişilerden psikiyatrik ilaç kullanan, Bilgilendirilmiş Onam Formuna onay vermeyen ve nörolojik tanısı bulunan toplam 43 katılımcı araştırmadan çıkartılmıştır. Uç değer gösteren verilerin de analizlere dahil edilmemesi sonucu toplam 453 kişi analizlere dahil edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini 292 (%64.5) kadın ile 161 (%35.5) erkek katılımcı oluşturmaktadır. Araştırma grubunda yer alan bireylerin yaşları 18 ile 79 aralığında

değişmektedir ($\bar{X}$= 34, *SS*=13.4). Katılımcıların 262'sinin (%57.8) bekar, 191'inin (%42.2) evli olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde 4'ünün (%0.9) ilkokul mezunu, 6'sının (%1.3) ortaokul mezunu, 52'sinin (%11.5) lise mezunu, 25'inin (%5.5) ön lisans mezunu, 80'inin (%17.7) lisans öğrencisi, 210'unun (%46.4) lisans mezunu, 44'ünün (%9.7) lisansüstü öğrencisi ve 32'sinin (%7.1) lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların 47'si (%10.4) düşük, 369'u (%81.5) orta ve 37'si (%8.2) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaşamlarının en uzun süre geçtiği yer incelendiğinde; 8 kişinin (%1.8) köyde, 47 kişinin (%10.4) ilçede, 97 kişinin (%21.4) şehirde ve 301 kişinin (%66.4) büyükşehirde en uzun süre yaşadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların 38'inin (%8.4) geçmişte psikiyatrik tanı aldığı ve 64'ünün (%14.1) aile üyelerinde psikiyatrik tanı bulunduğu tespit edilmiştir. Tanılar arasında anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon ve panik atak yer almaktadır. Demografik özelliklerin belirtildiği tabloda ilgili bilgilere yer verilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (N=453)

Değişkenler	***N***	**%**
Cinsiyet		
Kadın	292	64.5
Erkek	161	35.5
Yaş		
18-25	180	39.7
26-39	135	29.8
40-59	117	25.8
60+	21	4.6
Medeni Durum		
Bekar	262	57.8
Evli	191	42.2
Eğitim Düzeyi		
İlkokul Mezunu	4	0.9
Ortaokul Mezunu	6	1.3
Lise Mezunu	52	11.5
Ön Lisans Mezunu	25	5.5
Lisans Öğrencisi	80	17.7
Lisans Mezunu	210	46.4
Lisansüstü Öğrencisi	44	9.7
Lisansüstü Mezunu	32	7.1
Sosyoekonomik Düzey		
Düşük	47	10.4

Orta	369	81.5
Yüksek	37	8.2
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Köy	8	1.8
İlçe	47	10.4
Şehir	97	21.4
Büyükşehir	301	66.4
Psikiyatrik Tanı Durumu		
Evet	38	8.4
Hayır	415	91.6
Ailesinin Psikiyatrik Tanı Durumu		
Evet	64	14.1
Hayır	389	85.9
Toplam	453	100

3.3 Veriler ve Toplanması

Araştırmada ölçüm araçları olarak; katılımcıların demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla Demografik Bilgi Formu, üstbilişlerinin belirlenmesi amacıyla Üstbiliş Ölçeği-30, psikolojik belirtilerinin belirlenmesi amacıyla Kısa Semptom Envanteri ve aleksitimi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 kullanılmıştır. Veri toplama araçlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 2'de yer almaktadır.

3.3.1 Bilgilendirilmiş onam formu

Katılımcılardan araştırmaya katılmalarına dair onam almak amaçlı geliştirilen bu formda; çalışmanın amacı, çalışma hakkında genel bilgiler, çalışmaya gönüllülük esasında dahil olunduğu, çalışmadan neden belirtmeksizin çekilme durumlarında herhangi bir olumsuzlukla karşılaşılmayacağının bilgisi ve araştırmaya dair daha detaylı bilgi almak istenilen durumlarda araştırmacının iletişim bilgilerinin paylaşıldığı açıklamalar yer almaktadır (Ek-1).

3.3.2 Demografik bilgi formu

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin tespit edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu; ekonomik durum, cinsiyet, kronik hastalık durumu, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, psikiyatrik/nörolojik tanı durumu ve psikiyatrik ilaç bilgisi gibi 10 adet soruyu içermektedir (Ek-2).

3.3.3 Üstbiliş ölçeği-30

Üstbilişleri belirleme amacıyla Wells ve Carwright-Hatton (2004) tarafından geliştirilip Tosun ve Irak (2008) tarafından Türkçe uyarlama çalışması yapılan 30 maddelik 4'lü Likert tipi 5 faktörlü bir öz-bildirim ölçeğidir. Bu faktörler; kontrol edilemezlik-tehlike, bilişsel farkındalık, olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel güvendir. 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. maddeler olumlu inançlar; 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. maddeler bilişsel güven; 2, 3, 4, 9, 11, 16 ve 22. maddeler kontrol edilemezlik-tehlike; 5, 12, 17, 19 ve 30. maddeler bilişsel farkındalık; 6, 13, 15, 21, 25 ve 27. maddeler ise düşünceleri kontrol ihtiyacı alt faktörünü değerlendirmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar minimum 30, maksimum 120 olup alınan yüksek puanlar olumsuz tarzda üstbilişin arttığı anlamına gelmektedir. Güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .86 olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test katsayısının tüm ölçek maddeleri için .40 ile .94; alt ölçekler için .70 ile .85 arasında değiştiği belirlenmiştir. Tüm faktörlerin toplam varyansın %52,44'ünü açıkladığı tespit edilmiştir (Tosun ve Irak, 2008). Bu araştırmada Cronbach Alpha katsayısı tüm ölçekte .87, bilişsel güven alt ölçeğinde .86, olumlu inançlar alt ölçeğinde .83, kontrol edilemezlik-tehlike alt ölçeğinde .80, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeğinde .74 ve bilişsel farkındalık alt ölçeğinde .58 olarak belirlenmiştir (Ek-3).

3.3.4 Kısa semptom envanteri

Psikolojik belirtilerin düzeyini belirleme amacıyla Derogatis (1992) tarafından geliştirilip Şahin ve Durak'ın (1994) Türkçe uyarlama çalışmasını yaptığı 53 maddeli 5'li Likert tipi 5 faktörlü bir ölçüm aracıdır. Bu faktörler; anksiyete, somatizasyon, depresyon, olumsuz benlik ve hostilitedir (öfke/saldırganlık). 12-13-28-31-32-36-38-42-43-45-46-47 ve 49. maddeler anksiyeteyi; 2-5-7-8-11-23-29-30 ve 33. maddeler somatizasyonu; 9-14-16-17-18-19-20-25-27-35-37 ve 39. maddeler depresyonu; 15-21-22-24-26-34-44-48-50-51-52 ve 53. maddeler olumsuz benlik alt boyutunu; 1-3-4-6-10-40 ve 41. maddeler ise hostiliteyi değerlendirmektedir. Her bir maddeden 0 ile 4 arası puan alınmaktadır. Ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha katsayısı .93 ile .96 arasında değişmektedir. Ölçüm aracından alınan puanların artması psikolojik belirtilerdeki artışı belirtmektedir (Şahin ve Durak, 1994). Bu çalışmada belirlenen Cronbach Alpha katsayıları tüm ölçekte .97, anksiyete alt ölçeğinde .89, somatizasyon

alt ölçeğinde .77, depresyon alt ölçeğinde .90, olumsuz benlik alt ölçeğinde .89 ve hostilite alt ölçeğinde .81 şeklindedir (Ek-4).

3.3.5 Toronto aleksitimi ölçeği-20

Aleksitimik özellikleri belirleme amacıyla Bagby vd. (1994) tarafından geliştirilip Güleç vd. (2009) tarafından Türkçe uyarlama çalışması yapılan 20 maddelik 5'li likert tipi 3 faktörlü bir ölçüm aracıdır. Bu faktörler; duyguları tanımada güçlük, dışa dönük düşünme ve duyguları söze dökmede güçlüktür. Duyguları tanıma güçlüğünü 1-3-6-7-9-13 ve 14. maddeler; duyguları söze dökme güçlüğünü 2-4-11-12 ve 17. maddeler; dışa dönük düşünmeyi ise 5-8-10-15-16-18-19 ve 20. maddeler değerlendirmektedir. Her bir maddeden 1 ile 5 arasında puan alınmaktadır. 4, 5, 10, 18 ve 19. maddeler ters madde şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar minimum 20, maksimum 100'dür. Ölçekten alınan puanların artması aleksitimik özelliklerin artışına işaret etmektedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı .78, duyguları tanımada güçlük alt boyutu .80, dışa dönük düşünme alt boyutu .63 ve duyguları söze dökmede güçlük alt boyutu .57 olarak tespit edilmiştir (Güleç vd., 2009). Bu araştırmada tüm ölçek için Cronbach Alpha katsayısı .78, duyguları tanımada güçlük alt ölçeği için .82, duyguları söze dökmede güçlük alt ölçeği için .43 ve dışa dönük düşünme alt ölçeği için .62 olarak belirlenmiştir (Ek-5).

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Bu araştırmaya T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu'ndan onay belgesi (Karar No: 2021/28-04) alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-6). Araştırmanın verileri, Google Formlar ile oluşturulan ölçeklerin sosyal ağ platformlarında paylaşılması aracılığı ile Türkiye'nin çeşitli illerinden elde edilmiştir. Katılımcılara cevapların gizli tutulacağı, verilerin yalnızca bilimsel amaç doğrultusunda kullanılacağı ve isteyen kişilerin araştırma sonuçlarını araştırmacıdan öğrenebileceği bilgisi yazılı olarak 'Bilgilendirilmiş Onam Formu' ile sunulmuştur. Araştırmanın katılım kriterlerini karşılayıp katılmayı kabul eden kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Her bir katılımcı için ölçüm araçlarının tamamlanma süresi yaklaşık olarak 15 dakika sürmüştür. Araştırmanın verileri Kasım 2021 – Nisan 2022 tarihleri aralığında toplanmıştır.

Ölçüm araçlarından elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde IBM SPSS 26 kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmeye alınmadan önce istatistiksel analizler için uygunluğu incelenmiştir. Tüm ölçüm araçlarına dair betimleyici istatistikler ve Cronbach Alpha katsayıları hesaplanmıştır.

Veri setinde kayıp değer bulunmamıştır. Mahalanobis uzaklığı doğrultusunda 15 katılımcı uç değer olarak belirlenip veri setinden çıkartılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness-Kurtosis değerleri ile belirlenmiştir. Değerlerin -2 ile +2 arasında olup normal dağılım gösterdikleri tespit edildiği için parametrik yöntemler kullanılmıştır (George ve Mallery, 2010). Değişkenlerin birbirleri ile ilişkileri Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Üstbiliş, aleksitimi ve psikolojik belirtiler arasındaki yordayıcılıklar Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Demografik özelliklere ait farklılıklar ANOVA ve MANOVA ile, aracı değişkene ait bulgular ise PROCESS (Hayes, 2016) makro eklentisi kullanılarak Bootstrapp yöntemi ile incelenmiştir.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1 Bulgular

4.1.1 Veri toplama araçlarına ilişkin betimsel özellikler

Katılımcıların veri toplama araçlarına ilişkin ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değer aralıkları ve ölçüm araçlarının Cronbach Alpha katsayılarına dair bilgiler Tablo 2'de belirtilmiştir. Betimsel özellikleri incelenen ölçüm araçları; Üstbiliş Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları (kontrol edilemezlik-tehlike, olumlu inançlar, bilişsel farkındalık, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı), Kısa Semptom Envanteri ve ölçeğin alt boyutları (anksiyete, hostilite, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon), Toronto Aleksitimi Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları (duyguları tanıma güçlüğü, dışa dönük düşünme, duyguları söze dökme güçlüğü) şeklindedir.

Katılımcıların ÜBO-30 toplam puanından ortalama 67.39 (*SS*= 13.23); olumlu inançlar alt boyutundan 11.99 (*SS*= 4.09), bilişsel farkındalık alt boyutundan 13.57 (*SS*= 2.73), kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutundan 16.82 (*SS*= 4.73), bilişsel güven alt boyutundan 11.97 (*SS*= 4.44) ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundan 13.32 (*SS*= 3.84) puan aldıkları belirlenmiştir. KSE toplam puanından ortalama 40.62 (*SS*= 32.22); anksiyete alt boyutundan 8.59 (*SS*= 8.15), somatizasyon alt boyutundan 4.35 (*SS*= 4.53), depresyon alt boyutundan 12.33 (*SS*= 9.58), olumsuz benlik alt boyutundan 9.01 (SS= 8.46) ve hostilite alt boyutundan 6.32 (*SS*= 5.06) puan aldıkları belirlenmiştir. TAÖ-20 toplam puanından ortalama 45.79 (*SS*= 8.89); duyguları tanımada güçlük alt boyutundan 12.71 (*SS*= 4.79), duyguları söze dökmede güçlük alt boyutundan 11.18 (*SS*= 3.73) ve dışa dönük düşünme alt boyutundan 21.88 (*SS*= 3.72) puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Veri Toplama Araçlarına İlişkin Betimsel Özellikler

Veri Toplama Araçları	*N*	$\bar{X}$	*SS*	Min-Max Değer	Cronbach Alpha
ÜBÖ-30 Toplam	**453**	**67.39**	**13.23**	**30-104**	**.87**
Olumlu İnançlar	453	11.99	4.09	6-23	.83
Bilişsel Farkındalık	453	13.57	2.73	5-20	.58
Kontrol Edilemezlik-Tehlike	453	16.52	4.73	7-28	.80
Bilişsel Güven	453	11.97	4.44	6-24	.86
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	453	13.32	3.84	6-24	.74
KSE Toplam	**453**	**40.62**	**32.22**	**0-153**	**.97**
Anksiyete	453	8.59	8.15	0-44	.89
Somatizasyon	453	4.35	4.53	0-23	.77
Depresyon	453	12.33	9.58	0-44	.90
Olumsuz Benlik	453	9.01	8.46	0-42	.89
Hostilite	453	6.32	5.06	0-25	.81
TAÖ-20 Toplam	**453**	**45.79**	**8.89**	**27-73**	**.78**
Duyguları Tanımada Güçlük	453	12.71	4.79	7-30	.82
Duyguları Söze Dökmede Güçlük	453	11.18	3.73	5-25	.43
Dışa Dönük Düşünme	453	21.88	3.72	9-33	.62

Not: ÜBO-30=Üstbiliş Ölçeği-30; KSE=Kısa Semptom Envanteri; TAÖ-20=Toronto Aleksitimi Ölçeği-20.

