

**T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**



**PSİKIYATRİK BELİRTİLER İLE BELİRSİZLİĞE
TAHAMMÜLSÜZLÜK VE MÜKEMMELİYETÇİLİK
ARASINDAKİ İLİŞKİDE DENEYİMSEL KAÇINMANIN
ARACI ROLÜ**

DOKTORA TEZİ

GİZEM GERDAN

İSTANBUL, 2021

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



PSİKİYATRİK BELİRTİLER İLE BELİRSİZLİĞE
TAHAMMÜLSÜZLÜK VE MÜKEMMELİYETÇİLİK
ARASINDAKİ İLİŞKİDE DENEYİMSEL KAÇINMANIN
ARACI ROLÜ

DOKTORA TEZİ

GİZEM GERDAN

İSTANBUL, 2021

KABUL VE ONAY

GİZEM GERDAN tarafından hazırlanan “**PSİKİYATRİK BELİRTİLER İLE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE MÜKEMMELİYETÇİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİDE DENEYİMSEL KAÇINMANIN ARACI ROLÜ**” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 29.11.2021 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Prof. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU

.....

Üye

Prof. Dr. Tamer AKER

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Sinem CANKARDAŞ

NALBANTÇILAR

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tubanur BAYRAM

KUZGUN

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gizem ATEŞ

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “**PSİKİYATRİK BELİRTİLER İLE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE MÜKEMMELİYETÇİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİDE DENEYİMSEL KAÇINMANIN ARACI ROLÜ**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

29.11.2021

GİZEM GERDAN

ÖZET

**PSİKİYATRİK BELİRTİLER İLE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE
MÜKEMMELİYETÇİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİDE DENEYİMSEL
KAÇINMANIN ARACI ROLÜ
DOKTORA TEZİ
GİZEM GERDAN
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
(DANIŞMAN: PROF. DR. EBRU ŞALCIOĞLU)
İSTANBUL, 2021**

Bu çalışmada psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın aracı rolü yapısal eşitlik modeliyle sınanmıştır. Araştırma panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, agorafobisi, özgül fobi hastalık kaygısı, majör depresyonu, komorbid anksiyete ve depresyon veya tanımlanmamış diğer bir kaygı bozukluğu tanılarına sahip olan 18-65 yaş aralığında 221 gönüllü katılımcı ile yürütülmüştür. Sonuçlar deneyimsel kaçınmanın psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiye tümünden aracılık ettiğini göstermiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arttıkça deneyimsel kaçınmanın arttığı, artan deneyimsel kaçınmanın da psikiyatrik belirtileri arttırdığı görülmüştür. Modelin deneyimsel kaçınmadaki varyansın %55'ini açıkladığı; psikiyatrik belirtilerdeki varyansın da %63'ünü açıkladığı bulunmuştur. Çalışma bulguları deneyimsel kaçınmanın tanılar üstü özelliğini desteklemiş ve deneyimsel kaçınmanın çeşitli psikopatolojiler ve klinik özellikler ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Klinik değerlendirmelerde ve tedavide deneyimsel kaçınmanın odağa alınmasının tedavilerin etkisini arttıracakı düşünülmektedir. Araştırma bulguları ilgili alan yazın ışığında tartışılarak klinik uygulamalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Deneyimsel Kaçınma, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Mükemmeliyetçilik, Psikiyatrik Belirtiler, Tanılar Üstü Yaklaşım

ABSTRACT

THE MEDIATING ROLE OF EXPERIENTIAL AVOIDANCE IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHIATRIC SYMPTOMS, INTOLERANCE OF UNCERTAINTY AND PERFECTIONISM

PH.D THESIS

GİZEM GIRDAN

GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY

PSYCHOLOGY-CLINICAL PSYCHOLOGY

(SUPERVISOR: PROF.DR. EBRU ŞALCIOĞLU)

İSTANBUL, 2021

In this study, the mediating role of experiential avoidance in the relationship between psychiatric symptoms and intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism was examined using the structural equation model. The study was conducted with 221 volunteering participants aged 18-65 years who were diagnosed with panic disorder, generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, social anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, agoraphobia, specific phobia, illness anxiety, major depression, comorbid anxiety depression and other-specified anxiety disorder. The results showed that experiential avoidance fully mediated the relationship between psychiatric symptoms and intolerance to uncertainty and maladaptive perfectionism. An increase in intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism resulted in an increase in experiential avoidance, which led to an increase in psychiatric symptoms. The model explained 55% of the variance in experiential avoidance and 63% of the variance in psychiatric symptoms. These findings supported the transdiagnostic role of experiential avoidance and showed that experiential avoidance is closely related to various psychopathologies and clinical problems. These findings suggested that a focus on experiential avoidance in clinical evaluations and treatment will increase the efficacy of treatments. The research findings were discussed in the context of the literature and recommendations were offered for clinical practice.

Key Words: Experiential Avoidance, Intolerance of Uncertainty, Perfectionism, Psychiatric Symptoms, Transdiagnostic Approach

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY	iii
YEMİN METNİ.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
ÖNSÖZ	xiii
1 GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	5
2 KAVRAMSAL ÇERÇEVE	9
2.1 Tanılar Üstü Yaklaşım.....	9
2.1.1 Tanılar Üstü Değişkenler	12
2.2 Tanılar Üstü Bir Klinik Değişken Olarak Deneyimsel Kaçınma	16
2.2.1 Deneyimsel Kaçınma Stratejilerinin Bileşenleri ve Türleri.....	19
2.2.2 Deneyimsel Kaçınma ve Psikopatoloji	20
2.3 Tanılar Üstü Değişken Olarak Mükemmeliyetçilik	24
2.3.1 Olumlu – Olumsuz Mükemmeliyetçilik Mükemmeliyetçilik.....	26
2.3.2 Mükemmeliyetçilik ve Deneyimsel Kaçınma.....	27
2.3.3 Mükemmeliyetçilik, Psikopatoloji ve Deneyimsel Kaçınma	29
2.4 Tanılar Üstü Değişken Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük.....	30
2.4.1 Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Endişe ve Deneyimsel Kaçınma	33
2.4.2 Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Deneyimsel Kaçınma ve Psikopatoloji.....	34
2.5 Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri.....	37
3 YÖNTEM.....	39
3.1 Örneklem	39
3.2 Veri Toplama Araçları.....	40
3.2.1 Bilgi Toplama Formu (BTF).....	41
3.2.2 Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği-30 (<i>Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire-30</i>)	41
3.2.3 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (<i>Intolerance of Uncertainty Scale</i>).43	

3.2.4 APS- R Mükemmeliyetçilik Ölçeği (APS-R: <i>Almost Perfect Scale-Revised</i>)	44
3.2.5 Kısa Semptom Envanteri (<i>The Brief Symptom Inventory</i>)	46
3.3 Araştırma Deseni	47
3.4 İşlem	47
3.5 Analiz Stratejisi	48
4 BULGULAR	51
4.1 Katılımcıların Betimleyici Özellikleri	51
4.2 Psikiyatrik Belirtilere İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi	52
4.3 Deneyimsel Kaçınmaya İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi	56
4.4 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Özelliklerinin Belirlenmesi	62
4.5 Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Belirlenmesi	64
4.6 Psikiyatrik Belirtiler, Deneyimsel Kaçınma, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler	68
4.6.1 Psikiyatrik Belirtilerin Birbirleri ile İlişkileri	68
4.6.2 Psikiyatrik Belirtiler ile Deneyimsel Kaçınma Arasındaki İlişkiler	68
4.6.3 Psikiyatrik Belirtiler ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkiler	69
4.6.4 Psikiyatrik Belirtiler ile Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler	69
4.6.5 Deneyimsel Kaçınma ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler	70
4.7 Yapısal Model Testine İlişkin Analizler	72
4.7.1 Gözlenen Değişkenler Arasındaki İlişkiler	72
4.7.2 Ölçme Modeli	75
4.7.3 Örtük Değişkenler Arasındaki İlişkiler	76
4.7.4 Yapısal Model Sonuçları	78
5 TARTIŞMA	81
5.1 Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki İlişki	81
5.1.1 Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişki	81
5.1.2 Psikiyatrik Belirtiler ile Deneyimsel Kaçınma İlişkisi	83
5.1.3 Psikiyatrik Belirtiler, Deneyimsel Kaçınma ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişki	87
5.1.4 Psikiyatrik Belirtiler, Deneyimsel Kaçınma ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişki	89
5.1.5 Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik İlişkisi	90

5.2 Psikiyatrik Belirtiler ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkide Deneyimsel Kaçınmanın Aracı Rolü.....	91
5.3 Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları.....	97
5.4 Sonuç ve Öneriler.....	99
6 KAYNAKLAR.....	105
7 EKLER.....	137
EK A BİLGİ TOPLAMA FORMU.....	137
EK B ÇOK BOYUTLU YAŞANTISAL KAÇINMA ÖLÇEĞİ.....	138
EK C BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ	140
EK D APS-R MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖLÇEĞİ	141
EK E KISA SEMPTOM ENVANTERİ.....	142
EK F KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI	144
8 ÖZGEÇMİŞ	145

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3. 1 Uyum İyiliği İndeksleri Referans Değerleri	50
Tablo 4.1 Anksiyete Belirtilerinin Dağılımı	53
Tablo 4.2 Depresyon Belirtilerinin Dağılımı	54
Tablo 4.3 Olumsuz Benlik Değerlendirmelerinin Dağılımı.....	55
Tablo 4.4 Somatizasyon Belirtilerinin Dağılımı	55
Tablo 4.5 Hostilite Belirtilerinin Dağılımı.....	56
Tablo 4.6 Deneyimsel Kaçınma Davranışlarının Dağılımı.....	59
Tablo 4.7 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Özellikleri	63
Tablo 4.8 Olumsuz Mükemmeliyetçilik Özellikleri	66
Tablo 4.9 Olumlu Mükemmeliyetçilik Özellikleri.....	67
Tablo 4.10 Psikiyatrik Belirtiler, Deneyimsel Kaçınma, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi	71
Tablo 4.11 Gözlenen Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	74
Tablo 4.12 Ölçme Modeli Uyum İyiliği Değerleri	75
Tablo 4.13 Ölçme Modeline İlişkin İstatistikler	76
Tablo 4.14 Örtük Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	77
Tablo 4.15 Revize Edilmiş Yapısal Modelin Uyum İyiliği Değerleri	79

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1 Klinik Mükemmeliyetçiliğin Bilişsel ve Davranışsal Modeli.	26
Şekil 2.2 Önerilen Yapısal Model.....	38
Şekil 3.1 Örneklem Büyüklüğüne Göre Güç Değerleri	40
Şekil 3.2 Araştırmanın Uygulama Diyagramı.....	49
Şekil 4.1 Ölçme Modeli Standardize Çözümleme Değerleri	77
Şekil 4.2 Yapısal Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri	78
Şekil 4.3 Revize Edilmiş Yapısal Modelin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri	79
Şekil 4.4 Araştırma Kapsamında Desteklenen Özet Model.....	80

KISALTMALAR LİSTESİ

Bkz.	: Bakınız
BTF	: Bilgi Toplama Formu
BTİ	: Belirti Toplam İndeksi
BTÖ-12	: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-12
CFI	: Comparative Fit Index
ÇBYKO	: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği
DSM-IV	: Ruh Sağlığının Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu Dördüncü Versiyonu
DSM-5	: Ruh Sağlığının Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu Beşinci Versiyonu
GFI	: Goodness-of-Fit Index
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
NFI	: Normed Fit Index
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
Örn.	: Örneğin
PB	: Panik Bozukluğu
RCİ	: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi
RMSEA	: Root-Mean-Square Error of Approximation
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SRI	: Semptom Rahatsızlık İndeksi
SRM-R	: Standardized Root Mean Square Residual
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ÖNSÖZ

Öncelikle doktoramın ilk gününden son gününe kadar bilgi musluklarını sonuna kadar açan, her daim yol gösterici olan, arkamda duran, güvenini ve desteğini esirgemeyen danışmanım ve kıymetli hocam Prof. Dr. Ebru Şalcıoğlu'na sonsuz teşekkür ve minnetlerimi sunarım.