4.1.2 Değişkenler arasındaki korelasyon analizleri

Değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Toplam puanların ve alt faktörlerinin birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde; ÜBO-30 toplam puanının KSE'nin anksiyete (r=.34, p<.01), somatizasyon (r=.25, p<.01), depresyon (r=.32, p<.01), olumsuz benlik (r=.36, p<.01), hostilite (r=.33, p<.01) alt boyutları ve KSE toplam puanı (r=.36, p<.01) ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. ÜBO-30 toplam puanın TAÖ-20'nin duyguları tanımada güçlük (r=.31, p<.01), duyguları söze dökmede güçlük (r=.28, p<.01) alt boyutları ve TAÖ-20 toplam puanı (r=.29, p<.01) ile de pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar değerlendirildiğinde kişilerin olumsuz tarzda üstbiliş faaliyeti arttıkça genel psikolojik belirtilerinin ve aleksitimik özelliklerinin arttığı tespit edilmiştir. Aleksitimik özelliklerden özellikle duyguları tanıma ve söze dökme güçlüklerinde artış görülmektedir.

ÜBO-30'un alt ölçekleri değerlendirildiğinde; olumlu inançlar alt boyutunun KSE'nin anksiyete (r=.12, p<.05), somatizasyon (r=.11, p<.05), olumsuz benlik (r=.13, p<.01),

hostilite (r=.13, p<.01) alt boyutları, KSE toplam puanı (r=.12, p<.05) ve TAÖ-20'nin duyguları tanımada güçlük (r=.09, p<.05), duyguları söze dökmede güçlük (r=.15, p<.01) alt boyutları, TAÖ-20 toplam puanı (r=.13, p<.01) ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bilişsel güven alt boyutunun KSE'nin anksiyete (r=.19, p<.01), somatizasyon (r=.24, p<.01), depresyon (r=.20, p<.01), olumsuz benlik (r=.15, p<.01), hostilite (r=.15, p<.01) alt boyutları, KSE toplam puanı (r=.21, p<.01) ve TAÖ-20'nin duyguları tanımada güçlük (r=.13, p<.01), duyguları söze dökmede güçlük (r=.14, p<.01) alt boyutları, TAÖ-20 toplam puanı (r=.16, p<.01) ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutunun KSE'nin anksiyete (r=.44, p<.01), somatizasyon (r=.24, p<.01), depresyon (r=.45, p<.01), olumsuz benlik (r=.43, p<.01), hostilite (r=.40, p<.01) alt boyutları, KSE toplam puanı (r=.45, p<.01) ve TAÖ-20'nin duyguları tanımada güçlük (r=.40, p<.01), duyguları söze dökmede güçlük (r=.28, p<.01) alt boyutları, TAÖ-20 toplam puanı (r=.32, p<.01) ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Bilişsel farkındalık alt boyutunun KSE'nin anksiyete (r=.10, p<.05), depresyon (r=.13, p<.01), olumsuz benlik (r=.16, p<.01), hostilite (r=.13, p<.01), KSE toplam puanı (r=.13, p<.01) ve TAÖ-20'nin duyguları tanımada güçlük (r=.11, p<.05), duyguları söze dökmede güçlük (r=.14, p<.01) alt boyutları ile pozitif yönlü; TAÖ-20'nin dışa dönük düşünme (r=-.12, p<.05) alt boyutuyla negatif yönlü anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutunun KSE'nin anksiyete (r=.22, p<.01), somatizasyon (r=.12, p<.01), depresyon (r=.17, p<.01), olumsuz benlik (r=.27, p<.01), hostilite (r=.25, p<.01) alt boyutları, KSE toplam puanı (r=23, p<.01) ve TAÖ-20'nin duyguları tanımada güçlük (r=.24, p<.01), duyguları söze dökmede güçlük (r=.19, p<.01) alt boyutları, TAÖ-20 toplam puanı (r=.24, p<.01) ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

TAÖ-20 toplam puanının KSE'nin anksiyete (r=.52, p<.01), somatizasyon (r=.40, p<.01), depresyon (r=.50, p<.01), olumsuz benlik (r=.53, p<.01), hostilite (r=.44, p<.01) alt boyutları ve KSE toplam puanı (r=.55, p<.01) ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar değerlendirildiğinde kişilerin aleksitimik özellikleri arttıkça genel psikolojik belirtilerinin arttığı belirlenmiştir.

TAÖ-20'nin alt ölçekleri değerlendirildiğinde; duyguları tanımada güçlük alt boyutunun KSE'nin anksiyete (r=.64, p<.01), somatizasyon (r=.46, p<.01), depresyon (r=.63, p<.01), olumsuz benlik (r=.62, p<.01), hostilite (r=.52, p<.01) alt boyutları ve KSE toplam puanı (r=.66, p<.01) ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Duyguları söze dökmede güçlük alt boyutunun KSE'nin anksiyete (r=.45, p<.01), somatizasyon (r=.33, p<.01), depresyon (r=.45, p<.01), olumsuz benlik (r=.46, p<.01), hostilite (r=.35, p<.01) alt boyutları ve KSE toplam puanı (r=47, p<.01) ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	**7**	8	9	10	11	12	**13**	14	15	16
1.ÜBÖ-T	1	.674**	.603**	.710**	.595**	.730**	.369**	.345**	.252**	.329**	.362**	.338**	.299**	.317**	.288**	.016
2.ÜBÖ-1		1	.260**	.261**	.350**	.384**	.120*	.120*	.113*	.056	.139**	.131**	.138**	.096*	.159**	.046
3.ÜBÖ-2			1	.272**	.114*	.225**	.210**	.194**	.244**	.207**	.152**	.158**	.163**	.137**	.149**	.064
4.ÜBÖ-3				1	.293**	.413**	.459**	.442**	.246**	.457**	.431**	.403**	.320**	.408**	.282**	-.044
5.ÜBÖ-4					1	.472**	.137**	.102*	.049	.137**	.163**	.133**	.074	.117*	.146**	-.120*
6.ÜBÖ-5						1	.237**	.220**	.126**	.174**	.275**	.250**	.245**	.244**	.199**	.073
7.KSE-T							1	.937**	.766**	.926**	.930**	.860**	.551**	.661**	.473**	-.011
8.KSE-1								1	.708**	.808**	.849**	.771**	.523**	.644**	.454**	-.035
9.KSE-2									1	.638**	.610**	.614**	.406**	.465**	.332**	.038
10.KSE-3										1	.829**	.740**	.509**	.631**	.451**	-.049
11.KSE-4											1	.766**	.532**	.622**	.465**	.004
12.KSE-5												1	.444**	.520**	.354**	.037
13.TAÖ-T													1	.820**	.823**	.506**
14.TAÖ-1														1	.627**	.041
15.TAÖ-2															1	.156**
16.TAÖ-3																1

Not: *p<.05, **p<.01. ÜBO=Üstbiliş Ölçeği-30; ÜBO-1=Olumlu İnançlar; ÜBO-2=Bilişsel Güven; ÜBO-3=Kontrol Edilemezlik-Tehlike; ÜBO-4=Bilişsel Farkındalık; ÜBO-5=Düşünceleri Kontrol İhtiyacı; KSE=Kısa Semptom Envanteri; KSE-1=Anksiyete; KSE-2=Somatizasyon; KSE-3=Depresyon; KSE-4=Olumsuz Benlik; KSE-5=Hostilite; TAÖ=Toronto Aleksitimi Ölçeği-20; TAÖ-1=Duyguları Tanımada Güçlük; TAÖ-2=Duyguları Söze Dökmede Güçlük; TAÖ-3=Dışa Dönük Düşünme.

4.1.3 Değişkenler arasındaki basit doğrusal regresyon analizleri

4.1.3.1 Üstbilişin aleksitimiyi yordamasına yönelik basit doğrusal regresyon analizi

Üstbilişin aleksitimi üzerindeki yordayıcı etkisinin tespit edilmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Üstbilişin Aleksitimiyi Yordamasına Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi

Bağımlı	Bağımsız	*B*	*ß*	*T*	*p*
Aleksitimi	Sabit	32.265		15.560	
	Üstbiliş	.201	.299	6.645	.000*
F=44.150 Model(*p*)=.000 R^2=.089					

*p<.001

Yapılan analiz sonuçlarına göre üstbilişin aleksitimiyi anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur [F (1.451) = 44.150, p=.000]. Üstbiliş puanları aleksitimi puanlarının %8.9'unu açıklamaktadır.

4.1.3.2 Üstbilişin psikolojik belirtileri yordamasına yönelik basit doğrusal regresyon analizi

Üstbilişin psikolojik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisinin tespit edilmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Üstbilişin Psikolojik Belirtileri Yordamasına Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi

Bağımlı	Bağımsız	*B*	*ß*	*T*	*p*
Psikolojik Belirti	Sabit	-19.949		-2.725	
	Üstbiliş	.899	.369	8.432	.000*
F=71.106 Model(*p*)=.000 R^2=.136					

*p<.001

Yapılan analiz sonuçlarına göre üstbilişin psikolojik belirtileri anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur [*F* (1.451) = 71.106, *p*=.000]. Üstbiliş puanları psikolojik belirti puanlarının %13.6'sını açıklamaktadır.

4.1.3.3 Aleksitiminin psikolojik belirtileri yordamasına yönelik basit doğrusal regresyon analizi

Aleksitiminin psikolojik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisinin tespit edilmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Aleksitiminin Psikolojik Belirtileri Yordamasına Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi

Bağımlı	Bağımsız	*B*	*ß*	*T*	*p*
Psikolojik Belirti	Sabit	-50.765		-7.640	
	Aleksitimi	1.996	.551	14.009	.000*
F=196.264 Model(*p*)=.000 R^2=.303					

*p<.001

Yapılan analiz sonuçlarına göre aleksitiminin psikolojik belirtileri anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur [*F* (1.451) = 196.264, *p*=.000]. Aleksitimi puanları psikolojik belirti puanlarının %30.3'ünü açıklamaktadır.

4.1.4 Değişkenlerin demografik özellikler açısından incelenmesi

Değişkenlerin demografik özelliklerden yaş ve cinsiyete göre nasıl farklılaştığının incelenebilmesi için iki yönlü ANOVA ve MANOVA yapılmıştır. Santrock (2012) 18-25 yaş aralığını yetişkinliğe geçiş dönemi, orta yetişkinlik dönemini 40-45 yaş aralığında başlayıp 60-65 yaş aralığına kadar süren bir dönem ve ileri yetişkinlik dönemini 60-65 yaş aralığından sonraki dönem olarak belirtmektedir. Bu çalışmada yetişkinliğe geçiş dönemi olarak belirtilen 18-25 yaş aralığı beliren yetişkinlik dönemi olarak ele alınmıştır (Arnett, 2004). Arnett (2004) 30'lu yaşlardaki kişilerin erken yetişkin olarak tanımlanmasının daha uygun olacağını belirtmektedir. Bu kapsamda, beliren yetişkinlik dönemi ile orta yetişkinlik dönemi arasında kalan 26-39 yaş aralığı genç/erken yetişkinlik dönemi olarak değerlendirilmiştir. Araştırmacılar ileri yetişkinlik dönemini genç yaşlılık ve yaşlı yaşlılık şeklinde gruplandırsa da katılımcı sayısının bu

yaş grubunda sınırlı olmasından dolayı 60+ yaş grubu ileri yetişkinlik dönemi olarak değerlendirilmiştir.

İlgili doğrultuda yaş kategorileri; beliren yetişkinlik (18-25), genç/erken yetişkinlik (26-39), orta yetişkinlik (40-59) ve ileri yetişkinlik (60+) grupları kapsamında incelenmiştir. 18-25 yaş grubundaki 180 katılımcının yaş ortalaması 22, 26-39 yaş grubundaki 135 katılımcının yaş ortalaması 30, 40-59 yaş grubundaki 117 katılımcının yaş ortalaması 50 ve 60+ yaş grubundaki 21 katılımcının yaş ortalaması 65 şeklinde belirlenmiştir.

4.1.4.1 Üstbilişsel faktörlerin yaş ve cinsiyet açısından incelenmesi

Üstbiliş Ölçeği-30 toplam puanının yaş ve cinsiyet açısından nasıl farklılaştığının incelenebilmesi için 4 (yaş) x 2 (cinsiyet) gruplar arası ANOVA yapılmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. ÜBO-30 Toplam Puanının Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Kategori	***Sd***	**Kareler Toplamı**	**Kareler Ortalaması**	***F***	***η2***
Cinsiyet	1	81.88	81.88	.47	.00
Yaş	3	1014.60	338.20	1.93	.01
Yaş x Cinsiyet	3	539.66	179.89	1.03	.01
Hata	445	77764.67	174.75		

Üstbiliş faktörleri toplam puanının cinsiyet [F (1, 445) = .47, p>.05], yaş [F (3, 445) = 1.93, p>.05] ve yaş ile cinsiyetin etkileşimine [F (3, 445) = 1.03, p>.05] göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

ÜBO-30 toplam puanının yaş ve cinsiyet gruplarındaki ortalama puan bilgileri Tablo 8'de belirtilmiştir.

Tablo 8. ÜBO-30 Toplam Puanının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri

	$\bar{X}$	***SS***
Cinsiyet		
Kadın	68.19	1.07
Erkek	66.92	1.50
Yaş		
18-25	68.71	1.01
26-39	67.14	1.18
40-59	64.83	1.36
60+	69.54	3.06
Yaş x Cinsiyet		

18-25	Kadın	67.46	1.27
	Erkek	69.97	1.57
26-39	Kadın	67.63	1.43
	Erkek	66.64	1.87
40-59	Kadın	66.15	1.44
	Erkek	63.51	2.30
60+	Kadın	71.50	3.53
	Erkek	67.57	4.97

Üstbiliş Ölçeği-30 alt ölçeklerin (kontrol edilemezlik-tehlike, olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık, bilişsel güven,) yaş ve cinsiyet açısından nasıl farklılaştığının incelenebilmesi için 4 (yaş) x 2 (cinsiyet) gruplar arası MANOVA yapılmıştır. Üstbilişsel faktörlerin alt boyutlarının cinsiyet [Wilks 'λ = .94, Multivariate F (5, 441) = 5.508, p<.001, $\eta 2$ = .06] ve yaşa [Wilks 'λ = .89, Multivariate F (15, 1217) = 3.446, p<.001, $\eta 2$ = .04] göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Alt boyutlardan hangilerinin yaşa ve cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaştığının belirlenmesi için Bonferroni düzeltmesi yapılıp tek değişkenli analizler gerçekleştirilmiştir. Bonferroni düzeltmesinde anlamlılık düzeyini ifade eden .05 değeri, bağımlı değişken sayısına (alt boyut sayısı) bölünerek yeni anlamlılık değeri tespit edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Değerin, alt boyut sayısı olan 5'e bölünmesi ile belirlenen yeni anlamlılık değeri .01 bulunmuştur. .01'den küçük olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Tablo 9. ÜBO-30 Alt Ölçeklerinin Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi

	Multivariate				**Univariate**		
Değişken	**Wilks 'λ**	***F***	***Sd***	***η2***	***F***	***Sd***	***η2***
Cinsiyet	.94	5.508***	5.441	.06			
ÜBO-1					.83	1.445	.00
ÜBO-2					1.34	1.445	.00
ÜBO-3					10.37**	1.445	.02
ÜBO-4					.00	1.445	.00
ÜBO-5					3.79	1.445	.01
Yaş	.89	3.446***	15.1217	.04			
ÜBO-1					2.48	3.445	.02
ÜBO-2					1.44	3.445	.01
ÜBO-3					7.57***	3.445	.05
ÜBO-4					3.83	3.445	.02
ÜBO-5					1.74	3.445	.01

Yaş x Cinsiyet	.96	1.340	15.1217	.01		
ÜBO-1					.24	3.445	.00
ÜBO-2					.86	3.445	.01
ÜBO-3					.41	3.445	.00
ÜBO-4					3.28	3.445	.02
ÜBO-5					2.06	3.445	.01

Not: *p<.05, **p<.01, ***p<.001. ÜBO-1=Olumlu İnançlar; ÜBO-2=Bilişsel Güven; ÜBO-3=Kontrol Edilemezlik-Tehlike; ÜBO-4=Bilişsel Farkındalık; ÜBO-5=Düşünceleri Kontrol İhtiyacı.

Kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutunun cinsiyet [F (1, 445) = 10.37, p<.01, $\eta 2$ = .02] ve yaşa [F (3, 445) = 7.57, p<.001, $\eta 2$ = .05] göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir.

ÜBO-30 alt ölçek puanlarının yaş ve cinsiyet gruplarındaki ortalama puan bilgileri Tablo 10'da belirtilmiştir.

Tablo 10. ÜBO-30 Alt Ölçek Puanlarının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri

ÜBO Alt Ölçekler	**Cinsiyet**	$\bar{X}$	***SS***	**ÜBO Alt Ölçekler**	**Yaş Kategorileri**	$\bar{X}$	***SS***
ÜBO-1	Kadın	12.33	.32	ÜBO-1	18-25	12.16	.31
	Erkek	12.84	.46		26-39	11.92	.36
					40-59	11.76	.41
					60+	14.50	.94
ÜBO-2	Kadın	12.10	.35	ÜBO-2	18-25	11.31	.33
	Erkek	11.39	.50		26-39	12.04	.39
					40-59	12.36	.45
					60+	11.28	1.01
ÜBO-3	Kadın	16.84	.37	ÜBO-3	18-25	17.35	.35
	Erkek	14.77	.52		26-39	16.42	.40
					40-59	14.70	.47
					60+	14.75	1.06
ÜBO-4	Kadın	13.72	.21	ÜBO-4	18-25	14.03	.20
	Erkek	13.70	.30		26-39	13.28	.24
					40-59	13.09	.27
					60+	14.46	.62
ÜBO-5	Kadın	13.18	.30	ÜBO-5	18-25	13.85	.28
	Erkek	14.19	.42		26-39	13.46	.33
					40-59	12.91	.38
					60+	14.53	.86

Not: ÜBO-1=Olumlu İnançlar; ÜBO-2=Bilişsel Güven; ÜBO-3=Kontrol Edilemezlik-Tehlike; ÜBO-4=Bilişsel Farkındalık; ÜBO-5=Düşünceleri Kontrol İhtiyacı.

Kontrol edilemezlik-tehlike alt boyut puan ortalamalarının kadınlarda 16.84 (*SS*= .37), erkeklerde 14.77 (*SS*= .52) olduğu belirlenmiştir. Kadınların endişelerin kontrol edilmesi gerektiğine dair üstbiliş inancının erkeklerden anlamlı olarak yüksek olduğu söylenebilmektedir. Kontrol edilemezlik-tehlike alt boyut puan ortalamalarının 18-25 yaş grubunda 17.35 (*SS*= .35), 26-39 yaş grubunda 16.42 (*SS*= .40), 40-59 yaş grubunda 14.70 (*SS*= .47) ve 60+ yaş grubunda 14.75 (*SS*= 1.06) olduğu belirlenmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin endişelerin kontrol edilmesi gerektiğine dair üstbiliş inançlarının orta yetişkinlik dönemindeki kişilere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<.01) (Tablo 10).

4.1.4.2 Psikolojik belirtilerin yaş ve cinsiyet açısından incelenmesi

Kısa Semptom Envanteri toplam puanının yaş ve cinsiyet açısından nasıl farklılaştığının incelenebilmesi için 4 (yaş) x 2 (cinsiyet) gruplar arası ANOVA yapılmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. KSE Toplam Puanının Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Kategori	***Sd***	**Kareler Toplamı**	**Kareler Ortalaması**	***F***	***η2***
Cinsiyet	1	772.78	772.78	.87	.00
Yaş	3	72980.68	24326.89	27.56**	.16
Yaş x Cinsiyet	3	1199.18	399.73	.45	.00
Hata	445	392848.08	882.80		

**p<.001

Kısa Semptom Envanteri toplam puanının yaşa [F (3, 445) = 27.56, p<.001] göre farklılaşıp cinsiyet [F (1, 445) = .87, p>.05] ve yaş ile cinsiyetin etkileşimine [F (3, 445) = .45, p>.05] göre farklılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 11).

KSE toplam puanının yaş açısından gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde 18-25 yaş grubunun ($\bar{X}$= 55.22, *SS*= 2.27) 26-39 ($\bar{X}$= 36.75, *SS*= 2.65), 40-59 ($\bar{X}$= 24.51, *SS*= 3.15) ve 60+ ($\bar{X}$= 17.64, *SS*= 6.88) yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç, orta ve ileri yetişkinlik dönemlerindeki kişilerden daha fazla genel psikolojik belirti yaşadığı söylenebilmektedir.

KSE toplam puanının yaş ve cinsiyet gruplarındaki ortalama puan bilgileri Tablo 12'de belirtilmiştir.

Tablo 12. KSE Toplam Puanının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri

		$\bar{X}$	*SS*
Cinsiyet			
Kadın		35.47	2.40
Erkek		31.59	3.38
Yaş			
18-25		55.22	2.27
26-39		36.75	2.65
40-59		24.51	3.15
60+		17.64	6.88
Yaş x Cinsiyet			
18-25	Kadın	54.71	2.85
	Erkek	55.73	3.53
26-39	Kadın	39.13	3.22
	Erkek	34.38	4.20
40-59	Kadın	28.05	3.24
	Erkek	20.97	5.17
60+	Kadın	20.00	7.94
	Erkek	15.29	11.23

KSE alt ölçeklerin (anksiyete, hostilite, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon) yaş ve cinsiyet açısından nasıl farklılaştığının incelenebilmesi için 4 (yaş) x 2 (cinsiyet) gruplar arası MANOVA yapılmıştır. KSE alt boyutlarının yaşa [Wilks 'λ = .80, Multivariate F (15, 1217) = 6.675, p<.001, $\eta 2$ = .07] göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir (Tablo 13).

Alt boyutlardan hangilerinin yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığının belirlenmesi için Bonferroni düzeltmesi yapılıp tek değişkenli analizler gerçekleştirilmiştir. Bonferroni düzeltmesinde anlamlılık düzeyini ifade eden .05 değeri, bağımlı değişken sayısına (alt boyut sayısı) bölünerek yeni anlamlılık değeri tespit edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Değerin, alt boyut sayısı olan 5'e bölünmesi ile belirlenen yeni anlamlılık değeri .01 bulunmuştur. .01'den küçük olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Tablo 13. KSE Alt Ölçeklerinin Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi

	Multivariate				Univariate		
Değişken	**Wilks 'λ**	***F***	***Sd***	***η2***	***F***	***Sd***	***η2***
Cinsiyet	.98	1.449	5.441	.02			
KSE-1					.33	1.445	.00
KSE-2					1.56	1.445	.00
KSE-3					2.69	1.445	.01
KSE-4					.02	1.445	.00
KSE-5					.23	1.445	.00
Yaş	.80	6.675***	15.1217	.07			
KSE-1					21.25***	3.445	.12
KSE-2					8.71***	3.445	.05
KSE-3					26.96***	3.445	.15
KSE-4					27.06***	3.445	.15
KSE-5					21.30***	3.445	.13
Yaş x Cinsiyet	.98	.471	15.1217	.00			
KSE-1					.31	3.445	.00
KSE-2					.58	3.445	.00
KSE-3					.33	3.445	.00
KSE-4					.46	3.445	.00
KSE-5					.72	3.445	.00

Not: *p<.05, **p<.01 ***p<.001. KSE-1=Anksiyete; KSE-2=Somatizasyon; KSE-3=Depresyon; KSE-4=Olumsuz Benlik; KSE-5=Hostilite.

Anksiyete [F (3, 445) = 21.25, p<.001, $\eta 2$ = .12], somatizasyon [F (3, 445) = 8.71, p<.001, $\eta 2$ = .05], depresyon [F (3, 445) = 26.96, p<.001, $\eta 2$ = .15], olumsuz benlik [F (3, 445) = 27.06, p<.001, $\eta 2$ = .15] ve hostilite [F (3,445) = 21.30, p<.001, $\eta 2$ = .13] alt boyutlarının yaşa göre farklılaştığı tespit edilmiştir (Tablo 13).

Anksiyete alt ölçek puan ortalamalarının 18-25 yaş grubunda 11.91 (*SS*= .58), 26-39 yaş grubunda 7.70 (*SS*= .68), 40-59 yaş grubunda 5.10 (*SS*= .78) ve 60+ yaş grubunda 2.96 (*SS*= 1.77) olduğu belirlenmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç, orta ve ileri yetişkinlik dönemlerindeki kişilere kıyasla anksiyete düzeylerinde anlamlı bir yükseklik olduğu belirlenmiştir (p<.01). Somatizasyon alt ölçek puan ortalamalarının 18-25 yaş grubunda 5.61 (*SS*= .33), 26-39 yaş grubunda 3.60 (*SS*= .39), 40-59 yaş grubunda 3.23 (*SS*= .45) ve 60+ yaş grubunda 2.71 (*SS*= 1.02) olduğu tespit edilmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç ve orta yetişkinlik dönemlerindeki kişilere kıyasla somatizasyon düzeylerinde anlamlı bir yükseklik olduğu belirlenmiştir (p<.01). Depresyon alt ölçek puan ortalamalarının 18-25 yaş grubunda 16.39 (*SS*= .67), 26-39 yaş grubunda 11.29 (*SS*= .78), 40-59 yaş grubunda 7.29 (*SS*= .90) ve 60+ yaş

grubunda 5.28 (*SS*= 2.04) olduğu belirlenmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç, orta ve ileri yetişkinlik dönemlerindeki kişilere kıyasla; genç yetişkinlik dönemindeki kişilerin de orta yetişkinlik dönemindeki kişilere kıyasla depresyon düzeylerinde anlamlı bir yükseklik olduğu belirlenmiştir (p<.01). Olumsuz benlik alt ölçek puan ortalamalarının 18-25 yaş grubunda 13.00 (*SS*= .59), 26-39 yaş grubunda 7.85 (*SS*= .69), 40-59 yaş grubunda 4.94 (*SS*= .80) ve 60+ yaş grubunda 3.89 (*SS*= 1.80) olduğu belirlenmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin diğer yaş dönemlerindeki kişilere kıyasla olumsuz benlik düzeylerinde anlamlı bir yükseklik olduğu tespit edilmiştir (p<.01). Hostilite alt ölçek puan ortalamalarının 18-25 yaş grubunda 8.28 (*SS*= .36), 26-39 yaş grubunda 6.29 (*SS*= .42), 40-59 yaş grubunda 3.91 (*SS*= .48) ve 60+ yaş grubunda 2.78 (*SS*= 1.09) olduğu bulunmuştur. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç, orta ve ileri yetişkinlik dönemlerindeki kişilere kıyasla; genç yetişkinlik dönemindeki kişilerin de orta yetişkinlik dönemindeki kişilere kıyasla öfke-saldırganlık (hostilite) düzeylerinde anlamlı bir yükseklik olduğu tespit edilmiştir (p<.01).

KSE alt ölçek puanlarının yaş ve cinsiyet gruplarındaki ortalama puan bilgileri Tablo 14'te belirtilmiştir.

Tablo 14. KSE Alt Ölçek Puanlarının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri

KSE Alt Ölçekler	**Cinsiyet**	$\bar{X}$	***SS***	**KSE Alt Ölçekler**	**Yaş Kategorileri**	$\bar{X}$	***SS***
KSE-1	Kadın	7.23	.61	KSE-1	18-25	11.91	.58
	Erkek	6.61	.87		26-39	7.70	.68
					40-59	5.10	.78
					60+	2.96	1.77
KSE-2	Kadın	4.18	.35	KSE-2	18-25	5.61	.33
	Erkek	3.40	.50		26-39	3.60	.39
					40-59	3.23	.45
					60+	2.71	1.02
KSE-3	Kadın	11.07	.71	KSE-3	18-25	16.39	.67
	Erkek	9.05	1.00		26-39	11.29	.78
					40-59	7.29	.90
					60+	5.28	2.04
KSE-4	Kadın	7.50	.63	KSE-4	18-25	13.00	.59
	Erkek	7.35	.88		26-39	7.85	.69
					40-59	4.94	.80
					60+	3.89	1.80

KSE-5	Kadın	5.48	.38	KSE-5	18-25	8.28	.36
	Erkek	5.16	.54		26-39	6.29	.42
					40-59	3.91	.48
					60+	2.78	1.09

Not: KSE-1=Anksiyete; KSE-2=Somatizasyon; KSE-3=Depresyon; KSE-4=Olumsuz Benlik; KSE-5=Hostilite.