Doktora sürecinde gelişmeye katkı sağlayan, beni her daim dinleyen ve yatıştıran Prof. Dr. Ömer Faruk Şimşek'e, Dr. Öğr. Üyesi Sinem Cankardaş Nalbantçılar'a ve Dr. Öğr. Üyesi Tubanur Bayram Kuzgun'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Prof. Dr. Tamer Aker'e tez sürecindeki katkılarından ve destekleyici tutumlarından dolayı teşekkür ederim. Akademik yolculuğumda bir şekilde hep yanımda olan, bana olan inancını yitirmeyen ve cesaretimin tetikleyicisi olan değerli hocam Doç.Dr. Murat KURT'a da gönülden teşekkürler.

Hayatın tüm basamaklarını birlikte çıktığım, öğrenmeye ilk onlarla başladığım, alnımın terini her daim silen canım annem ve babam, sizler baş kahramanlarımsınız. Her virajlı dönemimde direksiyonu sıkı sıkıya tutan, ellerini omzumdan çekmeyen, bana havlu attırmayan, yanı başlarım Uzm. Psk. Esra Demirtaş ve Psk. Havva Özkan, sizler olmazsa olmazlarımsınız. İhtimalleri mümkün kılan, gediklerimi yamayan, isyan bayrağını birlikte çektiğim can dostum Uzm. Psk Hilal Bebek, hayat seninle okunaklı. Bu süreci kendi davası bellemiş, sırtımın kapı duvarı olan ve desteğini esirmeyen canım Uzm. Dr. Tuba Öger'e sonsuz teşekkürler. Her daim bir şekilde yanımda olan, beni anlayan ve nazımı çeken Orhan Aktaş'a da teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Büyütmek, yeşertmek, emek vermek nedir bana öğreten canım ananem, yerin dolamaz. Duaların ve gülüşün hep pusulamdır. Ve canım kızı Sophie, hayatımın her dönemecinde seninle kavuşmayı bildim ben. Tüylerden kurulan bir imparatorluk seninki. Sensizlik çok zor. Seni hep çok sevdim, hala öyle.

Özetle; bu serüvende yollarımın kesiştiği herkese sonsuz teşekkürler. Yolculuklar her daim yoldaşlarla güzel.

29.11.2021

GİZEM GERDAN

1 GİRİŞ

Anksiyete bozuklukları ve depresyon dünya genelinde yaygın görülen ruhsal bozukluklardır (Baxter, Scott, Vos ve Whiteford, 2013; World Health Organization: WHO, 2017) ve bu bozukluklarda komorbidite oranı oldukça yüksektir (Barlow ve Brown, 2009; Belzer ve Schneier, 2004; Lamers vd., 2011). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada 264 milyon insan anksiyete bozukluğundan ve 322 milyon insan ise depresyondan muzdaripdir (WHO, 2017). Ayrıca 1990-2017 yılları arasında dünya genelinde depresyon oranının %49.86 arttığı rapor edilmiştir (Liu vd., 2020). Anksiyete bozukluklarının da 1990-2019 yılları arasında global olarak prevalansının %50 arttığı (Yang vd., 2021) ve on dört kişiden birinin hayatın belli bir döneminde anksiyete bozukluğuna yönelik tanı kriterlerini karşıladığı belirtilmiştir (Baxter vd., 2013).

Anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan bireylerin sadece psikososyal işlevsellikleri zarar görmemekte aynı zamanda fiziksel sağlıkları da olumsuz yönde etkilenmektedir (Brenes vd., 2008; Gili vd., 2013). Gündelik hayatlarındaki aktivitelerini ya da görevlerini yerine getirmekte güçlük çekmenin yanı sıra psikopatolojileriyle ilişkili olarak da (örn. yoğun kaygı, endişe, fizyolojik belirtiler, kaçınma davranışları vb.) fiziksel ve sosyal aktivite düzeyleri azalabilmekte ya da kısıtlanabilmektedir (Brenes vd., 2008; Hendriks vd., 2014). Psikososyal işlevsellikteki azalmaya paralel olarak sosyal etkileşim alanları azalmakta, kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkilenmektedir. Bunun neticesinde aldıkları sosyal destek de zayıflamaktadır (Bronisch ve Hecht, 1990; Saris, Aghajani, van der Werff, Van der Wee ve Penninx, 2017). Anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan bireylerde sağlığı olumsuz etkileyecek davranışlar (örn. sigara kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, aşırı alkol tüketimi vb.) yaygın görülmektedir (Gigantesco, Ferrante, Baldissera ve Masocco, 2015). Ayrıca anksiyete bozuklukları ve depresyona (ilgili psikopatolojilere) kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal problemler, diyabet, hipertansiyon ve respiratuar hastalıklar gibi pek çok farklı fizyolojik hastalıklar eşlik etmektedir (Roy-Byrne vd., 2008). Bununda ötesinde anksiyete bozuklukları ve depresyonun; hipertansiyon (Jonas, Franks ve Ingram, 1997), diyabet (Deleskog vd., 2019), kardiyovasküler hastalıklar (Emdin vd., 2016; Freedland ve Carney, 2013) ve

immünolojik sorunlar (Kiecolt-Glaser ve Glaser, 1995) gibi çeşitli hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğu da belirtilmiştir.

Anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan bireylerde üretkenliğin azalması ve mesleki performansın düşmesi neticesinde maddi (ekonomik) kayıplar artmaktadır (Gili vd., 2013; Kessler vd., 2008; Plaiser vd., 2010). İlgili hastalıklarda görülen üretkenlik kaybının küresel ekonomide yılda 1 trilyon USD'ye denk geldiği belirtilmektedir (Health, 2020). Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler genel sağlık hizmetlerinden sık faydalanan gruplar arasında olmakla birlikte (Simon, Ormet, VonKorff ve Barlow, 1995; Sporinova, vd., 2019) sağlık sorunlarına ilişkin yapılan harcamaların da büyük bir alanını ruhsal bozukluklar oluşturmaktadır (Soni, 2009; Sporinova, vd., 2019). Otuz Avrupa ülkesinde 2010 yılında yürütülen bir çalışmada anksiyete bozukluklarının tıbbi maliyetinin 74.4 milyar Euro olduğu, duygudurum bozuklukları için ise bu rakamın 43.3 milyar Euro olduğu tahmin edilmiştir (Gustavsson vd., 2011). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun çocuk, ergen ve yetişkin dahil olmak üzere genel popülasyonda görülme sıklığının her geçen gün artması (Kessler vd., 2005) ve ekonomik kayba neden olmasından ötürü (Liu vd., 2020) bu bozukluklar küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Liu vd., 2020; Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm ve Saxena, 2012; WHO Regional Office for Europe, 2018). Anksiyete bozuklukları ve depresyonun küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmesindeki önemli faktörlerden birisinin ilgili bozukluklardaki yüksek komorbidite oranlarının olduğu düşünülmektedir. Nitekim anksiyete bozuklukları ve depresyonda komorbidite oranı %50'nin üzerindedir (Belzer ve Schneier, 2004; Lamers vd., 2011) ve yaşam boyu tanılar dahil edildiğinde bu oran %76'ya yükselmektedir (Brown ve Barlow, 2009). Hem anksiyete bozuklukları ve depresyonun prevalansının giderek artması hem de ruhsal bozukluklarda komorbidite oranlarının yüksek olması, psikopatolojilerdeki ortak ilkelerin doğasının anlaşılmasına ve etkili tedavi protokollerinin geliştirilmesi için tanılarının da üstünde bir perspektife ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır.

Tanılar üstü yaklaşım, tanılardan bağımsız olarak psikopatolojilerin birbirinden farklılığından ziyade gelişiminde ve sürdürülmesinde belirleyici olan ortak temel süreçlere odaklanarak, komorbid durumları tek bir müdahale ile çözmeyi, her bir bozukluk için farklı tedavi protokollerini öğrenme ve uygulama gereksinimlerini

ortadan kaldırarak tek bir protokole dayalı tedavi ilkeleri geliştirmeyi sağlamaktadır. Bunun yanı sıra tanı kriterlerini tam karşılamayan eşik altı belirtilerin (subsendromal) olduğu durumları çalışabilir kılmayı, klinik yargılardaki tanısal güvenilirlik sorununu bertaraf etmeyi ve tanısal dalgalanmaların önüne geçmeyi sağlayarak ortak ilkeler doğrultusunda psikopatolojileri kavramsallaştırıp, değerlendirme ve tedavi süreçlerinin etkililiğini artırmayı hedeflemektedir (Mansel, Harvey, Watkins ve Shafran, 2009; McManus, Shafran ve Cooper, 2010; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011).

Literatürde çeşitli ruhsal bozuklukların etiyolojisinde, sürdürülmesinde ve değişiminde önemli rol oynayan deneyimsel kaçınma, belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik gibi tanımlar üstü bazı değişkenler tanımlanmaktadır. Deneyimsel kaçınma bu kritik değişkenlerden birisidir (Harvey, Watkins, Mansell ve Shafran, 2004; Spinhoven, van Hemert ve Penninx, 2017). Deneyimsel kaçınma, kişinin deneyimlediği sıkıntıdan ve olumsuz duygudan kaçmaya yönelik girişimlerini ifade etmektedir (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero ve Watson, 2011; Hayes, Wilson, Gifford, Follette ve Strosahl, 1996). Genel bir örüntü olarak anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan bireyler olumsuz duyguyu tetikleyen durumları sıkıntı verici bulmakta ve bununla baş etmek üzere ilgili durumlardan kaçınmaktadır. Başka bir ifadeyle anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan bireyler, rahatsız edici duygusal deneyimler söz konusu olduğunda sıkıntısını azaltmak, kontrol edebilmek ya da önleyebilmek üzere pek çok farklı kaçınma stratejileri kullanmaktadır (Gamez vd., 2011; Hayes vd., 1996; Ottenbreit ve Dobson, 2004). Bu haliyle deneyimsel kaçınma klinik açıdan anahtar bir değişken olup, anksiyete bozuklukları ve depresyonda ortak semptomatik bir örüntüdür (Fernandez-Rotriguez Paz-Caballero, González-Fernández ve Alvarez, 2018).