4.1.4.3 Aleksitiminin yaş ve cinsiyet açısından incelenmesi

TAÖ-20 toplam puanının yaş ve cinsiyet açısından nasıl farklılaştığının incelenebilmesi için 4 (yaş) x 2 (cinsiyet) gruplar arası ANOVA yapılmıştır. TAÖ-20 toplam puanının yaşa [F (3, 445) = 10.71, p<.001] ve yaş ile cinsiyetin etkileşimine [F (3, 445) = 3.52, p<.05] göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 Toplam Puanının Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Kategori	***Sd***	**Kareler Toplamı**	**Kareler Ortalaması**	***F***	***η2***
Cinsiyet	1	47.95	47.95	.65	.00
Yaş	3	2364.21	788.07	10.71**	.07
Yaş x Cinsiyet	3	777.93	259.31	3.52*	.02
Hata	445	32750.46	73.60		

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

TAÖ-20 toplam puanının yaş ve yaş ile cinsiyetin etkileşimine göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde 18-25 yaş grubunun ($\bar{X}$= 48.64, *SS*= .65) 26-39 yaş grubuna ($\bar{X}$= 44.94, *SS*= .76) ve 40-59 yaş grubuna ($\bar{X}$= 42.82, *SS*= .88) göre anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç ve orta yetişkinlik dönemlerindeki kişilerden daha fazla aleksitimik özellik yaşadığı söylenebilmektedir. Beliren yetişkinlik döneminde yer alan kadınların TAÖ-20 toplam puanından ortalama 46.79 (*SS*= .82), erkeklerin 50.49 (*SS*= 1.02) puan aldığı belirlenmiştir. 18-25 yaş aralığında bulunan erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla aleksitimik özellik gösterdiği tespit edilmiştir.

TAÖ-20 toplam puanının yaş ve cinsiyet gruplarındaki ortalama puan bilgileri Tablo 16'da belirtilmiştir.

Tablo 16. TAÖ-20 Toplam Puanının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri

		$\bar{X}$	*SS*
Cinsiyet			
Kadın		44.65	.69
Erkek		45.62	.98
Yaş			
18-25		48.64	.65
26-39		44.94	.76
40-59		42.82	.88
60+		44.14	1.99
Yaş x Cinsiyet			
18-25	Kadın	46.79	.82
	Erkek	50.49	1.02
26-39	Kadın	46.12	.93
	Erkek	43.76	1.21
40-59	Kadın	43.27	.94
	Erkek	42.36	1.49
60+	Kadın	42.43	2.29
	Erkek	45.86	3.24

TAÖ-20 alt ölçeklerin (duyguları tanıma güçlüğü, dışa dönük düşünme, duyguları söze dökme güçlüğü) yaş ve cinsiyet açısından nasıl farklılaştığının incelenebilmesi için 4 (yaş) x 2 (cinsiyet) gruplar arası MANOVA yapılmıştır. Aleksitimi alt boyutlarının yaşa [Wilks 'λ = .88, Multivariate F (9, 1078) = 6.142, p<.001, $\eta 2$ = .04] göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir (Tablo 17).

Alt boyutlardan hangilerinin yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığının belirlenmesi için Bonferroni düzeltmesi yapılıp tek değişkenli analizler gerçekleştirilmiştir. Bonferroni düzeltmesinde anlamlılık düzeyini ifade eden .05 değeri, bağımlı değişken sayısına (alt boyut sayısı) bölünerek yeni anlamlılık değeri tespit edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Değerin, alt boyut sayısı olan 3'e bölünmesi ile belirlenen yeni anlamlılık değeri .016 bulunmuştur. .016'dan küçük olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Tablo 17. TAÖ-20 Alt Ölçeklerinin Yaş ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi

	Multivariate				Univariate		
Değişken	**Wilks 'λ**	***F***	***Sd***	***η2***	***F***	***Sd***	***η2***
Cinsiyet	.99	1.844	3.443	.01			
TAÖ-20-1					.30	1.445	.00
TAÖ-20-2					.13	1.445	.00
TAÖ-20-3					4.87	1.445	.01
Yaş	.88	6.142***	9.1078	.04			
TAÖ-20-1					14.62***	3.445	.09
TAÖ-20-2					12.82***	3.445	.08
TAÖ-20-3					.48	3.445	.00
Yaş x Cinsiyet	.97	1.310	9.1078	.01			
TAÖ-20-1					2.26	3.445	.01
TAÖ-20-2					2.78	3.445	.02
TAÖ-20-3					1.02	3.445	.01

Not: *p<.05, **p<.016, ***p<.001. TAÖ-20-1=Duyguları Tanımada Güçlük; TAÖ-20-2=Duyguları Söze Dökmede Güçlük; TAÖ-20-3=Dışa Dönük Düşünme.

Duyguları tanımada güçlük [F (3, 445) = 14.62, p<.001, $\eta 2$ = .09] ve duyguları söze dökmede güçlük [F (3, 445) = 12.82, p<.001, $\eta 2$ = .08] alt boyutlarının yaşa göre farklılaştığı tespit edilmiştir (Tablo 17).

Duyguları tanıma güçlüğü alt ölçek puan ortalamalarının 18-25 yaş grubunda 14.36 (*SS*= .35), 26-39 yaş grubunda 12.14 (*SS*= .41), 40-59 yaş grubunda 10.66 (*SS*= .47) ve 60+ yaş grubunda 11.57 (*SS*= 1.06) olduğu belirlenmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç ve orta yetişkinlik dönemlerindeki kişilere kıyasla duyguları tanıma güçlüklerinde anlamlı bir yükseklik belirlenmiştir (p<.016). Duyguları söze dökme güçlüğü alt ölçek puan ortalamalarının 18-25 yaş grubunda 12.51 (*SS*= .27), 26-39 yaş grubunda 10.58 (*SS*= .32), 40-59 yaş grubunda 10.02 (*SS*= .36) ve 60+ yaş grubunda 10.14 (*SS*= .83) olduğu tespit edilmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç ve orta yetişkinlik dönemlerindeki kişilere kıyasla duyguları söze dökme güçlüklerinde anlamlı bir yükseklik bulunmuştur (p<.016) (Tablo 18).

TAÖ-20 alt ölçek puanlarının yaş ile cinsiyet gruplarındaki ortalama puan bilgileri Tablo 18'de belirtilmiştir.

Tablo 18. TAÖ-20 Alt Ölçek Puanlarının Yaşa ve Cinsiyete İlişkin Ortalama Değerleri

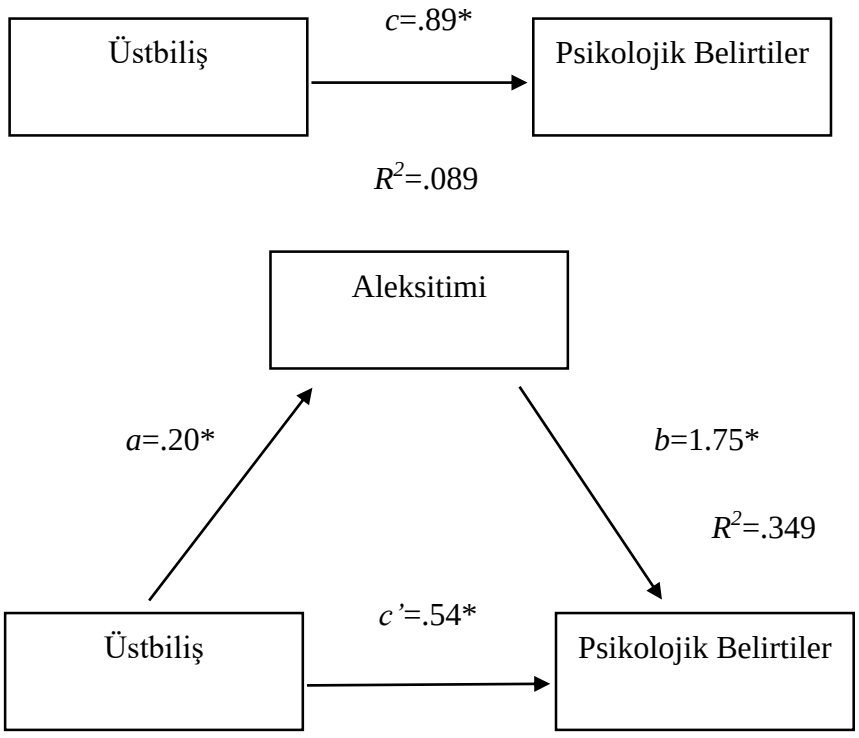
TAÖ Alt Ölçekler	Cinsiyet	$\bar{X}$	SS	TAÖ Alt Ölçekler	Yaş Kategorileri	$\bar{X}$	SS
TAÖ-1	Kadın	12.36	.37	TAÖ-1	18-25	14.36	.35
	Erkek	12.00	.52		26-39	12.14	.41
					40-59	10.66	.47
					60+	11.57	1.06
TAÖ-2	Kadın	10.72	.29	TAÖ-2	18-25	12.51	.27
	Erkek	10.90	.40		26-39	10.58	.32
					40-59	10.02	.36
					60+	10.14	.83
TAÖ-3	Kadın	21.56	.29	TAÖ-3	18-25	21.76	.28
	Erkek	22.70	.42		26-39	22.20	.33
					40-59	22.12	.38
					60+	22.42	.85

Not: TAÖ-20-1=Duyguları Tanımada Güçlük; TAÖ-20-2=Duyguları Söze Dökmede Güçlük; TAÖ-20-3=Dışa Dönük Düşünme.

4.1.5 Üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolü

Aracı değişken analizinde bağımsız değişken olan üstbiliş X ile, bağımlı değişken olan psikolojik belirtiler Y ile ve aracı değişken olan aleksitimi M ile belirtilerek analizlere dahil edilmiştir. X ile M arası '*a*' yolu, M ile Y arası '*b*' yolu, X ile Y arası '*c*' yolu ve X ile Y arasındaki ilişkiye M değişkeninin eklendiği modelde bu yol '*c"* olarak belirtilmiştir.

Üstbiliş aleksitimiyi [a = .20, t (451) = 6.64, %95 GA (.14, .26), p<.001], aleksitimi de psikolojik belirtileri [b = 1.75, t (450) = 12.13, %95 GA (1.46, 2.03), p<.001] pozitif yönlü anlamlı olarak yordamaktadır (Şekil 2). İlgili modelden, üstbiliş puanlarındaki bir birimlik artışın aleksitimi puanlarında 0.20 birimlik bir artışa yol açacağı anlaşılmaktadır. Aleksitimi puanlarındaki bir birimlik artışın da psikolojik belirti puanlarında 1.75 birimlik bir artışa yol açacağı anlaşılmaktadır. Toplam ve dolaylı etkilere dair bilgiler Şekil 2'de gösterilmektedir.



Şekil 2. Üstbiliş ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkide Aleksitiminin Aracı Rolüne İlişkin Model

Not: Anlamlı aracılık etkileri için standardize olmayan beta katsayıları belirtilmiştir (*p<.001).

Üstbilişin psikolojik belirtiler üzerindeki toplam etkisinin [c = .89, t (451) = 8.43, %95 GA (.68, 1.10), p<.001] anlamlı olmaya devam ettiği ve aracı değişken (aleksitimi) modele dahil edildiğinde bu anlamlılığın azaldığı tespit edilmiştir [c' = .54, t (450) = 5.63, %95 GA (.35, .73), p<.001]. İki değişken arasındaki anlamlı ilişkinin üçüncü bir değişkenin dahil olmasıyla azalıp %95 güven aralığının alt ile üst değerleri arasında sıfır değerinin bulunmaması sebebiyle aracı etkiden söz edilebilmektedir (Preacher ve Hayes, 2008). İlgili modele göre kişilerin üstbiliş faaliyetleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiye aleksitiminin aracılık ettiği görülmektedir. Olumsuz tarzda üstbiliş faaliyetleri aleksitimideki değişimin %8.9'unu açıklamaktadır (R^2 = .089). Olumsuz tarzda üstbiliş ile aleksitimi birlikte ise psikolojik belirtilerdeki değişimin %34.9'unu açıklamaktadır (R^2 = .349).

4.2 Tartışma

Bu araştırmada aleksitiminin üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aracı etkisinin olacağı öngörülüp hipotezler bu kapsamda oluşturulmuştur. Hipotezler doğrultusunda öncelikle üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi arasındaki ilişkiler ve değişkenlerin demografik özelliklere (yaş ve cinsiyet) göre farklılaşması incelenmiştir. Daha sonra üstbilişin aleksitimi ile psikolojik belirtiler üzerindeki yordayıcılığı, aleksitiminin psikolojik belirtiler üzerindeki yordayıcılığı ve aracılık analizi ile aleksitiminin aracı rolü incelenmiştir.

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular, ilgili literatür bulguları doğrultusunda tartışılmaktadır. Öncelikle değişkenlerin birbirleri ile ilişkileri değerlendirilmektedir. Daha sonra değişkenlerin yaş ve cinsiyete göre farklılıklarına yönelik bulgular ile aleksitiminin aracı etkisine yönelik bulgular diğer araştırma bulgularıyla karşılaştırılıp değerlendirilmektedir.

4.2.1 Üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi arasındaki korelasyon ve basit doğrusal regresyon analizlerinin değerlendirilmesi

Üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasında yapılan korelasyon ve regresyon analizleri incelendiğinde; üstbilişin psikolojik belirtilerin %13.6'sını açıkladığı tespit edilmiştir. Kişilerin olumsuz üstbiliş faaliyetlerinin artması ile genel psikolojik belirti düzeylerinin arttığı söylenebilir. Olumsuz üstbiliş faaliyetleri devam ettikçe depresyon ve anksiyete belirtilerinin de devam ettiğini belirten çalışmalar mevcuttur (Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2011). Majör depresif bozukluk ve panik bozukluk tanısı almış kişilerin kontrol grubuna kıyasla üstbiliş toplam puanlarında anlamlı bir yükseklik olduğu alanyazında belirtilmektedir (Özsoy ve Kuloğlu, 2017). İlgili bulgu literatür ile örtüşmektedir (Yılmaz vd., 2015; Wells ve Carter, 2001).

Kişilerin kendi dikkat, bellek ve bilişsel süreçlerine güvenmemesi benliklerine dair olumsuz bir algı geliştirmelerine, bu durumun da psikolojik belirti oluşumu ve gelişimine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda bilişsel süreçlere olan güvensizlik, duygu süreçlerini tanıma noktasında da güçlük yaratabilir. Psikolojik belirti düzeyi fazla olan kişilerin, düşünce içeriklerine veya belleklerine fazla güvenmeyip

düşüncelerini baskıladıkları ve bilişsel süreçlerine güvenmemeye devam ederek bu döngüyü sürdürdükleri düşünülmektedir. Olumsuz inançlarla birlikte ruminatif düşünceye ve olumsuz duygulara daha fazla odaklanılmasının özellikle depresif belirtileri arttırdığı bilinmektedir (Safrancı, 2010). Bu durum da baş etme mekanizmalarının etkili kullanımının sınırlanmasına neden olabilir (Yazıhan ve Yelboğa, 2019). İçinde bulunulan olumsuz sosyoekonomik ve çevresel koşullardan, stresörlerden veya sağlıklarından endişe eden kişilerin psikolojik belirtileri ile endişelerin ve düşüncelerin kontrol edilemeyeceğine yönelik inançları artabilir. Bir çalışmada travmatik stresörlerin kontrol edilemez bulunmasının kişilerde psikolojik sıkıntı düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (Ehlers ve Clark, 2000). Kişilerin endişelenmeye dair endişeleri arttığında stres düzeylerinin de artıp işlevsel olmayan baş etme stratejileri kullanarak daha fazla psikolojik belirti deneyimledikleri düşünülmektedir. Bununla birlikte artan olumsuz duygudurum, duygu ifadesinde güçlüğe neden olabilir.