Belirsizliğe tahammülsüzlük de tanımlar üstü değişkenlerden birisidir. Belirsizliğe tahammülsüzlük; belirsizliğin kabul edilemez görülmesi, sıkıntı verici bulunması, bu durumlardan kaçınılması gerektiği düşüncesiyle ilişkili olarak, belirsizliğe yönelik artmış olumsuz tepki verme eğilimlerini içeren bilişsel bir yatkınlıktır (Dugas, Gosselin ve Ladouceur 2001; Dugas vd., 2005; Koerner ve Dugas, 2008). Anksiyete bozukluğu ve depresyon yaşayan bireylerde belirsizlik tehditkar olarak algılanmaktadır. Olumsuz olayın gerçekleşme ihtimaline bakmaksızın bu

durumlardan kaçınılmaya çalışılırken, belirsizliği azaltmak ya da kontrol edebilmek için kaçınma stratejileri kullanılmaktadır (Birrell, Meares, Wilkinson ve Freeston, 2011; Carleton, 2012; Carleton, Sharpe ve Asmundson, 2007; Flores, López, Vervliet ve Cobos, 2018).

Olumsuz mükemmeliyetçilik, tanılar üstü değişken olarak anksiyete bozukluklarında ve depresyonda etiyolojik ve sürdürücü özelliklere sahip bilişsel bir kişilik faktörü olarak ele alınmaktadır (Dunkley, Blankstein, Masheb ve Grilo, 2006; Egan, Wade ve Shafran, 2011). Olumsuz mükemmeliyetçilik, ulaşılabilirliğin ötesinde katı standartlar belirleyen bireyin, kendi performansını aşırı eleştirel ve olumsuz değerlendirme süreçlerini içeren bir kişilik eğilimidir (Frost, Marten, Lahart ve Rosenblate, 1990; Shafran, Cooper ve Fairburn, 2002). Anksiyete bozuklukları ve depresyondaki olumsuz mükemmeliyetçilik örüntüsünde; birey standartlarını karşılamış olsa bile kendini yetersiz görme, aşırı eleştirme, suçlama, ruminatif bir biçimde sürekli standartlara ulaşip ulaşmadığıyla ve hatalarıyla meşgul olma eğilimindedir. Bu durumun beraberinde getirmiş olduğu başarısızlıktan, kontrol kaybından, acımasız öz eleştirilerden ve suçlamalardan kaçınmak için de erteleme, bırakma/yapmama, sık sık kontrol etme ve yeniden yapma gibi kaçınma stratejileri aracılığıyla kendine yönelik olumsuz duygu ve düşüncelerden kurtulmaya çalışmaktadır (Moroz ve Dunkley, 2019; Olson ve Kwon 2008; Shafran vd., 2002; Slade ve Owens, 1998).

Belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik psikopatolojinin etiyolojisinde ve sürdürülmesinde önemli değişkenler olmakla birlikte ilgili özelliklerde kaçınma odaklı stratejilerin aktif bir şekilde kullanılması dikkat çekicidir. Yukarıda belirtildiği üzere belirsizliğe tahammülsüzlükte kişi kesinlik arayışı içindeyken belirsizliğin yarattığı duygudan ya da olası olumsuz sonuçlarından kaçınmaya; olumsuz mükemmeliyetçilikte ise birey başarısızlıktan, algılanan kontrolsüzlükten, eleştirilerden ve bunların yarattığı olumsuz duygulardan ve sonuçlardan kaçınmaya çalışmaktadır. Nitekim belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve mükemmeliyetçiliğin deneyimsel kaçınmayla ilişkili olduğu yaygın olarak bilinmektedir (Buhr ve Dugas, 2012; Dunkley, Zuroff ve Blankstein, 2003; Flores vd., 2018; Moroz ve Dunkley, 2019). Bireyin belirsizliği tolere edebilmesi, kaçınma davranışlarını kullanıp kullanmaması ile yakından ilişkilidir. Belirsizliğe

dayanabilmek için belirsizliği azaltmaya ya da sonucu öngörmeye ilişkin kaçınma davranışlarının sonlandırılması yani belirsizliğin yarattığı duyguyla kalınabilmesi gerekmektedir. Benzer şekilde olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerde de bireyin yüksek standartlarıyla ve bunların karşılanma durumuyla zihinsel olarak meşgul olmayı bırakabilmesi, dikkatini olası hatalarından ve olumsuz sonuçlardan çekebilmesi gereklidir. Bunun için kendini izleme, sürekli kontrol etme, öngörmeye çalışma, güvence arama, erteleme veya ruminasyon gibi kaçınma stratejilerini terk edebilmesi gerekmektedir. Dahası olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerle baş edilebilmesi, yukarıda belirtilen durumlarla tetiklenebilecek olan olumsuz duyguyla temas edilebilmesine yani bu duyguların tolere edilebilmesine bağlıdır.

Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerin psikopatolojiler üzerindeki etkisinin, deneyimsel kaçınmanın aracılığıyla gerçekleşebileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda yapılacak olan bu çalışmada psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın aracı rolünün psikiyatrik tanıya sahip olan klinik örneklem üzerinde incelenmesi amaçlanmıştır.

1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Prevalansı ve komorbidite oranı yüksek olan ve giderek küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelen anksiyete bozuklukları ve depresyon, biyopsikososyal işlevselliği olumsuz yönde etkilemekte ve ekonomik maliyeti artırmaktadır. Bu nedenle işlevsel müdahale yöntemlerinin geliştirilebilmesi için hem teorik hem de uygulamalı araştırmaların yürütülmesi oldukça önemlidir. Dolayısıyla anksiyete bozuklukları ve depresyonun etiyolojisinde, sürdürülmesinde ve değişiminde önemli rol oynadığı düşünülen tanılar üstü değişkenlerin çalışılmasının hem kuramsal açıdan hem de klinik uygulamalar açısından kritik olduğu düşünülmektedir.

Literatürde tanılar üstü değişken olan deneyimsel kaçınmanın, çeşitli psikiyatrik değişkenler arasındaki ilişkide aracı role sahip olduğu çalışmalarca gösterilmiştir. Deneyimsel kaçınmanın anksiyete duyarlılığı ile alkol tüketimi (Stewart, Zvolensky ve Eifert, 2002), anksiyete duyarlılığı ile anksiyete semptomları (Bardeen, Fergus ve Orcutt, 2014), anksiyete duyarlılığı ile depresyon semptomları (Stein, Medina, Rosenfield, Otto ve Smits, 2020), psikolojik istismar ile ruh sağlığı

belirtileri (Reddy, Picket ve Orcutt, 2006), çocukluk çağı travmaları ile OKB semptomları (Briggs ve Price, 2009), algılanan stres ve alekstimi ile psikiyatrik belirtiler (Zakiei vd., 2017), baş etme becerileri ile ruh sağlığı belirtileri (Costa ve Pinto-Gouveia, 2011; Fledderus, Bohlmeije ve Pieterse, 2010), negatif affekt ve çocukluk çağı travması ile sorun davranışlar (Kingston, Clarke ve Remington, 2010), negatif affekt ile duygusal yeme (Litwin, Goldbacher, Cardaciotto, ve Gambrel, 2017), aleksitimi ile somatizasyon ve depresyon semptomları (Panayiotou vd., 2015), paranoid düşünceler ile psikiyatrik belirtiler (Núñez, Ordóñez-Carrasco, Fuentes ve Langer, 2021) arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir.

Deneyimsel kaçınma, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikiyatrik belirtiler değişkenleri arasındaki ilişkileri aracılık üzerinden inceleyen çalışmalarda, deneyimsel kaçınmanın, mükemmeliyetçilik ile patolojik endişe (Santanello ve Gardner, 2007), olumsuz mükemmeliyetçilik ile depresif belirtiler (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams ve Winkworth, 2000; Dunkley vd., 2003; Moroz ve Dunkley, 2015, 2019) ve anksiyete semptomları (Dunkley vd., 2000, Moroz ve Dunkley, 2019), olumsuz mükemmeliyetçilik ile psikolojik belirtiler (öfke, psikosomatik ve depresif belirtiler) (Dunkley ve Blankstein, 2000) arasında aracı role sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kaçınma odaklı baş etme becerilerinin, belirsizliğe tahammülsüzlük, metakognitif inançlar ve duygusal şemalar ile endişe (Akbari ve Khanipour, 2018), belirsizliğe tahammülsüzlük ile psikolojik belirtiler (Rettie ve Daniels, 2020) ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile H1N1 anksiyetesi (Taha vd., 2014) arasında da aracı role sahip olduğu da gösterilmiştir. Bilişsel bir kaçınma türü olan ruminasyonun (Spinhoven vd., 2016) da belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon (Liao ve Wei, 2011) ve ruhsal iyi oluş (Satici, Saricali, Satici ve Griffiths, 2020) arasındaki ilişkide aracı bir rolü olduğu gösterilmiştir.