Olumlu inançlar alt boyutunun depresyon ile bilişsel farkındalık alt boyutunun da somatizasyon ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Endişelenmenin fayda sağlayabileceği yönündeki olumlu inançlar ile depresyon düzeyi arasında ve düşünceler ile yoğun uğraş içerisinde olmanın da somatizasyon ile bir ilişkisi olmadığı söylenebilir. Yaşlı bireylerle yürütülen bir çalışmada olumlu inançlar ile depresyon arasında ve bilişsel farkındalık ile somatizasyon arasında bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir (Baltacı, 2018).

Üstbiliş ile aleksitimi arasında yapılan korelasyon ve regresyon analizleri incelendiğinde; üstbilişin aleksitiminin %8.9'unu açıkladığı tespit edilmiştir. Kişilerin olumsuz üstbiliş faaliyeti arttıkça aleksitimik özelliklerinin arttığı söylenebilir. Literatürde negatif üstbiliş faktörlerinin duyguların işlenmesini farklılaştırdığı belirtilmektedir (Yazıhan ve Yelboğa, 2019). Bu nedenle duygu süreçlerini düzenleyen yapıdaki aksaklığın duygu süreçlerini farklılaştırması beklenen bir bulgudur. İlgili bulgu, literatürde bulunan araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Babaei vd., 2016). Ancak alanyazında aleksitimi ile üstbiliş arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma bulguları tutarlı değildir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı ile dışa dönük düşünme ve duyguları tanıma güçlüğü arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Quattropani, Lenzo, Fries ve Belvedere, 2014). Bu çalışmada dışa dönük düşünme, bilişsel farkındalık harici hiçbir üstbiliş faaliyeti ile ilişkili bulunmamıştır. Bilişsel

farkındalığın literatürde aleksitiminin en önemli yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (Babaei vd., 2015). Bu çalışmada ise bilişsel farkındalığın aleksitimi toplam puanı ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı ve dışa dönük düşünme ile de negatif yönlü ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Bilişsel farkındalık düzeyinin artması ile kendi düşünce süreçlerini daha fazla izleyen kişilerin çevre odaklarının azaldığı söylenebilir. Genel olarak üstbilişin hiçbir alt boyutunun dışa dönük düşünme ile ilişkili bulunmaması, aleksitimik özellik gösteren kişilerin genellikle içsel düşünce süreçleriyle daha fazla ilgilenmeleri kapsamında açıklanabilir (Çelikbaş vd., 2018).

Aleksitimi ile psikolojik belirtiler arasında yapılan korelasyon ve regresyon analizleri incelendiğinde; aleksitiminin psikolojik belirtilerin %30.3'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Aleksitimik özellikler arttıkça genel psikolojik belirtilerin arttığı söylenebilir. İlgili bulgu literatür ile örtüşmektedir (Oktay ve Batıgün, 2014). Alanyazında belirtildiği gibi aleksitiminin genel olarak sosyal iletişimde güçlük oluşturduğu dikkate alındığında duygu düzenlemede ve empati becerilerinde yaşanan güçlüklerin psikolojik ve sosyal sorunları arttırdığı düşünülmektedir. Olumsuz benlik algısı ve çökkün duygudurum da yüksek aleksitimik özelliklerle paralel olarak kişilerarası ilişkileri sekteye uğratmaktadır. Genel olarak psikolojik belirtilerin hiçbir alt boyutunun dışa dönük düşünme ile ilişkili bulunmaması; kişilerin çökkün duygudurum yaşadıklarında, kaygılı hissettiklerinde veya benlik algılarıyla olumsuz yönde fazla uğraş halinde olduklarında odaklarının içe döneceği kapsamında açıklanabilir.

4.2.2 Değişkenlerin demografik özellikler açısından değerlendirilmesi

4.2.2.1 Cinsiyete göre üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi düzeylerinin değerlendirilmesi

Üstbiliş faktörlerinden kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutu cinsiyetler arası anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kadınların endişelerin kontrol edilmesi gerektiğine dair üstbiliş inancının erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu boyut hem endişelerin kontrol edilmesi gerektiği hem de endişelerin kontrol edilemeyeceği yönündeki iki boyuttan oluşmaktadır.

Literatürde ilgili alt boyuttan kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek puan aldığını (Tosun ve Irak, 2008) ve üstbiliş faaliyetlerinin cinsiyetler arası anlamlı olarak farklılaşmadığını (Bembenutty, 2007; Lenzo, Toffle, Tripodi ve Quattropani, 2016) belirten çalışmalar bulunmaktadır. Ancak üstbiliş faaliyetlerinin cinsiyetler arası karşılaştırmasının genellikle akademik başarı, öğrenme ve okuma stratejileri bağlamında incelendiği görülmektedir. Okuma stratejilerinin öğrenci örnekleminde incelendiği bir çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla daha sık üstbilişsel strateji kullandığı belirlenmiştir (Koyuncu, Buluş ve Fırat, 2022). Öğrenme ve üstbilişsel stratejilerin araştırıldığı bir başka çalışmada da kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla daha fazla üstbilişsel strateji kullanma ihtimali olduğu belirlenmiştir (Callan, Marchant, Finch ve German, 2016).

Endişelerin kontrol edilemez olduğu konusundaki üstbiliş farklılıkları kültürlerarası yapılan çalışmalar kapsamında değerlendirilmiştir. Büyüme döneminde çocukların sosyal çevrelerinden farklı mesajlar alarak yetiştirildikleri belirtilmektedir. Örneğin kız çocukların pasif, çaresiz ve bağımlı özellikler çerçevesinde yetiştirilmesi; erkek çocuklara kıyasla sosyal çevrelerinde daha uygun olarak değerlendirilmektedir. (Farina, 1981). Olumsuz üstbiliş faaliyetlerinde yaşanan artış endişeye odaklanmayı beraberinde getirmektedir. Araştırmalarda erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla problem temelli başa çıkma stratejisi kullandıkları, kadınların da erkeklere kıyasla daha fazla endişe ile daha işlevsiz baş etme stratejileri kullanarak (düşünceleri bastırma) güvence aradıkları ifade edilmektedir (Lenzo vd., 2016; Safrancı, 2010). Bu kapsamda endişelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğu yönündeki üstbilişsel inançların kadınlarda erkeklere kıyasla yüksek bulunması bulgusu işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile açıklanabilir.

Literatürde belirtilen bilgilerin yanı sıra üstbilişin cinsiyetler arası farklılığına dair daha detaylı araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilebilir. Bu doğrultuda ilgili bulgunun gelecek çalışmalarla karşılaştırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, depresyon ve hostilite puanlarının cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde lise öğrencileriyle gerçekleştirilen bir çalışmada, psikolojik belirtilerin cinsiyetler arası anlamlı olarak

farklılaştığı ve Kısa Semptom Envanteri'nin tüm alt boyutlarından kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla daha yüksek aldıkları belirlenmiştir (Düzgün, 1995). Kısa Semptom Envanteri'nin sadece somatizasyon boyutundan kadınların anlamlı düzeyde yüksek puan alıp diğer alt boyutlar arasında cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Temelcioğlu Tunalı, 2020). Benk (2006) genel psikolojik belirti ortalamalarının kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu ancak bu farklılığın anlamlı düzeyde olmadığını belirtmektedir. İlgili farklılığın anlamlı olduğunu belirten bulgular da mevcuttur (Sarı, 2008). Majör depresif bozukluğun kadınlarda görülen yaşam boyu yaygınlığının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu ile anksiyete ve majör depresyonun kadınlarda daha yaygın görüldüğü aktarılmaktadır (Kring vd., 2015; Özpoyraz ve Taman, 1998).

İlgili bulgu değerlendirilirken katılımcıların her yaş dönemine homojen dağılmadığı dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda psikolojik belirti düzeyini arttırabilen diğer faktörler (sosyoekonomik düzey, iş/aile yaşantıları gibi) bu araştırma kapsamında incelenmemiştir. İlgili bulgunun yaş dönemlerinin özellikleri ile diğer demografik bilgiler ve çevresel faktörler kapsamında daha detaylı araştırılmasının faydalı olabileceği belirtilebilir.

Bu araştırmada 18-25 yaş aralığındaki erkeklerin kadınlara kıyasla aleksitimi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde cinsiyetler arası karşılaştırmanın yapıldığı çalışmalar incelendiğinde çelişkili bulgular belirlenmiştir. Erkeklerin kadınlardan daha aleksitimik olduğunu (Mattila vd., 2007) ve cinsiyetler arası anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığını belirten bulgular mevcuttur (Batıgün ve Büyükşahin, 2008). 18-25 yaş aralığındaki kişilerde aleksitimik özelliklere dair literatür incelenirken üniversite öğrencileriyle yapılan araştırmalar incelenmiştir. Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada erkek öğrencilerin kadın öğrencilere kıyasla aleksitimi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Türk, 1992). Başka bir araştırmada aleksitiminin erkek öğrenciler arasında %52, kadın öğrenciler arasında %49 olduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalıklara sahip olmanın, erken dönem olumsuz çocukluk deneyimlerinin (istismar) ve sigara kullanımının bu farklılaşmada etkisi olduğu belirtilmiştir (Alzahrani, Coumaravelou, Mahmoud, Beshawri ve Algetham, 2020). Üniversite öğrencileri örnekleminde gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise

aleksitimik özelliklerde cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Ünal, 2004). Dolayısıyla ilgili örneklemde yapılan araştırma bulguları tutarlılık göstermemektedir.

Duygu ifadelerindeki biyolojik, sosyal ve kültürel farklılaşma kapsamında cinsiyetler arası farklılıklar incelendiğinde; kadınların duygusal uyaranlara daha fazla tepki verip duygularını erkeklere kıyasla daha fazla aktardığı belirlenmiştir (Davis vd., 2012). Türkiye'nin toplulukçu temelli bir yapıda olduğu (Tunay-Akan ve Barışkın, 2016; Uyar, 2019) ile toplulukçu kültürlerde duyguların açıkça ifade edilmesine olanak sağlanmadığı bilinmektedir (Matsumoto, 2006). Toplulukçu kültürlerde duygu ifadeleri yüksek kişilerin olgun olmayan kişiler olarak kabul edildiği ifade edilmektedir (Trommsdorff ve Rothbaum, 2008). İlgili değerlendirmede toplumsal cinsiyet rollerinin de etkisi olabileceği düşünüldüğünde, Türkiye örnekleminde erkek katılımcıların aleksitimik özelliklerinin daha yüksek olması anlaşılabilmektedir.

Duygu ifadelerinin kültürel ve sosyal temeline ek olarak gelişimsel çerçevesi de bulunmaktadır. Beliren yetişkinlik dönemi ergenlikten yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlandığı için bu dönemin kişilerin yaşantılarında kimlik arayışı yaşadığı ve arada kalmış hissettikleri bir dönem olduğu bilinmektedir (Arnett, 2001; Santrock, 2012). Bu dönemde kişiler yaşantılarındaki temel değişiklikler ile aileden yeni uzaklaşma nedeniyle kararsız duygular yaşayabilmektedir (Arnett, 2004). Türkiye'de bu yaş grubundaki kişilerin genel olarak lisans eğitimi nedeniyle farklı şehirlere taşındıkları söylenebilir. Kişilerin bağımsızlık kazandıkça sosyokültürel ve çevresel öğretilerinin değişebileceği düşünülürken gelişimsel süreçte aileden öğrenilen duyguları ifade etme, tanımlama ve tanıma yeteneklerinin beliren yetişkinlik döneminde de varlığını koruyabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmanın ilgili bulgusunun alanyazın ile uyumlu olduğu söylenebilir.

4.2.2.2 Yaşa göre üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitimi düzeylerinin değerlendirilmesi

Üstbiliş faktörlerinden kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutunun yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Literatürde üstbilişin ilgili alt boyutunun yaş ile negatif yönlü ilişkili olduğu belirtilmektedir (Tosun ve Irak, 2008).

Bu çalışmada ise beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutundan orta yetişkinlik dönemindeki kişilere kıyasla daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Literatürden farklı çıkan bu bulguda katılımcıların bireysel özelliklerinin etkisinin olabileceği düşünülmektedir. İlgili bulgunun yaş dönemlerinin özellikleri ve diğer demografik bilgiler kapsamında daha detaylı araştırılmasının faydalı olabileceği belirtilebilir.

Araştırma bulgularında beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç, orta ve ileri yetişkinlik dönemindeki kişilere kıyasla daha fazla genel psikolojik belirti yaşadığı belirlenmiştir. Anksiyete, olumsuz benlik, depresyon ve öfke-saldırganlık (hostilite) düzeylerinde anlamlı bir artış olduğu tespit edilmiştir.

Beliren yetişkinlik döneminin kişiler için hem pek çok fırsat (bağımsızlık kazanma) hem de pek çok belirsizlik (kariyer, romantik ilişki) ve değişim (keşif, aile yanından ayrılma) barındırdığını söylemek mümkündür. Örneğin alanyazında romantik ilişkilerin sonlanmasının ilgili dönemde sarsıcı deneyimlendiğini belirtilmektedir (Boelen ve Reijntjes, 2009). Belirtilen dönemin kültüre özgü olarak farklılık gösterebileceği de aktarılmaktadır (Doğan ve Cebioğlu, 2011). Beliren yetişkinlik döneminde belirgin olarak yaşanan temel özellikler; istikrarsızlık, arada kalmışlık, kendine odaklanma, kimlik arayışı ve sonsuz olanaklar şeklinde belirtilmektedir (Arnett, 2000). 18-25 yaş aralığında bulunup Türkiye'de yaşayan kişilerin ekonomik ve kültürel koşullar gereği kimlik keşiflerinin daha sınırlı olabileceği ifade edilmektedir (Doğan ve Cebioğlu, 2011). Aynı zamanda kişilerin işsizlik seviyesindeki artış nedeniyle yaşamlarının ailelerine bağımlı olarak devam edebileceği ve deneyimlerinin sınırlanacağı düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda, bireylerde geleceğe yönelik oluşan kaygının depresif belirtiler için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Arslan, Ayrancı, Ünsal ve Arslantaş, 2009). Maddi olarak da ailesine bağımlı olan yetişkinlerin diğer yaş gruplarına kıyasla özellikle depresyon, olumsuz benlik, anksiyete ve öfke belirtilerindeki artışın öngörülebilir olduğu açıklanabilir. Bu kapsamda beliren yetişkinlik döneminin psikolojik belirtilerin oluşumu ve gelişiminde riskli bir dönem olduğu belirtilebilir.