Yukarıda anılan çalışmaların ağırlıklı olarak sağlıklı bireyler üzerinde yürütüldüğü görülmektedir (Akbari ve Khanipour, 2018; Bardeen vd., 2014; Briggs ve Price, 2009; Dunkley ve Blankstein, 2000; Dunkley vd., 2000; Dunkley vd., 2003; Liao ve Wei, 2011; Litwin vd., 2017; Moroz ve Dunkley, 2015, 2019; Núñez vd., 2021; Reddy vd., 2006; Panayiotou vd., 2015; Santanello ve Gardner, 2007; Satici vd., 2020; Stewart vd., 2002; Taha vd., 2014; Zakei vd., 2017). Bununla birlikte klinik örneklemeler üzerinde yürütülen çalışmaların da spesifik olarak anksiyete bozuklukları,

majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ya da travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi çeşitli tanılara sahip örneklemeler üzerinde yürütülmediği görülmüştür. Anılan çalışmalar kronik ağrı sorunu olan (Costa ve Pinto-Gouveia, 2011), kişilik bozukluğu olan (Kingston vd., 2010) ya da henüz tanı almamış ancak anksiyete ve depresyon belirtileri olan (Fledderus vd., 2010; Rettie ve Daniels, 2020) bireyleri içermektedir. Ayrıca bazı çalışmalarda belirli tanı grubunda yığılma bulunmaktadır (Panayiotou vd., 2015). Tüm bu durumlar anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlığa sahip klinik evrene genelleme yapılmasını sınırlandırmaktadır. Bununda ötesinde ilgili alan yazında belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik, deneyimsel kaçınma ve psikiyatrik belirtiler arasındaki aracılık ilişkilerinin eş zamanlı olarak incelendiği tanı almış klinik örneklemeler üzerinde yürütülen çalışmalara rastlanamamıştır. Oysa bu değişkenler arasındaki ilişkinin aynı araştırma deseni içerisinde çalışılmasının psikopatolojilerin doğasının anlaşılmasına önemli katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Nitekim belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçiliğin yukarıda detaylı olarak tanımlanan özelliklerinin psikopatolojiler üzerindeki etkisi, deneyimsel kaçınma aracılığıyla açığa çıkıyor olabilir. Deneyimsel kaçınmayla klinik özellikler ve psikopatoloji arasında karşılıklı döngüsel bir ilişki vardır. Başka bir ifadeyle belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçi özellikler neticesinde giderek artan kaçınma davranışları psikopatolojik örüntünün sürmesine ve pekişmesine neden oluyor olabilir. Kaçınma davranışıyla pekiştirilen psikopatolojik örüntü, nihayetinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçi özellikleri de pekiştirerek psikopatolojinin sürdürülmesine katkı sağlıyor olabilir. Dolayısıyla alanyazında sıklıkla komorbidite oranlarının yüksek olduğu belirtilen ruhsal bozukluklarda psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçi özellikler arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın aracı rolünün belirlenmesinin psikopatolojinin doğasının anlaşılmasına, olguların işlevsel bir şekilde formüle edilmesine ve daha etkili müdahale yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ancak ilgili alan yazında bu değişkenler arasındaki ilişkiyi aynı araştırma deseninde çeşitli psikiyatrik tanılara sahip örneklemeler üzerinde ele alan çalışma bulunmamaktadır. Bu haliyle mevcut çalışma alanyazın için öncü özellikler taşımakta olup, belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın aracı rolünü panik bozukluğu (PB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sosyal anksiyete bozukluğu

(SAB), agorafobi, özgül fobi, OKB, TSSB, hastalık kaygısı ve majör depresyon gibi çeşitli psikiyatrik tanılara sahip örneklemeler üzerinde incelemektedir.



2 KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Tanılar Üstü Yaklaşım

Tanılar üstü yaklaşım (transdiagnostik yaklaşım); farklı ruhsal rahatsızlıkların altında yatan ortak süreçlere odaklanarak gerek eşhastalanma (komorbid) durumunu tek bir müdahale ile çözmeyi, gerekse her bir bozukluk için farklı tedavi protokollerini öğrenme ve uygulama zorluklarını aşmayı hedeflemektedir (Barlow, Allen ve Choate, 2004; Brown ve Barlow, 2009; Harvey vd., 2004; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011). Bir diğer ifadeyle transdiagnostik yaklaşım ortak sorun temeline dayalı, tanılardan bağımsız bir yaklaşım olup ortak ilkeler doğrultusunda olguları kavramsallaştırma çabasıdır.

Psikolojik tedavi arayışında olan bireylerde salt bir bozukluğun görülmesi oldukça nadir olup komorbidite oranları yüksektir (Harvey vd., 2004). Anksiyete bozukluğu olan bireylerin yaklaşık yarısından fazlasında aynı anda en az başka bir anksiyete bozukluğu eşlik etmektedir (Keller, 2002; Rodriguez vd., 2004). Anksiyete ya da duygudurum bozukluğu olanların %55'inde en az ek bir anksiyete ya da depresif bozukluk olduğu, yaşam boyu tanılar dikkate alındığında ise bu oranın %76'ya yükselebildiği de belirtilmektedir (Brown ve Barlow, 2009). National Comorbidity Survey'in Amerika Birleşik Devletleri'nde 15-54 yaş arasını içeren epidemiyolojik çalışmasında; yaşam boyu görülen ruhsal bozukluklarda %79.4 oranında komorbidite olduğu ve 'yaşam boyu yaygınlık tahminleri toplamına' göre de psikolojik rahatsızlık yaşayan kişilerin ortalama 2.1 farklı psikiyatrik tanı aldığı rapor edilmiştir (Kessler vd., 1994).

Komorbid durumlarda birincil rahatsızlığın hangisinin olduğunu belirlemede yani tanıların ayırt ediciliğinde birtakım sorunlarla karşılaşmaktadır (Brown ve Barlow, 1992). Birincil bozukluğun tedavi edilmesinin komorbid bozukluk üzerinde etkili olacağına ilişkin klinik yargı da oldukça hakimdir (Brown, Antony ve Barlow, 1995; Brown ve Barlow, 1992; McManus vd., 2010). Ancak komorbidite durumlarının tek bir bozukluğa kıyasla daha kronik ve dirençli bir örüntüye sahip olduğu, tedavi yanıtlarının daha kötü olduğu (Pennix vd., 2011), nüks oranlarının daha yüksek olduğu (Schaffer vd., 2012) dahası komorbid durumlarda tam remisyonunun yaygın görülmediği bildirilmektedir (Brown vd., 1995).

Bireyin zaman içinde müdahale olmaksızın tanı kriterlerini karşılamaya devam edip etmediğini inceleyen tanısal süreklilik çalışmaları, tanılar arasında orta düzeyde geçiş oranların bulunduğunu ortaya koymaktadır (Hovenkamp-Hermelink, Riese, Batelaan, Penninx ve Schoevers, 2016). Örneğin herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alan kişi zaman içinde farklı bir anksiyete bozukluğuna geçiş yapabilmektedir (*heterotipik devamlılık*) (Hovenkamp-Hermelink vd., 2016; Wittchen, Lieb, Pfister ve Schuster, 2000). Komorbidite ve tanıların sürekliliğiyle ilişkili olan bir başka değişken ise tanıların güvenilirliğidir. DSM temelli tanısal görüşme araçları yaygın olarak kullanılsa da değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayıları psikopatolojinin türüne göre değişken bir örüntü sergilemektedir (Regier vd., 2013). Bununla ilişkili bir diğer husus ‘tanımlanmamış diğer bir’ kategorisine giren eşik altı belirtilerin görüldüğü bozukluklardır. Örneğin tanımlanmamış diğer bir kaygı bozukluğu, anksiyete belirtilerinin belirgin olduğu ancak tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı (American Psychiatric Association: APA, 2013) ve bilginin yetersiz olduğu durumlarda kolaylaştırıcı rezidüel bir kategori olarak kullanılmaktadır (Norton ve Paulus, 2017). Bu noktada klinisyenlerin klinik yargıları ve tanıları DSM’ye bağlı kalabilmeleri, ayırıcı tanıya detaylı ele almak üzere zaman ayırabilmeleri gibi değişkenlere göre değişebileceğinden ötürü tanıların ne ölçüde kriterlere uyduğu ve ayırt ediciliği belirsizleşmektedir (Norton ve Paulus, 2017). Ortak risk faktörlerinin ve sürdürücü değişkenlerin ele alınması yüksek komorbidite oranlarından sorumlu mekanizmaların anlaşılmasını sağlamanın (Harris ve Norton, 2008) yanı sıra değerlendirmelere ilişkin güvenilirliği de arttıracaktır (Norton ve Paulus, 2017). Dolayısıyla tanı kriterlerinin üzerinde olan, psikopatolojilerde paylaşılmış çekirdek mekanizmaları hedef alan bakış açısı vurgulanarak; psikopatolojilerin birbirinden farklılığından ziyade benzer ve ortak yapıları gündeme gelmektedir (Brown ve Barlow, 2009).

Psikopatolojilerde görülen ortak klinik özellikler ya da semptomlar da tanılar üstü perspektife belirgin şekilde işaret etmektedir. Anksiyete bozukluklarında ortak olan ve yaygın olarak görülen bir dizi klinik özellik ve/veya semptom vardır (McManus vd., 2010). Örneğin anksiyete bozukluklarında artmış tehdit algısıyla ilişkili olarak tetikleyici durumlar/uyaranlar karşısında sempatik aktivasyon artmakta, bedensel belirtiler açığa çıkmakta ve panik benzeri belirtiler görülebilmektedir (Beck, 1976; Hendriks vd., 2014; Norton ve Paulus, 2017). Nitekim panik atak PB’ye özgü

değildir ve anksiyete bozukluklarının tümünde görülebilmektedir (McManus vd., 2010). SAB’de panik belirtileri sosyal durumlarda tetiklenebileceği gibi agorafobide halka açık alanlarda tetiklenebilmektedir (Norton ve Paulus, 2017). Deneyimlenen bu sıkıntıyı kontrol edebilmek ya da gerilimi azaltmak üzere birey çeşitli kaçınma ve güvenlik davranışlarına girebilmektedir (Hendriks vd., 2014; Norton ve Paulus, 2017). Bu noktada kişinin algılanan tehditle ilişkili olarak psikopatolojisine özgü içerik farklılıklarından ziyade bu içsel deneyimi kontrol etmeye yönelik ortak olan baş etme stratejileri vurgulanmaktadır (Norton ve Paulus, 2017). Diğer taraftan OKB, TSSB (Huppert vd., 2005) ve YAB’ de (Comer, Kendall, Franklin, Hudson ve Pimentel, 2004) intrusif ya da rahatsız edici nitelikte kaygı, endişe veren düşünceler veya imgeler deneyimlenebilirken, bunun yanı sıra her birinde sıkıntıyı azaltmak üzere ritüelistik davranışlar da görülebilmektedir. Artmış kontrol davranışları (hiperkontrol) OKB’ de sıklıkla görülen belirti olmakla birlikte tüm anksiyete bozukluklarında kontrole ilişkin davranışlar görülebilmektedir (Scapellato, 2009). Örneğin; PB’ de bedensel belirtileri tarama, kontrol etme davranışları görülürken (Barlow, 2008), YAB’ de endişeye bir yanıt olarak kompulsif kontrol davranışları açığa çıkabilmektedir (Schut, Castonguay ve Borkovec, 2001). Hatta endişenin kendisi kognitif kontrol işlevine sahiptir (Tallis ve de Silva 1992). Tekrarlayıcı negatif düşünceler, endişe ve ruminasyon süreçlerini içermekle birlikte YAB’de geleceğe yönelik potansiyel tehlikelerle ilişkili olarak kontrol edilemeyen tekrarlayıcı düşünceler ve bunları kontrol edebilmek üzere artmış endişe şeklinde (Ehring ve Watkins, 2008); SAB’ de ise yakın geçmişteki sosyal etkileşimle ilgili olarak kendini, diğerlerini ve olayı tekrar tekrar düşünüp (olay sonrası işleme) kendine yönelik olumsuz değerlendirmeler yapma şeklinde görülmektedir (Kashdan ve Roberts, 2007). SAB’de görülen olay sonrası tekrarlayıcı düşünmenin ritüelistik bir formda kontrol etme işlevine sahip olduğu da düşünülebilir. Depresyondaki bireyler de ruminatif bir örüntüde ve pasif bir şekilde depresif durumuna odaklanırken, sorunu çözmeye yeltenmeksizin geçmişteki hataları, başarısızlıkları, nedenleri ve sonuçları hakkında tekrar tekrar düşünmektedir (Nolen-Hoeksema, 1991). Tekrarlayan bu düşünceler aracılığıyla olayların bilişsel ve sözel yönlerine odaklanıldığından duygunun işlenmesinin önüne geçilmektedir (Fernando ve Carter, 2007). Genel olarak tekrarlayıcı nitelikteki bu düşünceler ve bunları kontrol etme çabaları olumsuz duygudan kaçmaya hizmet eder (Wahl vd., 2019).

Transdiagnostik bakış açısı, değerlendirme ve tedavide ortak sürdürücü bileşenleri/süreçleri hedef alması nedeniyle bir harita işlevi görerek komorbidite oranı yüksek vakaların anlaşılmasını ve çalışılmasını klinik pratikte kolaylaştırmakta (Harvey vd., 2004; Mansell vd., 2009) ve tedavi etkililiğini artırmaktadır (McManus vd., 2010). Olguları ortak ilkeler doğrultusunda inceleyerek tanı kriterlerinin tam karşılamadığı, eşik altı belirtilerin (subsendromal) olduğu durumları çalışabilir kılmakta ve tanısal dalgalanmalar, klinik yargılardaki tanısal güvenirlik gibi sorunları da bertaraf etmektedir (Mansell vd., 2009; McManus vd., 2010; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011). Formal nozolojiden ziyade ortak ilkelerin damıtılarak birleştirilmesi psikiyatrik değerlendirmede ve tedavide daha kapsamlı bir kavramsallaştırma sağlamaktadır (Brown ve Barlow, 2009). Transdiagnostik yaklaşımla işlevsel olmayan temel çekirdek süreçlere odaklanılarak psikopatolojinin doğası parsimoni ilkelerince anlaşılma ve çalışılabilirliği (Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011). Nitekim komorbiditesi olan gruplar üzerinde transdiagnostik tedavi ilkelerince yürütülmüş randomize kontrollü çalışmalar da tanılar üstü perspektifin işlevselliğine dair kanıtlar sunmaktadır (Farchione vd., 2012). Dolayısıyla çeşitli bozukluklarda eş zamanlı olarak görülen, ortak risk faktörlerini ve sürdürücü değişkenleri içeren şemsiye bir yapının belirlenmesi için bu alanda yürütülecek kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu durumun hem değerlendirme hem de sağaltım süreçlerinde etkiliği ve verimliliği arttıracığı düşünülmektedir.

2.1.1 Tanılar Üstü Değişkenler

Literatürde anksiyete bozukluklarında, depresyonda ve çeşitli psikopatolojilerde ortak paylaşılan, etiyolojik olarak yordayıcı olan ya da sorunu sürdürücü özelliğe sahip duygusal, davranışsal ve bilişsel unsurları içeren tanılar üstü farklı klinik değişkenler tanımlanmıştır (Barlow vd., 2004; Harvey vd., 2004; Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2008; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011). Aşağıda deneyimsel kaçınma ve güvenlik davranışları, ruminasyon, anksiyete duyarlılığı, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme, negatif affekt ve bilişsel süreçlerdeki yanlılık (örn. dikkat, bellek) değişkenlerini içeren tanılar üstü faktörler ele alınmıştır.

Kişinin sıkıntı veren durumdan/deneyimden kaçmaya ve rahatsızlık veren duygusal deneyimleri azaltmaya yönelik girişimlerini içeren deneyimsel kaçınma ve

güvenlik davranışları, anksiyete ve depresyonun yanı sıra pek çok farklı psikopatolojilerde ortak semptomatik bir örüntüdür (Blakey ve Abramowitz, 2016; Harvey vd., 2004; Hayes vd., 2004; Gamez vd., 2011). Bu haliyle deneyimsel kaçınma ve güvenlik davranışları tanılar üstü klinik değişkenler olarak psikopatolojilerde hem etiyolojik hem de sürdürücü bir faktör olarak ele alınmaktadır (Barlow vd., 2004; Chawla ve Ostafin, 2007; Harvey vd., 2004; Spinhoven, Drost, de Rooij, van Hemert ve Penninx, 2014). Olumsuz içerikli düşüncelerin pasif ve perseveratif bir şekilde düşünülmesini içeren tekrarlayıcı negatif düşünce de çeşitli psikopatolojilerde görülebilmektedir (McLaughlin ve Nolen-Hoeksema, 2011; Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991). Ruminasyon, anksiyete ve depresyon kliniğinde en sık karşılaşılan tekrarlayıcı olumsuz düşünce biçimi olmakla birlikte ilgili bozuklukların gelişmesinde ve sürdürülmesinde temel yapılardan birisidir. Bunun da ötesinde komorbiditeye katkısı olduğu da ifade edilmiştir (McLaughlin ve Nolen-Hoeksema, 2011).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsiz durumlar karşısında bireyin duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak olumsuz tepki gösterme eğilimidir. (Dugas, Buhr ve Ladouceur, 2004). Belirsiz sonuçlar yoğun kaygıya neden olmakta ve birey belirsizlikten kaçınmaya çalışmaktadır (Carleton, 2016). Belirsizliğe tahammülsüzlük çeşitli psikopatolojilerin gelişiminde ve sürdürülmesinde belirleyici olan ortak bilişsel bir yapıdır (Carleton, 2012). Belirsizliğe tahammülsüzlük özellikle psikopatolojilere yatkınlık yaratan transdiagnostik bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır (Carleton, 2012; Mahoney ve McEvoy, 2012). Mükemmeliyetçilik -olumsuz mükemmeliyetçilik- bireyin ulaşabilirliğin ötesinde yüksek standartlar belirlemesini, kendini aşırı eleştirel değerlendirmesini ve bunlarla paralel olarak işlevsel olmayan baş etme becerilerinin aktif kullanılmasını içeren bir kişilik özelliğidir. (Frost vd., 1990). Olumsuz mükemmeliyetçilik psikopatolojinin gelişiminde, sürmesinde ve nükste temel bir klinik değişkendir bir diğer ifadeyle tanılar üstü değişkenler arasında yer almaktadır (Dunkley vd., 2006; Shafran vd., 2002). Kaygıdan ve kaygıyla ilintili duygular ve duyumsamalardan korkma olarak tanımlanan anksiyete duyarlılığı (Taylor vd., 2007), çeşitli psikopatolojilerde görülen ortak klinik bir bulgudur (Smits, Otto, Powers ve Baird, 2019). Anksiyete duyarlılığı, rahatsızlık verici duygulara ve fiziksel belirtilere katlanabilmeye yani sıkıntının tolere edilebilmesiyle ilişkili bir durumu betimlemektedir (Smith vd., 2019). Anksiyete duyarlılığının tanılar üstü bir değişken olarak özellikle anksiyete bozukluğu ve depresyonda yordayıcı olduğu ifade

edilmektedir (Smits vd., 2019; Toro Tobar, Avendaño-Prieto ve Vargas Espinosa, 2020).

Negatif affekt, belirgin bir stres faktörü olmamasına karşın korku, kaygı, sıkıntı, suçluluk, öfke, umutsuzluk, bedensel yakınmalar, kendinden memnuniyetsizlik gibi geniş bir yelpaze içerisinde negatif uyaranlara karşı duyarlılıkla ilişkili mizaçsal eğilim olarak tanımlanmaktadır (Watson ve Clark, 1984). Negatif affekt anksiyete bozukluklarında ve depresyonda temel bir boyut olmakla birlikte psikopatolojiye ilişkin kırılganlık yaratan bir risk faktörüdür (Böhnke, Lutz ve Delgadillo, 2014; Toro Tobar vd., 2020). Negatif affektin, anksiyete bozukluğu ve depresyonun komorbid görülmesinde ve ilgili bozukluklardaki örtüşen semptomlarda (örn. irritabilite, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü vb.) merkezi bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Böhnke vd., 2014). Psikiyatrik sorunlardaki negatif afekte ilişkin duyarlılık, işlevsel olmayan baş etme becerilerinin kullanımına yönelik yatkınlık yaratmaktadır (Norton ve Philipp, 2008). Duyguyu düzenlemedeki güçlükler özellikle anksiyete bozukluğu, depresyon gibi çeşitli psikopatolojilerin gelişmesinde ve sürdürülmesinde kritik bir role sahip olup, tanılar üstü değişkenler arasında yer almaktadır (Brown ve Barlow, 2009; Mennin, Holoway, Fresco, Moore ve Heimberg, 2007; Sloan vd., 2017). Duygu düzenleme, kişinin hangi duygulara ne yoğunlukta ne zaman sahip olduğu ve bunları nasıl deneyimlediğiyle ilişkilidir (Gross, 1998). Kişiler duygusal deneyimini, duygunun şiddetini ve/veya türünü değiştirmek üzere stratejiler kullanmaktadır (Diamond ve Aspinwall, 2003; Gross, 1998). Bireyler duygularıyla baş etmek için baskılama, kaçınma ve ruminasyon gibi işlevsel olmayan çeşitli stratejiler kullanabilmektedir ve bu stratejiler pek çok psikiyatrik bozuklukla yakından ilişkilidir (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010). Nitekim yukarıda görüldüğü üzere kaçınma ve ruminasyon tanılar üstü kriterlerdir ve bireylerin bu stratejileri olumsuz duyguyla baş etmek üzere kullandığı anlaşılmaktadır.