Çalışmanın sonuçlarına göre beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç ve orta yetişkinlik dönemlerindeki kişilere kıyasla somatizasyon düzeylerinde de anlamlı bir yükseklik olduğu tespit edilmiştir. Literatürde beliren yetişkinlik döneminin, yaşamın en stresli geçen dönemlerinden biri olduğu bahsedilmektedir. Stresle baş edilirken kişilerin çeşitli değişiklikler (duygusal, psikolojik, davranışsal) yaşamasının kronik hastalıklar açısından risk faktörü olabileceği aktarılmaktadır (Taylor, 2018).

Genç yetişkinlik dönemindeki kişilerin orta yetişkinlik dönemindeki kişilere kıyasla depresyon ve öfke-saldırganlık (hostilite) düzeylerinde anlamlı bir yükseklik olduğu belirlenmiştir. Literatürde orta yetişkinlik dönemi eğitim ile kariyer yaşantısında tatmine ulaşılan ve iş ile sosyal ilişkilerin dengelendiği bir dönem olarak belirtilmektedir (Santrock, 2012). 26-39 yaş aralığındaki bireylerin 40-59 yaş aralığındaki bireylere kıyasla yaşamlarına dair planlarını ve hedeflerini gerçekleştirmemiş olabilecekleri düşünülmektedir. Bu durum da kişilerin motivasyonuna bağlı olarak bazı zamanlarda depresif belirtileri veya öfkeli-saldırgan davranışları tetikleyebilir.

Beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerin genç ve orta yetişkin dönemdeki kişilerden daha fazla aleksitimik özellik gösterdiği belirlenmiştir. Özellikle duyguları tanıma ve söze dökme güçlüğü yaşadıkları söylenebilir. Araştırmalar, problem çözme konusunda üniversite çağındaki kişilerin duygularını anlayıp aktarmalarının önemli olduğundan bahsetmektedir (Ezer, 2019). Bu dönemde depresif belirti düzeyi artan kişilerin daha içe dönük olabileceği ve duygularını ifade etme güçlüğü yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Bu nedenle beliren yetişkinlik döneminde diğer yetişkinlik dönemlerine kıyasla daha yüksek düzey aleksitimi belirlenmiş olabilir.

Aynı zamanda aleksitimiyi empati düzeyi ve bağlanma stilleri ile ilişkilendiren bulgular mevcuttur (Batıgün ve Büyükşahin, 2008; Jonason ve Krause, 2013). Katılımcıların bireysel farklılıklarına dair herhangi bir ölçüm alınmamasının da ilgili bulgu değerlendirilirken dikkate alınması gerektiği belirtilebilir.

4.3 Aleksitiminin Aracı Rolüne İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırma sonuçlarına göre üstbiliş psikolojik belirtiler ile aleksitimiyi, aleksitimi de psikolojik belirtileri anlamlı düzeyde yordamaktadır. Kişilerin endişelerin tehlikeli/kontrol edilemez olduğunu düşünmelerinin, kendi bellek süreçlerine güvenmemelerinin ve yoğun şekilde kendi bilişsel süreçleriyle uğraşmalarının psikolojik belirti yaşama ve aleksitimik özellik gösterme eğilimini arttırdığı belirlenmiştir. Duygu düzenlemede ortaya çıkan bozulmanın da olumsuz bir benlik algısı geliştirilmesinin, duygu düzenleme güçlüğü ile ortaya çıkabilen öfke problemlerinin ve çökkün duygudurumun yaşanma eğilimini arttırdığı tespit edilmiştir.

Modele göre kişilerin üstbiliş faaliyetleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiye aleksitiminin aracılık ettiği görülmektedir. Buna göre olumsuz yöndeki üstbiliş faaliyetleri psikolojik belirtileri aleksitimi üzerinden açıklamaktadır. Olumsuz tarzda üstbiliş faaliyetleri aleksitimideki değişimin %8.9'unu; olumsuz tarzda üstbiliş ile aleksitimi birlikte ise psikolojik belirtilerdeki değişimin %34.9'unu açıklamaktadır. İlgili sonuca göre üstbiliş faaliyetlerindeki bozulma duygu süreçlerinde de bir aksamaya neden olarak psikolojik semptomların artmasıyla sonuçlanmaktadır.

Üstbilişsel inançlar duruma ilişkin baş etme kaynaklarının yokluğu ve kontrol kaybına yönelik bir algıya yol açabilmektedir (Wells ve Matthews, 2014). Bu inançların problem temelli baş etme yöntemlerindense duygu temelli baş etme yöntemleriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Örneğin literatürde, kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutu ile duygu temelli ve işlevsel olmayan baş etme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğundan bahsedilmektedir (Baltacı, 2018). Kaygı ve kaçınmanın da duygu temelli başa çıkma yöntemleriyle pozitif yönlü ilişkili olduğu aktarılmaktadır (Safrancı, 2010). Adaptif olmayan başa çıkma stratejilerinin psikolojik semptomların temelinde olduğu belirtilmektedir (Matthews ve Wells, 2004). Bu nedenle psikolojik belirtilerin ortaya çıkışı ve gelişiminde; olumsuz üstbilişsel inançlarla birlikte duygu odaklı veya etkin olmayan baş etme mekanizmalarının (erteleme, kaçınma, bastırma) kullanılarak olumsuz deneyimlerin artması ile (Wells, 2009) duygu süreçlerindeki bozulmanın etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın bulguları özetlenerek araştırmanın güçlü yönleri ile klinik alana katkılarından ve gelecek çalışmalara yönelik önerilerden bahsedilmektedir.

5.1 Özet

İlişkisel desende gerçekleştirilen bu araştırma için 18-79 yaş aralığında ($\bar{X}$=34) bulunan 511 kişi Google Formlar üzerinden internet aracılığıyla veri toplama araçlarını doldurmuştur. Araştırmaya katılım kriterlerini karşılayan 292'si (%64.5) kadın 161'i (%35.5) erkek 453 katılımcı analizlere dahil edilmiştir. Katılımcılar Bilgilendirilmiş Onam Formuna onay verdikten sonra Demografik Bilgi Formunu, Üstbiliş Ölçeği-30'u, Kısa Semptom Envanteri'ni ve Toronto Aleksitimi Ölçeği'ni doldurmuştur. Verilerin analizi IBM SPSS 26 ile gerçekleştirilmiştir. Analizlere geçmeden önce verilerin istatistiksel analizler için uygun olup olmadığı değerlendirilip normal dağılıma uygunluğu Skewness-Kurtosis testi ile incelenmiştir. Çalışmanın değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile; değişkenler arasındaki yordayıcılıklar Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile; demografik değişkenlere ait farklılıklar ANOVA ve MANOVA ile ve son olarak aleksitiminin aracı rolü PROCESS makro eklentisi ile incelenmiştir.

Korelasyon Analizinden elde edilen bulgular, üstbiliş ile psikolojik belirtiler ve aleksitimi arasında; psikolojik belirtiler ile aleksitimi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunduğu yönündedir. Basit Doğrusal Regresyon Analizinden elde edilen bulgular, üstbilişin aleksitimi ile psikolojik belirtileri ve aleksitiminin psikolojik belirtileri yordadığı şeklindedir. Üstbiliş aleksitiminin %8.9'unu ve psikolojik belirtilerin %13.6'sını; aleksitimi de psikolojik belirtilerin %30.3'ünü açıklamaktadır. Cinsiyete göre elde edilen bulgular, kadınların kontrol edilemezlik-tehlike puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ile beliren yetişkinlik dönemindeki (18-25 yaş) erkeklerin aleksitimi puanlarının kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu yönündedir. Yaşa göre elde edilen bulgular, kontrol edilemezlik-tehlikenin yaş gruplarına göre farklılaştığı ve beliren yetişkinlik döneminde

genel psikolojik belirtiler ile aleksitimik özelliklerin daha fazla görüldüğü şeklindedir. Genç yetişkinlik dönemindeki kişilerde orta yetişkinlik dönemindeki kişilere kıyasla daha fazla depresif belirti ve öfke-saldırganlık belirtileri belirlenmiştir. Son olarak da üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolü olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın verileri Kasım 2021 – Nisan 2022 tarihlerinde toplanmıştır. COVID-19 pandemisi ile artan işsizlik oranlarının, örneklemdeki genç yetişkin sayısının fazlalığı dolayısıyla katılımcıların olumsuz inançlarını ve psikolojik belirti düzeylerini arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Çalışma bulgularının psikolojik belirtilerin anlaşılmasına ve açıklanmasına katkı sağlaması amaçlanmıştır. Bulgular, üstbiliş ve duygu süreçlerinin psikolojik belirtiler üzerindeki önemli etkisini göstermektedir.

5.2 Yargı

Araştırmada üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitiminin birbirleriyle pozitif yönde ilişkili oldukları ve aleksitiminin üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık ettiği belirlenmiştir. Aynı zamanda değişkenlerin demografik özelliklere (yaş ve cinsiyet) göre de farklılaştığı tespit edilmiştir. Bulgular ilgili literatür ile değerlendirildiğinde; olumsuz yönde gelişen üstbiliş inançlarının duygu süreçlerinde bir aksamaya neden olduğu, bunun sonucunda da kişilerin olumsuz deneyimlere daha çok odaklanıp (Wells, 2009) işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri kullanarak daha fazla psikolojik belirti deneyimledikleri söylenebilir.

Değişkenlerin etiyolojisi düşünüldüğünde kişilerde belirlenen üstbiliş inançları, aleksitimik özellikler ve psikolojik belirtiler; gelişimsel, çevresel ve nörofizyolojik gibi farklı etkenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Psikolojik sıkıntılar değerlendirilirken duygu ve düşünce süreçleri ile bu süreçlerin oluşum mekanizmalarının anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu şekilde kişilerin problem çözme ile başa çıkma mekanizmalarının uyuma dönük olması sağlanıp psikoterapi sürecinin sağlayacağı faydanın artacağı öngörülmektedir. Çalışma bulgularının alanyazın ile örtüştüğü ve tutarlı olduğu anlaşılmaktadır. Aşağıda bulguların güçlü yönleri ile literatüre sağladığı katkıdan bahsedilip gelecek çalışmalara katkı sunacağı düşünülen önerilere yer verilmektedir.

5.3 Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Klinik Alana Katkıları

Araştırmada incelenen üstbilişin aleksitimik özelliklerden bazıları ile ilişkili olduğu ve bazı aleksitimik özelliklerin de psikolojik belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Psikolojik belirtilerin üstbiliş süreçleriyle olan ilişkisi ile duygu/düşünce/davranış ilişkilerinin önemli olduğu belirlenmiştir. Değişkenlerin ve aleksitiminin üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulgusunun geleneksel bilişsel tedavilere, duygu odaklı yaklaşımlara ve üstbilişsel terapinin güncel yaklaşımlarına klinik alanda katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Olumsuz üstbiliş inançlar ile duygu ifadelerinde yaşanan güçlüğün azaltılması, kişilerin psikolojik iyi oluşuna katkı sağlayabilir.

Psikoterapi sürecinde kişilerin aleksitimik özelliklerinin değerlendirilip üstbilişsel inançlarının sorgulanmasının psikolojik belirtiler üzerine çalışan uzmanlar için önemli olacağı ve psikoterapi sürecinde uygulanan müdahale yöntemlerinin belirlenmesinde fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Duygu düzenleme ve duygu farkındalığına yönelik çalışmaların yapılıp baş etme mekanizmalarının değerlendirilmesi ve olumsuz üstbilişsel inançların esnetilmesi psikoterapi sürecine katkı sağlayabilir.

Katılımcı sayısının fazla olmasının ve araştırmanın geniş bir yaş grubuyla birlikte yürütülmesinin örneklemin temsil ediciliğini arttırdığı belirtilebilir.

5.4 Öneriler

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi gruplarında bulunan kişi dağılımlarının eşit olmamasının; demografik özelliklerin değerlendirildiği analizlerde sınırlılık yarattığı düşünülmektedir. Gelecek çalışmalarda katılımcıların demografik özelliklerinin daha dengeli dağıldığı bir örneklemle çalışılabilir.

Sınırlılıklar bölümünde de belirtildiği gibi katılımcılara uygulanan tüm ölçüm araçları öz-bildirime dayalı ölçekler olup veriler internet aracılığıyla elde edilmiştir. Öz-bildirime dayalı ölçekler kişilerin kendilerini yanlı değerlendirmelerine veya daha arzu edilen cevapları verme eğilimine sebep olabilir. Aynı zamanda aleksitimik özelliklerin içeriği (duyguları ifade etme güçlüğü) düşünüldüğünde kişilerin kendilerini

değerlendirmesi verilerin geçerliğini kısıtlamış olabilir (Batıgün ve Büyükşahin, 2008). Verilerin internet aracılığıyla çevrimiçi olarak toplanması internete erişim sorunu yaşayan kişilere ulaşılamama yönünde sınırlılık oluşturmuş olabilir. Bu nedenle gelecek çalışmaların farklı ölçüm araçları ile ve yüz yüze gerçekleştirilmesi daha objektif ve güvenilir değerlendirmeler yapmaya katkı sağlayabilir.

Bu çalışmanın kesitsel yönteme dayanan bir çalışma olması dolayısıyla; gelecekte yapılacak boylamsal çalışmalarla üstbiliş faaliyetleri, psikolojik belirtiler ve aleksitimi arasındaki ilişkilerin daha detaylı anlaşılabileceği düşünülmektedir. Aleksitiminin kişilik özelliği olarak da değerlendirilmesi sebebi ile ilgili ilişkiler için boylamsal çalışmaların önemli olabileceği düşünülmektedir.

Üstbiliş, psikolojik belirtiler ve aleksitiminin aracı rolü klinik olmayan bir örneklemle incelenmiştir. Klinik tanı almış bireylerin üstbiliş faaliyetleri, psikolojik semptomları ve duygu süreçlerinin birlikte değerlendirilmesinin de önemli olduğu düşünülmektedir. Gelecek çalışmalarda ilgili değişkenler klinik örneklemle gerçekleştirilebilir.