Bilgiyi işleme sürecindeki bilişsel yanlılıklar da psikopatolojinin gelişmesinde ve sürmesinde merkezi bir role sahiptir (Lim ve Kim, 2005). Literatürde bireyin uyaranla ilişkisinde, verdiği tepkisinde ve uyarana/duruma ilişkin değerlendirmesinde bilişsel yanlılığa sebep olan çeşitli transdiagnostik bilişsel değişkenler tanımlanmaktadır (Harvey vd., 2004). Bilişsel süreçlerdeki yanlılık öğrenme ve pekişme süreçleriyle yakından ilişkili olup (Barry, Vervliet ve Hermans,

2015; Kindt ve Van Den Hout, 2001), davranışsal faktörlerle etkileşim içindedir (Norton ve Paulus, 2017). Dikkat yanlılığı, anksiyete bozukluğu (Cisler ve Koster, 2010) ve depresyonda (Krings, Heeren, Fontaine ve Blairy, 2020) kırılabilirlik yaratan ve sürdürücü özelliğe sahip bilişsel faktörlerden biri olarak ele alınmaktadır. Burada dikkat yanlılığından kast edilen, bireyin seçici bir şekilde dikkat kaynaklarını nötr uyaranlardan ziyade tehdit edici (Cisler ve Koster, 2010) ya da duygudurumla ilişkili uyaranlara yönlendirmesidir (Lazarov, Ben-Zion, Shamai, Pine ve Bar-Haim, 2018). Dikkat kaynakları tehdit edici ya da duygudurumla ilişkili uyarana kayarken, ilgili uyaranlar daha hızlı tespit edilir ve dikkat süreçleri bu uyaranlarla meşgul olduğundan dikkat kaynaklarının bu uyaranlardan çekilmesinde güçlük görülmektedir (Cisler ve Koster, 2010; Lazarov vd., 2018). Nitekim bu durum dikkat süreçlerindeki kaçınma kavramıyla da ele alınmaktadır. Bu durum kişinin dikkat kaynaklarını patolojisiyle uyumlu olarak kaçma, güvenlik veya olumsuz duygu/duygulanım gibi uyaranlara ve durumlara seçici bir şekilde yatırması veya geri çekebilmesi süreçlerini ifade etmektedir (Harvey vd., 2004). Kendine odaklanmış dikkat (*self-focused attention*) anksiyete bozuklukları, depresyonda ve çeşitli psikopatolojilerde ortak bilişsel bir yapı olarak ele alınmaktadır (Harvey vd., 2004; Ingram, 1990). Kendine odaklanmış dikkat de dikkat yanlılığının bir sonucudur. Dikkatin patolojik bir örüntüde sürekli ve rijit bir şekilde içsel uyaranlarla meşgul olmasını içermektedir (Ingram, 1990).

Benzer şekilde psikopatolojilerde bellek süreçlerinde de bilişsel yanlılıklar rapor edilmektedir. Depresyonda olumsuz duygudurumla ilişkili bilgi ve anılar daha kolay geri getirilirken, anksiyete de tehdit ile ilişkili bilgilerin, anıların daha kolay geri geldiği belirtilmektedir (Lim ve Kim, 2005). Anksiyete bozukluklarında ve depresyonda negatif değerlendirme ya da yorumlamaya ilişkin de bir yanlılık görülmektedir (Mathews ve MacLeod, 2005; Richards ve French, 1992). Nitekim ilgili bozukluklarda görülen bilişsel çarpıtmalar da bireylerin duruma/olaya ilişkin değerlendirme yapma, olasılıkları tahmin etme, yorumlama ve çıkarsama yapmaya ilişkin yanlılığın bir çıktısı olarak değerlendirilmektedir (Harvey vd., 2004). Yapılan araştırmalar anksiyete bozukluğu olan bireylerin belirsiz durumları olumsuz değerlendirdiğini, katastrofobik yorumlama eğiliminde olduklarını (Mathews ve MacLeod, 2005; Voncken, Bögels ve de Vries, 2003), depresyonu olan bireylerin de olumsuz duygusal değerlendirme ve yargılama eğiliminde olduklarını göstermiştir (Everaert, Podina ve Koster, 2017). Anksiyete bozukluklarında ve depresyonda dikkat

yanlılığı sadece bilgi işleme sürecinde değil aynı zamanda kodlama ve geri getirme süreçlerinde de yanlılığa neden olmaktadır. Durumları ya da deneyimleri negatif değerlendirmeleri ve yorumlamaları da bu yanlılığının bir sonucu olarak ele alınabilir.

2.2 Tanılar Üstü Bir Klinik Değişken Olarak Deneyimsel Kaçınma

Olumsuz duygudan kaçınmanın psikopatoloji üzerinde etkisi olduğu uzun yıllardır bilinmektedir (Freud, 1914; Hayes vd., 1996; Mowrer, 1947). Deneyimsel kaçınma bireyin, rahatsız edici duygular, olumsuz düşünceler, davranışsal yatkınlıklar ve istenmeyen bedensel belirtiler gibi nahoş öznel deneyimlerden kaçınmasını, bunları kontrol etmeye ya da önlemeye yönelik çabalarını ifade etmektedir (Hayes vd., 1996). Deneyimsel kaçınmada kişi, kaçmaya yönelik çabalarına karşı koymada isteksizdir (Hayes, 1994; Hayes vd., 1996). Deneyimsel kaçınma, bireyin deneyimlediği duygusal sıkıntıdan kaçmaya yönelik girişimleri olarak da ifade edilebilmektedir (Gamez vd., 2011). Birey sıkıntı veren durumlardan uzak durmaya çalışırken, durumun yaratabileceği potansiyel olumsuz sonuçlardan da kaçmaktadır (Hofmann ve Hay, 2018). Birey mevcut durumu olduğundan daha tehditkar ya da sıkıntılı algılamak, duruma özgü uyaranlara ilişkin seçici dikkat süreçleri devreye girmekte, fizyolojik uyarılma artmakta ve kişi kaçınma davranışlarına girmektedir (Gamez vd., 2011; Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells ve Gelder, 1999). Deneyimsel kaçınma, bireyin rahatsızlık verici duygusal deneyimden kaçınmak suretiyle sıkıntıyı ortadan kaldırmaya çalışması ya da potansiyel olumsuz sonuçları engellemek üzere çabalaması şeklinde de özetlenebilir.

Deneyimsel kaçınma, çeşitli psikopatolojilerin etiyolojisinde, sürmesinde ve değişiminde önemli bir rol oynayan (Barlow vd., 2004; Chawla ve Ostafin, 2007; Harvey vd., 2004) tanılar üstü klinik bir değişken olarak ele alınmaktadır (Fernández-Rodríguez vd., 2018; Harvey vd., 2004; Spinhoven vd., 2014). Kaçınma odaklı sorun davranışların klinik yansımaları farklılık gösterebilmektedir: Rahatsızlık veren duygusal deneyimlerle ilişkili olarak belirli durumlara-yerlere girmeme, sıkıntı veren deneyimlerden uzak durma, düşünceleri ve duyguları baskılamaya çalışma, dikkati dağıtma, kontrol ritüelleri, aşırı alkol tüketme, aşırı yeme ve kendine zarar verme gibi. İlgili sorun davranışlarda temel mesele kaçınma odaklı olmaları ve yaşantılanan durumla ilişkili sıkıntıyı, olumsuz duyguyu ortadan kaldırmalarıdır (Barlow, 2002; Chapman, Gratz ve Brown, 2006; Hayes vd., 1996; Heatherton ve Baumeister, 1991;

Kingston vd., 2010; Spinhoven vd., 2017). İlerleyen bölümlerde deneyimsel kaçınmanın klinik yansımaları psikopatoloji bağlamında detaylı olarak ele alınacaktır.

Aslında kaçınma davranışının organizma için adaptif bir işlevi vardır. Gerçek tehdit içeren durumlardan ve uyaranlardan kaçmak işlevsel korkunun ve kaygının temel bir özelliğidir. Bireyin kendini korumaya almasını sağlamaktadır. Örneğin depremde sonra binaya girmeme ya da başıboş gezen bir aslandan kaçınma hayati tehlikeyi önlemek üzere alarma geçiştir (Barlow, 2002; Öhman, Flykt ve Lundqvist, 2000, Kryptos, Effting, Kindt ve Beckers, 2015). Bu gibi durumlarda açığa çıkan korku, bireyleri fiziksel ve bilişsel olarak harekete geçirir. Bir diğer ifade ile bu durum bireyi koruyan doğru bir alarmdır. Ancak gerçek tehdidin yokluğunda açığa çıkan kaçınma davranışı bir nevi ‘yanlış alarm’ olarak ele alınmaktadır. Yanlış alarmın devreye girmesiyle birey durumları (örn. fiziksel belirti-panik atak) gerçekçi yorumlayamamakta ve bu durumlardan kaçındığı için de gerçekçi bilgilerle karşılaşamamaktadır. Bu gibi durumlarda bireyler olumsuz yaşam olaylarıyla korku tepkisi arasındaki ilişkiyi öğrenmektedir (Barlow, 2002). Bir nevi tüm bunlar öğrenilmiş yanlış alarmlar olarak düşünülebilir.

Gündelik hayatta da kaçınmanın yansımaları görülebilmektedir. Kimi zaman bireyler, diyalog esnasında sıkıldığını belli etmemeye çalışma gibi olası olumsuz sonuçları engellemek üzere bir takım örtük kaçınma stratejilerini kullanabilmektedir. Bahsedilen bu durumda deneyimsel kaçınma kısa vadeli bir strateji olup, konuşmayı dakik bir şekilde takip edememe gibi asgari düzey olumsuz sonuçlara sahiptir (Kashdan, Barriosb, Forsyth ve Steger, 2006). Ancak kaçınma davranışları katı ve kronik bir davranış örüntüsü haline geldiğinde kişiye zarar vererek adaptif değerini kaybeder (Bonanno ve Burton, 2013; Kryptos vd., 2015).

Deneyimsel kaçınma negatif pekiştirme süreçleriyle kazanılan öğrenmenin sonucudur. Negatif pekiştirmede birey itici uyarıcıyı sonlandırmak, olumsuz bir sonucu ortadan kaldırmak veya bunların etkisini azaltmak için çabalamaktadır. Bundan dolayı rahatsız edici bu deneyimlerin açığa çıkabileceği durumlardan da uzak durmaktadır (Catania, 1973; Hineline, 1977, 1984). Birey kaçınma davranışları sonucunda anlık rahatlama elde etmektedir (Borkovec, Alcaine ve Behar, 2004). Sıkıntı verici deneyimlerden kaçınmak kısa vadeli rahatlama sağlasa da uzun vadede sorunun sürmesine ve artmasına yol açmaktadır. Kişi kaçındıkça, kaçınma davranışı

pekişerek devam etmektedir (Abramowitz ve Moore, 2007; Chu, Skinner ve Staples, 2013; Gamez vd., 2011; Hayes vd., 2004). Bunun yanı sıra bireyin kaçınmaları yoğun bir şekilde çaba, enerji ve zaman harcamayı gerektirdiğinden, farklı yaşam alanlarında işlevselliğin bozulmasına neden olmaktadır. Kişi kaçındıkça kendi için gerekli olan yaşam hedeflerinden uzaklaştığı gibi yaşam alanlarıyla da etkileşimini kaybederek, bir süre sonra bu döngüye hapsolür (Hayes, Luoma, Bond, Masuda ve Lillis, 2006; Kashdan vd., 2006).

Deneyimsel kaçınmanın anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere bir dizi duygusal sıkıntı ile ilişkili olduğu hem korelasyonel hem de deneysel çalışmalarla gösterilmiştir (Eifert ve Heffner, 2003; Chawla ve Ostafin, 2007, Hayes vd., 2004). Uzun vadede davranışsal sorunların yanı sıra işlevsellikte bozulmalara neden olduğu da araştırmalarda gösterilmiştir (Gamez vd., 2011; Hayes vd., 2004). Deneyimsel kaçınma pek çok psikolojik problemde ortak bir tepki örüntüsü veya ortak semptomatik bir bileşen olarak ele alınmaktadır (Fernandez-Rotriguez vd., 2018). Anksiyete bozukluğundan madde bağımlılığına kadar pek çok psikiyatrik bozuklukta ortak bir klinik görüngü olduğu ifade edilmektedir (Berghoff, Tull, DiLillo, Messman-Moore ve Gratz, 2017; Forsyth, Parker ve Finlay, 2003; Hayes vd., 1996). Bardeen vd. (2014) kişinin rahatsız edici duygusal deneyimlerle temas etmeye istekli olmamasının, olumsuz duyguya yönelik duyarlılığını anlamak için önemli olduğunu belirtir. Çünkü bu durumun anksiyete bozukluğu gibi psikopatolojilere yol açma olasılığı açısından kritik bir değişken olduğunu ifade eder. Nitekim deneyimsel kaçınma arttıkça psikopatolojinin yoğunluğu artmaktadır (Chawla ve Ostafin, 2007; Hayes vd., 1996). Deneyimsel kaçınma, özellikle anksiyete bozukluğu ve depresyonda temel yordayıcı bir değişken olmakla birlikte (Chawla ve Ostafin, 2007; Spinhoven vd., 2014) tedavi sürecinde de merkezi bir role sahiptir (Baum, 1970). Deneyimsel kaçınmanın psikopatolojide çekirdek mekanizma olduğunun bir diğer kanıtı da kaçınma davranışlarını ortadan kaldırma ve sıkıntı, kaygı veren uyarının üzerine gitme (*exposure*) temelli tedavilerdir. (Barlow, 2002; Dobson ve Dobson, 2018; Hussain, 1971). Bu tedavilerde sıkıntı veren durumun üzerine gidilerek kaçınma engellenmekte ve bireyin kaçındığı duruma sistematik olarak girmesi sağlanmaktadır (Dobson ve Dobson, 2018; Hayes vd., 1996). Kaçmak yerine yaklaşmayla birey duruma sistematik olarak girmekte, bu durumun yarattığı sıkıntıyı tolere edebilmeyi öğrenmektedir.

Hayes vd. (1996) deneyimsel kaçınmanın pek çok farklı ekollerce açık ya da örtük bir şekilde tanınmış olduğunu ifade eder. Rahatsızlık veren duygulardan, düşüncelerden, deneyimlerden kaçınılmasının veya bunların bastırılmasının psikolojik sorunlarla ilişki olduğunun çeşitli psikoterapi ekollerinde işaret edildiğini belirtir. İlgili durum deneyimsel kaçınmanın tanılar üstü özelliğine bir diğer kanıt olarak düşünülebilir. Bir diğer anlatımla kaçınma davranışının gerek farklı ekollerce tanınması gerekse psikopatolojilerde ve tedavide çekirdek mekanizma olması tanılar üstü özelliğini destekler niteliktedir.

2.2.1 Deneyimsel Kaçınma Stratejilerinin Bileşenleri ve Türleri

Birey yaşadığı sıkıntıyı ortadan kaldırmak üzere pek çok farklı stratejileri kullanabilmektedir. Kaçınmaya özgü stratejiler ve kaçınılan içerik bireye özgüdür (Dobson ve Dobson, 2018). Birey duygusal ya da fiziksel olarak sıkıntı veren uyaran/durumdan kurtulmak üzere duygusal, bilişsel ve davranışsal stratejiler kullanabilmektedir (Chawla ve Ostafin, 2007). Kişi açık davranışlarla ya da içsel birtakım stratejilerle örtük bir şekilde yaşadığı öznel sıkıntıdan kurtulmaya çalışmaktadır. Kaçınma stratejilerine başvuran kişi dikkatini dağıtma, kaçma/uzak durma (açık motor davranış) ya da duyguyu baskılama gibi farklı formlarda bunu yapabilir (Hofmann ve Hay, 2018; Lewis ve Naugle, 2017). Deneyimsel kaçınma kavramı, deneyimlerin formunu, sıklığını, şiddetini değiştirmeyi içermek suretiyle kaçma ve kaçınmaya yönelik her türlü girişimi içermektedir. Bu bilişsel olabildiği gibi açık davranışsal stratejilerle de olabilir (Chawla ve Ostafin, 2007; Hayes vd., 1996). Birey için kaçınmaların temel işlevi yaşanan duygusal sıkıntıdan kurtulmaktır (Hayes vd., 1996; Kashdan, Zvolensky ve McLeish, 2008). Kaçınma odaklı baş etme becerilerini aktif olarak kullanan bireylerin, bir nevi olumsuz duygularla baş etmek, bu duygularını düzenlemek ya da değiştirmek üzere bu stratejilere başvurduğu düşünülebilir. Yaşanılan duygusal sıkıntının işlevsel olmayan kaçınmalarla bertaraf edilmeye çalışıldığı söylenebilir.

Deneyimsel kaçınmanın duygusal, bilişsel ve davranışsal stratejilerine çeşitli örnekler verilebilir. Örneğin birey istenmeyen, sıkıntı veren düşüncelerle baş etmek ve bunları kontrol altına alabilmek üzere dikkatini dağıtmaya ya da düşünceyi baskılamaya çalışarak düşüncenin yarattığı sıkıntıdan kurtulmaya çabalayabilir (Clark, Ball ve Pape, 1991; Cronkite ve Moos, 1995). Ancak kişi düşüncenin yarattığı sıkıntıyı

deneyimlemekten kaçındıkça, azaltılması hedeflenen bu düşünceler paradoksal bir şekilde iyice güçlenmekte ve ilgili düşüncelerin tekrar açığa çıkma olasılığı da artmaktadır (*rebound effect*) (Clark vd., 1991). Benzer şekilde birey beklenmedik ya da aşırı gelen duygusal tepkileri aşağıya çekmek için duyguyu bastırma yoluyla duygusal deneyimleri düzenlemeye çalışabilir yani duygudan kaçınabilmektedir (Barlow vd., 2004). İlginç bir şekilde duyguyu baskılama davranışsal olarak duygu ifadelerini azaltsa da duygunun öznel deneyimini azaltmamakta hatta baskılama sonucunda kaçınılan duyguya yönelik sempatik aktivite de iyice artırmaktadır. Artmış sempatik aktive duyguyu azaltma amacıyla çalışmaktadır (Gross ve Levenson, 1997). Bunun yanı sıra duyguyu baskılama alışkanlık haline geldiğinde kişi kaçındığı duyguya daha çok yakalanmakta ve daha az olumlu duygu yaşayabilmektedir (Gross ve John, 2003). Korku ya da sıkıntı veren durumlara girmeme veya bu durumları terk etme gibi davranışsal kaçınmaların görüldüğü durumlarda da bireyler yaşayacağı korkuyu, kaygıyı önlemeye ya da rahatsız eden bu duygusal yaşantıları sonlandırmaya çalışmaktadır. Davranışsal olarak kaçınma kısa süreli olarak rahatlatır da uzun vadede tekrarlanan kaçınmalar sonucunda ilgili durumlara ilişkin korku-kaygı yapıları korunmakta ve güçlenmektedir. Yani bu uyaranlara ilişkin korku-kaygı pekişmekte, kaçınma bir sonraki kaçınmayı doğurmaktadır. Bunun yanı sıra davranışsal repertuar git gide daraldığından hoş gidecek ya da haz verecek olan pek çok olumlu pekiştireç fırsatları da ıskalanmaktadır (Chu vd., 2014; Ferster, 1973). Kaçınarak başa çıkma stratejilerinin tümü uzun vadede olumsuz psikolojik ve fizyolojik süreçlerle ilişkili görünmektedir (Penley, Tomaka ve Wiebe, 2002).

2.2.2 Deneyimsel Kaçınma ve Psikopatoloji

Deneyimsel kaçınmaya ilişkin tepki örüntüleri psikiyatrik belirtileri yordamada ve tedaviye yönelik ilkeleri yapılandırmada ortak bir klinik değişkendir (Hayes vd., 1996; Kingston vd., 2010). Bir diğer ifade ile klinik bağlamda karşılaşılan sorun davranışlar, kaçınma işlevine sahip olup, kısa süreli olarak olumsuz (özne için caydırıcı nitelikteki) duygusal deneyimleri azaltması suretiyle sürmekte ve korunmaktadır (Hofmann ve Hay, 2018; Kingston vd., 2010).

Deneyimsel kaçınmanın çeşitli psikopatolojilerde belirgin yansımaları vardır. Spesifik olarak ele alındığında, OKB’de intrusif düşüncelerin yarattığı sıkıntıyı azaltmak üzere girilen kompulsif ritüeller deneyimsel kaçınma işlevine sahip olup,

sıkıntıyı kısa vadeli olarak azaltsa da uzun vadede OKB semptomlarını şiddetlendirmektedir (Eifert ve Forsyth, 2005; Wetterneck, Steinberg ve Hart, 2014). Kompulsiyonların kaçınma işlevi deneysel bulgularla da desteklenmiştir (Valero, Hurtado ve Gavino, 2014). Deneyimsel kaçınmanın OKB semptomlarının şiddeti üzerinde belirleyici olduğu, obsesyon niteliğindeki düşüncelerle (Blakey, Jacoby, Reuman ve Abramowitz, 2016) ve kompulsif semptomlar ile (örn. simetri, nötralize etme) de pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Blakey vd., 2016; Briggs ve Price, 2009). YAB’de olumsuz düşünceler, duygular gibi nahoş içsel deneyimlerden kaçınma ve patolojik endişe sıklıkla görülmektedir. Burada endişenin temel işlevi kaçınmadır. Kişi endişe aracılığıyla gerçekleşme ihtimali düşük olan felaketleştirdiği sonuçlardan kaçınmaya çalışırken, duruma ilişkin olumsuz duyguları işlemlememekte ve durum üzerinde bilişsel bir kontrol sağlamaya çalışmaktadır (Borkovec, 1994; Roemer, Salters, Raffa ve Orsillo, 2005). Endişe ile duygusal sıkıntıdan dikkat kayarken, uyarılmışlık düzeyi azaltılmaktadır (Borkovec ve Roemer, 1995). Kısa süreli rahatlama sağlayan bu stratejiler pekişerek devam ederken, uzun vadede ilgili durumun öznel olarak tehdit edici niteliği korunmaktadır (Borkovec, 1994). Deneyimsel kaçınma ile YAB semptomları ve endişenin yakından ilişkili olduğu; endişe ve deneyimsel kaçınmanın YAB semptomlarının şiddetini yordadığı rapor edilmiştir. (Roemer vd., 2005).