Aleksitimi, doğası gereği gelişimsel ve kültürel süreçlere göre farklılık gösterebilir. Bu kapsamda ilgili değişkenlerle kültürlerarası karşılaştırmalı araştırmalar yapılmasının, literatüre ve kavramların daha detaylı anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Ahrens, S., & Deffner, G. (1986). Empirical Study of Alexithymia: Methodology and Results. *American Journal of Psychotherapy, 40*(3), 430–447.

Ainsworth, M.D S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press.

Alzahrani, S.H., Coumaravelou, S., Mahmoud, I., Beshawri, J., & Algetham, M. (2020). Prevalence of alexithymia and associated factors among medical students at King Abdulaziz University: A cross-sectional study. *Annals of Saudi Medicine, 40*(1): 55- 62.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5). Beşinci Baskı. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amir, N., Cashman, L., & Foa E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*(8):775-777.

Antony, M.M., & Swinson, R.P. (2000). The shyness & social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears. New Harbinger Publications.

Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469–480.

Arnett, J.J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development, 8*(2), 133–143.

Arnett, J.J. (2004). Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties. New York: Oxford University Press

Arslan, G., Ayrancı, U., Ünsal, A., & Arslantaş, D. (2009). Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences, 114*(3), 170-177.

Babaei, S., Gharechahi, M., Hatami, Z., & Ranjbar Varandi, S. (2015). Metacognition and body ımage in predicting alexithymia in substance abusers. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction, 4*(3).

Babaei, S., Ranjbar Varandi, S., Hatami, Z., & Gharechahi, M. (2016). Metacognition beliefs and general health in predicting alexithymia in students. *Global Journal of Health Science, 8*(2), 117.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23-32.

Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrentvalidity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 33-40.

Balkaya, F., & Şahin, N.H. (2003). Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *14*(3), 192-202.

Baltacı, G. (2018). *Yaşlılarda üstbilişin psikopatoloji ve baş etme becerileri yönünden değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, İstanbul.

Batıgün, A.D., & Büyükşahin, A. (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *11*(3).

Beck, J.S. (2014). Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi (2. Baskı). (M. Şahin, Çev. Ed.). İstanbul: Nobel Yayıncılık.

Bembenutty, H. (2007). Self-regulation of learning and academic delay of gratification: Gender and ethnic differences among college students. *Journal of Advanced Academics, 18*(4), 586–616.

Benk, A. (2006). *Üniversite öğrencilerinde mükemmeliyetçi kişilik özelliğinin psikolojik belirtilerle ilişkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bennett, H., & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disor-ganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(3), 318-325.

Berenbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine, 56(4), 353-359*.

Blanchard, B.E., Arena, J.G., & Pallmeyer, J.P. (1981). Psychosometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 35*(1), 67-71.

Boelen, P.A., & Reijntjes, A. (2009). Negative cognitions in emotional problems following romantic relationship break-ups. *Stress and Health, 25*(1), 11–19.

Borens, R., Grosse-Schultz, E., Jaensch, W., & Kortemme, K.H. (1977). Is "alexithymia" but a social phenomenon? An empirical investigation in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 28*(1-4), 193-198.

Bouman, T.K., & Meijer, K. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*(2), 96-101.

Bowlby, E.J.M. (2008). Loss-Sadness and Depression: Attachment and Loss Volume 3 (Vol. 3). Random House.

Brown, T.M. (2004). Somatization. *Medicine, 32*(8), 34-35.

Burgess, C., & Simpson, G. B. (1988). Cerebral hemispheric mechanisms in the retrieval of ambiguous word meanings. *Brain and Language, 33*(1), 86–103.

Butcher, J.N., Mineka, S., & Hooley, J.M. (2013). *Anormal psikoloji: Temel kavramlar*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Callan, G.L., Marchant, G.J., Finch, W.H., & German, R.L. (2016). Metacognition, strategies, achievement, and demographics: Relationships across countries. *Educational Sciences: Theory & Practice*, *16*(5).

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders, 11*: 279–296.

Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3), 228–249.

Cohen, M., Mansoor, D., Gagin, R., & Lorber, A. (2008). Perceived parenting style, self-esteem and psychological distress in adolescents with heart disease. *Psychology, Health and Medicine, 13*(4), 381-388.

Cohen, S., Kessler, R.C., & Gordon, L.U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (Eds.), Measuring stress: A guide for health and social scientists (pp. 3–26). Oxford University Press.

Çelikbaş, Z., Batmaz, S., Bal, U., & Aslan, E.A. (2018). Aleksitimisi olan bireylerde üstbilişsel inanışlar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 7*(3), 113-119.

Çelikel, F.Ç., & Saatçioğlu, Ö. (2002). Konversiyon bozukluğunda aleksitiminin depresyon ve anksiyete etkisi. *Klinik Psikiyatri, 5*(1), 229-234.

Davis, E., Greenberger, E., Charles, S., Chen, C., Zhao, L., & Dong, Q. (2012). Emotion experience and regulation in China and the United States: how do culture and gender shape emotion responding?. *International Journal of Psychology, 47*(3), 230-239.

De Rick, A., & Vanheule, S. (2006). The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors, 31*(7), 1265-1270.

Dereboy, İ.F. (1990). Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi, 1*(3), 89 157-165.

Derogatis, L.R., & Cleary, P.A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL 90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology, 33*(4), 981-989.

Derogatis, L.R. (1992). The brief symptom inventory (BSI): administration, scoring & procedures manual-II. Clinical Psychometric Research.

Deveci, A., Demet, M.M., Özmen B, Özkay-Kafesçiler, S., Özmen, E., Hekimsoy, Z., & Güçlü, F. (2006). Obezitede tedaviye yanıt ve aleksitimi. *Klinik Psikiyatri, 9*:170-176.

Doğan, A., & Cebioğlu, S. (2011). Beliren yetişkinlik: Ergenlikten yetişkinliğe uzanan bir dönem. *Türk Psikoloji Yazıları, 14*(28), 11-21.

Doğruyol, S., & Yetim, Ü. (2019). Ebeveyne bağlanma, algılanan anne/baba tutumu ile akran ilişkileri arasındaki ilişkide benlik saygısının aracılık rolü. *Nesne, 7*(14), 34-51.

Duddu, V., Isaac, M.K., & Chaturvedi, S.K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 54*(5), 435-438.

Duru, E., & Arslan, G. (2014). Evlenmek amacıyla evden kaçan kız ergenler: bir olgubilim çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 5*(41), 36-48.

Düzgün, Ş. (1995). *Lise öğrencilerinin psikolojik belirtiler ile ana-baba tutumları arasındaki ilişkiler*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Düzgün, Ş. (2003). Öğrencilerin psikolojik belirtileri ile ana-baba tutumları arasındaki ilişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi, 2*(1-2), 149-162.

Edel, M.A., Rudel, A., Hubert, C., Scheele, D., Brüne, M., Juckel, G., & Assion, H.J. (2010). Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD. *European Journal of Medical Research, 15*(9), 403-409.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319–345.

Epözdemir, H. (2012). Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom Mu, Yoksa Bir Kişilik Özelliği Mi?. *Türk Psikoloji Yazıları, 15*(30), 25.

Eray, Ş., Vural, P., & Çetinkaya, F. (2015). Ergenlerde algılanan duygu dışa vurumu ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişki. *Güncel Pediatri*, *13*(2), 104-109.

Erkuş, A. (2013). Davranış bilimleri için bilimsel araştırma süreci (4. basım). Ankara: Seçkin Yayınları.

Ezer, R.N. (2019). *Üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeyleri ve bağlanma stilleri ile sosyal medya bağımlılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Farina, A. (1981). Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. *Clinical Psychology Review, 1*(2), 223–243.

Fergus, T.A., & Wu, K.D. (2010). Is worry a thought control strategy relevant to obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders, 24*(2), 269-274.

Fisher, P., & Wells, A. (2009). Metacognitive therapy: Distinctive features. Routledge.

Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist, 34*(10), 906-911.

Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J.A., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L.E., Franciosi, G., & Maffei, C. (2009). Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment & Human Development, 11*(2), 165-182.

Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., ... & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(1), 54-62.

Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic tecniques in primary and secondery alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 28*(1/4), 337-342.

Garner, R., & Alexander, P.A. (1989). Metacognition: Answered and unanswered questions. *Educational Psychologist, 24*(2), 143–158.

Geçtan, E. (1997). Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar (13. baskı). Remzi Kitabevi, İstanbul.

George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson

Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Müller, A., Buhtz, F., Hochrein, A., ... & Freyberger, H. J. (2006). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder–results from a family study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*(5), 312-318.

Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348.

Güleç, H., Köse, S., Güleç, M. Y., Çitak, S., Evren, C., Borckardt, J., & Sayar, K. (2009). Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 19*(3), 214.

Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotheraphy: An International Journal of Theory & Practice, 11*(2), 137–144.

Hamachek, D. E. (1988). Evaluating self-concept and ego development within Erikson's psychological framework: a formulation. *Journal of Counseling and Development, 66*(8), 354-360.

Hamaideh, S.H. (2017). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Perspectives in Psychiatric Care, 54*(2), 274-280.

Hayes, A. F. (2016). The PROCESS macro for SPSS and SAS. *Retrieved from*.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524.

Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences, 35*(6), 1261–1270.

Honkalampi, K., Saarinen, P., Hintikka, J., Virtanen, V., & Viinamäki, H. (1999). Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*(5), 270-275.

Hoppe, K. D., & Bogen, J. E. (1977). Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 28*(1-4), 148–155.

Jonason, P., & Krause, L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy. *Personality and Individual Difference, 55*(5), 532-537.

Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(4), 373-376.

Kahil, A., & Palabıyıkoğlu, N.R. (2018). İkincil travmatik stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *10*(1), 59-70.

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, *45*(2), 65-74.

Kassinove, H., & Sukhodolsky, D.G. (1995). Anger disorders: Basic science and practice issues. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *18*(3), 173-205.

Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, *1*, 14-19.

Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders, 6*(1), 47-48.

Koçak, R. (2002). Aleksitimi: kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES), 35*(1), 183-212.

Kooiman, C.G. (1998). The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, *39*(3), 152-159.

Koydemir-Özden, S., & Demir, A. (2009). The relationship between perceived parental attitudes and shyness among Turkish youth: Fear of negative evaluation and self-esteem as mediators. *Current Psychology*, *28*(3), 169-180.

Koyuncu, İ., Buluş, M., & Fırat, T. (2022). The Moderator Role of Gender and Socioeconomic Status in the Relationship Between Metacognitive Skills and Reading Scores. *Participatory Educational Research*, *9*(3), 82-97

Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G., & Neale, J. (2015). Anormal psikoloji, (12. basım). (M. Şahin, Çev. Ed.), Ankara: Nobel Yayıncılık.

Kroenke, K., & Spitzer, R.L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *60*(2), 150-155.

Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 33*(1), 17-31.

Laible, D. (2007). Attachment with parents and peers in late adolescence: Links with emotional competence and social behavior. *Personality and Individual Differences, 43*(5), 1185–1197.

Lane, R.D., Ahern, G.L., Schwartz, G.E., & Kaszniak, A.W. (1997). Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight?. *Biological Psychiatry, 42*(9), 834–844.

Leff, J.P. (1973). Culture and the differentiation of emotional states. *The British Journal of Psychiatry, 123*(3), 299–306.

Lenzo, V., Toffle, M. E., Tripodi, F., & Quattropani, M.C. (2016). Gender differences in anxiety, depression and metacognition. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences, 9*, 1-6.

Lesser, I.M. (1981). A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine, 43*(6), 531-543.

Lesser, I.M. (1985). A critique of contribution to the alexithymia symposium. *Psychotherapy and Psychosomatics, 44*(2), 82-88.

Lesser, I.M., Ford, C.V., & Friedmann, C.T.H. (1979). Alexithymia in somatizing patients. *General Hospital Psychiatry, 1*(3), 256-261.

Lipsanen, T., Saarijärvi, S., & Lauerma, H. (2004). Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia– overlapping or independent constructs?. *Psychopathology, 37*(4), 200-206.

Lundh, L.G., & Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of Personality, 69*(3), 484-510.

Maclean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the 'visceral brain'; recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic Medicine, 11*, 338–353.

Mai, F. (2004). Somatization disorder: A practical review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 49*(10), 652–662.

Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders?. *Journal of Psychosomatic Research, 49*(1), 43-49.

Matsumoto, D. (2006). Are cultural differences in emotion regulation mediated by personality traits?. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 37*(4), 421-437.

Matthews, G., & Wells, A. (2004). Rumination, Depression, and Metacognition: the S-REF Model. Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment, 125–151.

Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(5), 629-635.

Mattila, A.K., Ahola, K., Honkonen, T., Salminen, J.K., Huhtala, H., & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(6):657-665.

McDougall, J. (1982). Alexithymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics, 38*(1-4), 81-90.

Meins, E., Harris-Waller, J., & Lloyd, A. (2008). Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences, 45*(2), 146–152.

Metin Orta, İ., & Sümer, N. (2016). Anne duyarlığı ve erken dönem bağlanma-temelli ebeveynlik destek ve müdahale programları. *Türk Psikoloji Yazıları, 19*(38), 54-76.

Mikulincer, M. (1995). Attachment Style and the Mental Representation of the Self. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(6), 1203-1215.

Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(5), 917–925.

Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2016). Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics, and Change (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(2), 273–280.

Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 36*(3), 499-507.

Morie, K.P., Yip, S. W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K.M., & Potenza, M.N. (2016). Alexithymia and addiction: a review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. *Current Addiction Reports, 3*(2), 239-248.

Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *BioPsychoSocial Medicine, 1*(1), 1-15.

Morrison, A.P., French, P., & Wells, A. (2007). Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour Research and Therapy, 45*(9), 2241-2246.

Myers, S.G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(7), 806-817.

Nelson, T.O., Kruglanski, A.W., & Jost, J.T. (1998). Knowing thyself and others: Progress in metacognitive social psychology. *Personality and Social Psychology Review, 2*(2), 137-154.

Nemiah, J.C. (1975). Denial revisited: reflections on psychosomatic theory. *Psychotherapy and Psychosomatics, 26*(3), 140–147.

Oktay, B., & Batıgün, A.D. (2014). Aleksitimi: bağlanma, benlik algısı, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke. *Türk Psikoloji Yazıları, 17(*33), 31.

Özcan, Ö., & Çelik, G.G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri, 3*(2), 115-120.

Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez, G. (2009). Türkiye'de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10*: 131-136.

Özpoyraz, N., & Taman, L. (1998). Duygudurum bozuklukları. *Galenos, 8,* 37-46.

Özsoy, F., & Kuloğlu, M.M. (2017). Majör depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi, 7*(1), 42-49.

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). Ruh sağlığı ve bozuklukları (Cilt I, 11. baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(2), 160-164.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 261-273.

Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20 item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality, 7*(4), 221-232.

Paykel, E.S. (1994). Life events social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 50-58.

Perfect, T.J., & Schwartz, B.L. (Eds.). (2002). Applied metacognition. Cambridge University Press.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Contemporary approaches to assessing mediation in communication research. In A. F. Hayes, M. D. Slater, & L. B. Snyder (Eds.), The Sage sourcebook of advanced data analysis methods for communication research (pp. 13–54). Sage Publications, Inc.

Quattropani, M. C., Lenzo,V., Fries, W., & Belvedere, A. (2014). Dysfunctional metacognitive beliefs and gastrointestinal disorders. Beyond an 'organic'/'functional' categorization in the clinical practice. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 2*(1).

Reynolds, M., & Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire–psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine, 29*(5), 1089-1099.

Richardson, R.D., & Engel Jr, C.C. (2004). Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *The Neurologist, 10*(1), 18-30.

Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R. D., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2007). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy, 45*(6), 1295-1305.

Rosen, G., Kleinman, A., & Katon, W. (1982). Somatization in family practice: a biopsychosocial approach. *The Journal of Family Practice, 14*(3), 493-502.

Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences, 40*(1), 111-122.

Russell, J.A., & Mehrabian, A. (1974). Distinguishing anger and anxiety in terms of emotional response factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(1), 79–83.

Safrancı, B. (2010). *The association between metacognitions and psychological symptoms: Moderator role of coping strategies*. Yüksek Lisans Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Santrock, J.W. (2012). Yaşam boyu gelişim, (13. basım). (G. Yüksel, Çev. Ed.), Ankara: Nobel Yayıncılık.

Sarı, C. (2008). *Ergenlerin psikolojik belirti düzeyleri ve uyumlarını yordayan bazı değişkenler.* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Schoenfeld, A.H. (1992). Learning to think mathematically: Problem solving, metacognition, and sense making in mathematics. In D.A. Grouws (Ed.), *Handbook of research on mathematics teaching and learning: A project of the National Council of Teachers of Mathematics* (pp. 334–370). Macmillan Publishing Co, Inc.

Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 22*(2-6), 255–262.

Solmaz, M., Sayar, K., Özer, Ö.A., Öztürk, M., & Acar, B. (2000). Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri, 3*(4), 235-241.

Spada, M.M., & Wells, A. (2006). Metacognitions about alcohol use in problem drinkers. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(2), 138-143.

Spada, M.M., Georgiou, G.A., & Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*(1), 64–71.

Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state: Current trend in theory and research. Academic Press.

Stoudemire, A. (1991). Somatothymia: Parts I and II. *Psychosomatics, 32*(4),365-381.

Swiller, H.I. (1988). Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 38*(1), 47-61.

Şahin, E. M., Özer, C., Dağdeviren, N., Şahin, Ö., & Aktürk, Z. (2001). Birinci basamakta somatizasyon bozukluğuna yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 10*(1), 12-14.

Şahin, N.H., Batıgün, A.D., & Uzun, C. (2011). Anksiyete bozukluğu: Kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12*(2), 107-113.

Şahin, N.H., & Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Invetory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi, 9*(31), 44-56.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

Tamam, L. (2009). Panik bozukluk. *Actual Medicine,* 32-38.

Tamam, L., & Demirkol, M.E. (2019). Anksiyete Bozuklukları. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*, 1641-1644.

Taycan, O., Özdemir, A., & Taycan, S.E. (2017). Depresyon hastalarında aleksitimi ve bedenselleştirme: Belirtileri bedensel nedenlere bağlama biçiminin rolü. *Nöro-Psikiyatri Arşivi, 54*(2), 99.

Taylor, G.J., Parker, J. D., Bagby, R.M., & Acklin, M.W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research, 36*(5), 417-424.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D. (1991). The alexithymia construct, a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics, 32*(2), 153-163.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997) Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, S.E. (2018). Health psychology (10 th ed.). McGraw-Hill Education.

Taymur, İ., Özen, N.E., Boratav, C., & Güliter, S. (2007) İrritabl barsak sendromlu hastaların aleksitimi, mizaç, karakter özellikleri ve psikiyatrik tanı açısından değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 17*:186-194

Temelcioğlu Tunalı, E. (2020). *Aleksitimi ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide yaşantısal kaçınma ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Timoney, L.R., & Holder, M.D. (2013). Emotional processing deficits and happiness assesing the measurement, correlates, and well-being of people with alexithymia. Canada: Springer.

Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *19*(1), 67-80.

Trommsdorff, G., & Rothbaum, F. (2008). Development of emotion regulation in cultural context. Blackwell Publishing.

Tunay-Akan, S., & Barışkın, E. (2016). Kültür ve cinsiyet bağlamında Berkeley duygu ifadesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik ölçütleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27, 1-8.

Türk, M. (1992). Üniversite öğrencilerinde aleksitimik özellikler ile ruh sağlığı arasındaki ilişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Undheim, A.M., Wallander, J., & Sund, A.M. (2016). Coping strategies and associations with depression among 12-to 15-year-old Norwegian adolescents involved in bullying. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 204*(4), 274- 279.

Uyar, M. (2019). *Beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerini yordamada bağlanma tarzları ve bilişsel duygu düzenlemenin rolünün incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Uzal, G., Yavuz, M., Akdeniz, B., Çallı, S., & Bolat, N. (2018). İstanbul ilinde öğrenim gören lise öğrencilerinde aleksitimi karakter özellikleri ile üst biliş özellikleri ve ruhsal sorunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19*, 478-484.

Ünal, G. (2004). Bir grup üniversiteli gençte çekingenlik, aleksitimi ve benlik saygısının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri, 7*(4), 215-222.

Van Donkersgoed, R.J., De Jong, S., Van der Gaag, M., Aleman, A., Lysaker, P.H., Wunderink, L., & Pijnenborg, G.H.M. (2014). A manual-based individual therapy to improve metacognition in schizophrenia: protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry, 14*(1), 1-8.

Velotti, P., Garofalo, C., Petrocchi, C., Cavallo, F., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2016). Alexithymia, emotion dysregulation, ımpulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Research, 237*: 296-303.

Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety Stress and Coping, 6*(4), 289–299.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(3), 301-320.

Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons.

Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 107–121.

Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford.

Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in gad, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy, 32*(1), 85-102.

Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 36*(9), 899-913.

Wells, A., & Matthews, G. (2014). Attention and emotion (Classic edition): A clinical perspective. Psychology Press.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*(4), 385-396.

Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy, 34*(11-12), 881–888.

Wolff, H. (1977). The Contribution of The Interviev Sitiation to The Restriction of Fantasy Life and Emotional Experience in Psychosomatics Patients. *Psychotherapy Psychosomatics, 28*(1/4), 58-67.

Yazıhan, N., & Yelboğa, Z. (2019). Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında üstbilişlere ilişkin inançlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 22*(4), 445-451.

Yenilmez, D.O., Atagün, M. İ., Altun, İ.K., Tunç, S., Uzgel, M., Altınbaş, K., Cesur, G., & Oral, E.T. (2019). Bipolar bozukluk ve yineleyici depresif bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlükleri ile bilişsel süreçler arasındaki ilişki. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1-9.

Yılmaz, A.E., Gençöz, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(3), 389-396.

Yılmaz, A.E., Gençöz, T., & Wells, A. (2008). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive–compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*(6), 424–439.

Yılmaz, A.E., Gençöz, T., & Wells, A. (2015). Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *Journal of General Psychology, 142*(1), 23-33.

Yürümez, E., Akça, Ö.F., Uğur, Ç., Uslu, R.I., & Kılıç, B.G. (2014). Mothers' alexithymia, depression and anxiety levels and their association with the quality of motherinfant relationship: A preliminary study. *Internal Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 18*(3), 190-196.

EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Sizi T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı tezi kapsamında Aysu Taşpınar tarafından yürütülen 'Üstbiliş ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki: Aleksitiminin Rolü' başlıklı bilimsel araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada üstbiliş ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide aleksitiminin rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır. Sorulan soruların doğru veya yanlış bir cevabı bulunmamaktadır. Soruları içtenlikle yanıtlayıp sizi en doğru şekilde yansıtan cevapları vermeniz önemlidir. Formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Çalışmanın güvenirliği için tüm soruların bireysel olarak cevaplanması oldukça önemlidir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler bireysel olarak değil bütün olarak değerlendirilecek ve ilgili veriler yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Tüm soruların yanıtlanması yaklaşık olarak 15 dakika sürmektedir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır.

Araştırmanın sonucu hakkında bilgi almak, çalışmayla ilgili herhangi bir görüş bildirmek veya soru sormak isterseniz araştırmayı yürüten Aysu Taşpınar ile e-posta aracılığıyla iletişime geçebilirsiniz. Değerli katkılarınız için şimdiden teşekkürler.

'Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını, amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi, bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.'

Evet:

Hayır:

EK-2. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

Yaşınız: .....

Medeni durumunuz: Bekar ( ) Evli ( )

Eğitim durumunuz: İlkokul mezunu ( )

Ortaokul mezunu ( )

Lise mezunu ( )

Ön lisans mezunu ( )

Lisans (üniversite) öğrencisi ( )

Lisans (üniversite) mezunu ( )

Lisansüstü (yüksek lisans / doktora) öğrencisi ( )

Lisansüstü (yüksek lisans / doktora) mezunu ( )

Yaşamınızın büyük çoğunluğunun geçtiği yer:

Büyükşehir ( ) Şehir ( ) İlçe ( ) Köy ( )

Ekonomik düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz:

Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek ( )

Kronik bir hastalığınız var mı?

Ever ise; belirtiniz: ……..

Hayır ( )

Geçmişte ya da günümüzde psikolojik/psikiyatrik veya nörolojik bir tanı aldınız mı?

Evet ise; belirtiniz: ……

Ne zaman tanı aldınız: ……..

Aldığınız tedaviler: Psikoterapi ( ) İlaç tedavisi ( ) Diğer: ……

Tedaviniz hala devam ediyor mu: Evet ( ) Hayır ( )

Hayır ( )

Şu anda düzenli kullandığınız psikiyatrik bir ilaç var mı?

Evet ise; ilacın adını belirtiniz: ……..

Hayır ( )

Ailenizde psikiyatrik tanı alan ve/ya ilaç kullanan var mı?

Evet ise; kim ve tanısı nedir: …….

Hayır ( )

EK-3. ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz.

1: Kesinlikle katılmıyorum
2: Kısmen katılmıyorum
3: Kısmen katılıyorum
4: Kesinlikle katılıyorum

		1	**2**	**3**	**4**
1.	Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.				
2.	Endişelenmem benim için tehlikelidir.				
3.	Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.				
4.	Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.				
5.	Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayımdır.				
6.	Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.				
7.	Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.				
8.	Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.				
9.	Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.				
10.	Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.				
11.	Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.				
12.	Düşüncelerimi izlerim.				

13.	Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.				
14.	Belleğim zaman zaman beni yanıltır.				
15.	Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.				
16.	Endişelerim beni delirtebilir.				
17.	Düşündüğümün her an farkındayımdır.				
18.	Zayıf bir belleğim vardır.				
19.	Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.				
20.	Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.				
21.	Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.				
22.	Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.				
23.	Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.				
24.	Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
25.	Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.				
26.	Belleğime güvenmem.				
27.	Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.				
28.	İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.				
29.	Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
30.	Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.				

EK-4. KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra bu belirtilerin sizde BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTA İÇERİSİNDE ne kadar var olduğunu her bir madde için ilgili kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

0: Hiç yok
1: Biraz var
2: Orta derecede var
3: Epey var
4: Çok fazla var

		0	1	2	3	4
1.	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2.	Baygınlık, baş dönmesi					
3.	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol ettiği fikri					
4.	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu düşüncesi					
5.	Olayları hatırlamada güçlük					
6.	Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7.	Göğüs ve kalp bölgesinde ağrılar					
8.	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9.	Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10.	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11.	İştahta bozukluklar					
12.	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13.	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14.	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					
15.	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16.	Yalnızlık hissetme					
17.	Hüzünlü, kederli hissetme					
18.	Hiçbir şeye ilgi duymama					
19.	Ağlamaklı hissetme					

20.	Kolayca incinebilme, kırılma					
21.	İnsanların sizi sevmediğine, size kötü davrandığına inanmak					
22.	Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek					
23.	Mide bozukluğu, bulantı					
24.	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu düşüncesi					
25.	Uykuya dalmada güçlük					
26.	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27.	Karar vermede güçlükler					
28.	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma					
29.	Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30.	Sıcak, soğuk basmaları					
31.	Sizi korkuttuğu için bazı eşya ya da etkinliklerden uzak kalmak					
32.	Kafanızın 'bomboş' kalması					
33.	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34.	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşünceleri					
35.	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36.	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük/zorlanma					
37.	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38.	Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39.	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40.	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41.	Bir şeyleri kırma/dökme isteği					
42.	Diğerlerinin yanındayken sürekli kendini gözleyip yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43.	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					

44.	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45.	Dehşet ve panik nöbetleri					
46.	Sık sık tartışmaya girmek					
47.	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme					
48.	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir alamamak					
49.	Yerinde duramayacak kadar huzursuz hissetmek					
50.	Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51.	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52.	Suçluluk duyguları					
53.	Aklınızda bir bozukluk olduğu düşüncesi					

EK-5. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ-20

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını her bir madde için aşağıdaki derecelendirme ölçütlerine göre işaretleyiniz.

1: Hiçbir zaman
2: Nadiren
3: Bazen
4: Sık sık
5: Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.					
2.	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.					
3.	Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyumlar oluyor.					
4.	Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.					
5.	Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.					
6.	Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.					
7.	Bedenimdeki duyumlar çoğu kez kafamı karıştırır.					
8.	Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim.					
9.	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.					
10.	İnsanların duygularını tanıması zorunludur.					
11.	İnsanlar hakkında hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.					
12.	İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.					
13.	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.					

14.	Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.					
15.	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.					
16.	Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.					
17.	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.					
18.	Sessizlik anlarında bile, kendimi birisine yakın hissedebilirim.					
19.	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.					
20.	Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.					

EK-6. ETİK KURUL ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Aysu TAŞPINAR

Eğitim

Y.Ls.	2022	Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji
Ls.	2019	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji

İş/İstihdam

2022	Klinik Psikoloji Stajyeri. Bursa Dörtçelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

Taşpınar, A. ve Pakyürek, G. (2020). Sigara kullananlarda depresyon düzeyinin dikkat performansına etkisi. *Bağımlılık Dergisi, 21*(1), 34-43.