TSSB’de bireyler travmayla ilişkili olumsuz duygu uyandıran uyaranlardan/durumlardan, rahatsızlık veren düşüncelerden ya da anılardan kaçınmaktadır (Kashdan, Morina ve Priebe, 2009). Bir diğer ifade ile TSSB’si olan bireylerin travmatik ipuçlarından ya da travmaya ilişkin hatırlatıcılardan duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak kaçındıkları söylenebilir. Deneyimsel kaçınma TSSB’nin uzun vadede korunmasına neden olmakla birlikte (Marx ve Sloan, 2005), kaçınmaların sürdürülmesi hem travmatik etkinin hem de yaşanan sıkıntının ve semptomların şiddetini arttırmaktadır (Plumb, Orsillo ve Luterek, 2004). Deneyimsel kaçınma, yaşantılanan travma ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiye tümünden aracılık etmektedir (Reddy vd., 2006). PB’de ise kaçınma davranışları panik atağı önlemek üzere açığa çıkmaktadır (White ve Barlow, 2002). Belirli durumlardan, aktivitelerden, uyarıcılardan kaçınarak (örn. araba sürme, kafein, spor vb.) panik ataktan dahası panik atak sırasında açığa çıkacak fiziksel belirtilerden kaçınılmaktadır. Agorafobinin eşlik ettiği durumlarda da kişiler korku, kaygı uyandıran ve panik belirtileri çıktığında

kaçmanın güç olduğunu düşündükleri durumlardan, yerlerden kaçınmaktadırlar (APA, 2013; White, Brown, Somers ve Barlow, 2006). Bu kaçınmalarla kısa süreli olarak daha güvende ve daha az kaygılı hissetseler de uzun vadede kaygı ve korku pekişerek sürmektedir (Barlow, 2002; Hayes vd., 1996). Kaçınma davranışları arttıkça panik semptomlarının şiddeti de artmaktadır (Buller, Maier ve Benkert, 1986). Sağlıklı bireylerde de deneyimsel kaçınmadaki artışın panik belirtilerindeki artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Karekla, Forsyth ve Kelly, 2004). Bunun yanı sıra deneyimsel kaçınmanın, bedensel ipuçlarına yönelik duyarlılıkla ve algılanan kontrolle yakından ilişkili olduğu da gösterilmiştir (White vd., 2006). Diğer taraftan SAB’de bireyler, dikkat çekmek, rezil olmak, kötü performans göstermek gibi durumlara ilişkin yoğun kaygı taşıırken, bu durumların bir neticesi olarak başkaları tarafından olumsuz değerlendirmekten de korkmakta ve kaygılanmaktadırlar. SAB’de kaçınma davranışları aracılığıyla korkulan bu sonuçlar önlenmeye ya da etkileri minimize edilmeye çalışılır (Clark ve Wells, 1995; Cumings vd., 2009). Göz teması kurmamaya çalışma, zihinsel olarak sürekli ne söyleyeceğini prova etme, sosyal ortamlardan mümkün mertebe uzak durmaya çalışma gibi çeşitli kaçınma stratejilerine başvurabilmektedirler (Clark ve Wells, 1995; Spinhoven vd., 2017). Çalışmalar deneyimsel kaçınma ile sosyal anksiyetenin pozitif yönde ilişkili olduğunu (Cuming vd., 2009; Kashdan vd., 2009), SAB’si olan bireylerin deneyimsel kaçınma puanlarının yüksek olduğunu göstermiştir (Kashdan vd., 2009). Bunun yanı sıra sosyal anksiyete ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye deneyimsel kaçınmanın aracılık ettiği de gösterilmiştir. Kaçınma davranışları arttıkça sosyal kaygılar artarken, artan deneyimsel kaçınmayla bireyin yaşam kalitesi ve işlevselliği de olumsuz etkilenmektedir (Kashdan vd., 2009).

Depresyondaki bireylerde de depresif duygulanımdan uzaklaşmak üzere ruminasyon, dikkati dağıtmaya çalışma, baskılama gibi çeşitli kaçınma stratejilerinin kullanıldığı görülmektedir (Nolen-Hoeksema, 1991; Schmaling, Dimidjian, Katon ve Sullivan, 2002). Depresif ruminasyonda bireyler, depresif durumlarını odak alarak ne kadar yıpranmış ve yorgun olduğunu düşünmek, izole kalmak, bunlar hakkında konuşmak gibi davranışlar sergilemektedir (Morrow ve Nolen-Hoeksema, 1990). Aslında ruminasyon olumsuz düşüncelere bilişsel olarak odaklanma gibi görünse de ruminasyonlar aracılığıyla yaşantılara ilişkin duygu koparılmakta yani duygulardan kaçınılmakta ve dikkat yaşantıyla ilintili temalara kaymaktadır. Ruminasyon,

bireylerin olumsuz duyguları bastırmasını sağlayarak bir "sis perdesi" işlevine sahiptir (Spinhoven vd., 2016); yani bilişsel bir kaçınma stratejisidir. Bunun yanı sıra ruminasyonlar, kişinin davranışsal ve bilişsel olarak aksiyon almasını da engelleyerek bireyin dikkatini semptomlarına da itmektedir (Nolen-Hoeksema, 1991). Depresif bireylerde görülen kendileri, dünya ve gelecek hakkındaki olumsuz inanışları (Barlow vd., 2004); umutsuzluk, değersizlik ve çaresizlikle ilişkili bilişsel yapıları (Moberg vd., 2001) ruminasyonlar aracılığıyla da pekişerek devam etmektedir (Choi vd., 2012). Rahatsızlık ya da sıkıntı veren durumlardan, aktivitelerden uzak durma, şikayetlenme, söylenme (kompulsif konuşma) ve ağlama gibi kaçınma davranışları da negatif pekişme ile sürerken, belirgin aktivite kaybının görülmesi nedeniyle de pozitif pekiştirilmiş davranışlar da baltalanmaktadır (Ferster, 1973). Yani keyif veren-hoşa giden aktivitelerden ve başkaları ile etkileşimden geri çekilme gibi sosyal izolasyona ilişkin davranışsal kaçınmalarla depresif eğilimler pekişmektedir (Choi vd., 2012). Nitekim bilişsel (örn. ruminasyon, dikkati dağıtma) ve davranışsal kaçınma stratejileri ile depresyon semptomları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki örüntüleri bulunmaktadır (Ottenbreit ve Dobson, 2004; Schmaling vd., 2002; Spinhoven vd., 2016). Deneyimsel kaçınmanın depresyonun gelişmesinde ve sürmesinde nedensel bir etkiye sahip olduğu depresyon riski taşıyan gruplarla yürütülen çalışmalarda gösterilmiştir (Shallcross, Troy, Boland ve Mauss, 2010). Bunun yanı sıra boylamsal çalışmalarda deneyimsel kaçınmanın depresyondaki nüksü yordadığı da belirtilmiştir (Spinhoven vd., 2016).

Deneyimsel kaçınmanın aracılık etkisinin incelendiği çalışmalar, deneyimsel kaçınmanın pek çok farklı psikopatoloji için kritik bir değişken olduğunu destekler nitelikte bulgular ortaya koymaktadır. Kingston vd. (2010) çalışması deneyimsel kaçınmanın tikanırcasına yeme, aşırı bilgisayar oyunu oynama ve internet kullanımı, rastgele cinsel ilişki, nikotin kullanımı, aşırı alkol kullanımı, madde kullanımı, agresyon gibi sorun davranışları yordadığını göstermiştir. Aynı çalışmada negatif affekt yoğunluğu ve çocukluk çağı travmaları ile ilgili sorun davranışlar arasındaki ilişkiye deneyimsel kaçınmanın aracılık ettiği de rapor edilmiştir. Literatürde deneyimsel kaçınmanın anksiyete duyarlılığı ve alkol tüketimi arasındaki ilişkide (Stewart vd., 2002); anksiyete duyarlılığı ile anksiyete semptomları arasındaki ilişkide (Bardeen vd., 2014), paranoid düşünceler ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkide (Núñez vd., 2021), çocukluk çağı travmaları ile ruh sağlığı belirtileri arasındaki

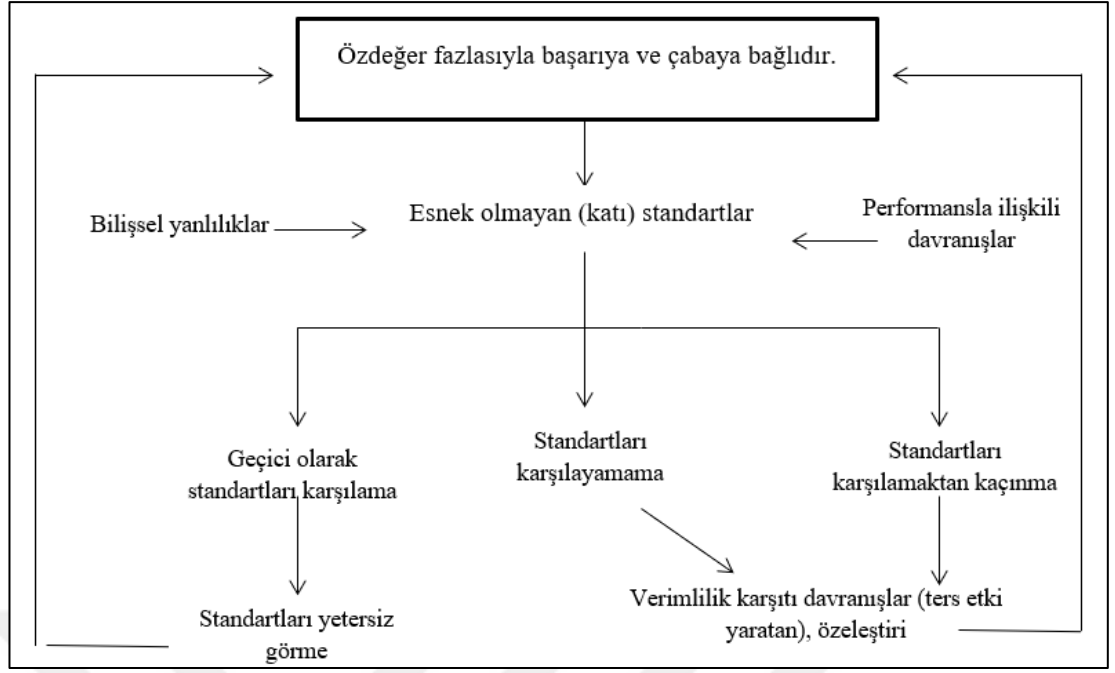
ilişkide (Reddy vd., 2006), çocukluk çağı travmaları ile OKB semptomları arasındaki ilişkide (Briggs ve Price, 2009); negatif affekt ile duygusal yeme arasındaki ilişkide (Litwin vd., 2017); aleksitimi ile somatizasyon ve depresyon arasındaki ilişkide aracı bir role sahip olduğu gösterilmiştir (Panayiotou vd., 2015). Bunun yanı sıra algılanan stres ve aleksitimi ile psikiyatrik belirtiler (Zakiei vd., 2017); mükemmeliyetçilik ile patolojik endişe (Santanello ve Gardner, 2007) ve stresli durumlarla başa çıkabilme ile psikiyatrik belirtiler (Costa ve Pinto-Gouveia, 2011; Fledderus vd., 2010) arasındaki ilişkide de deneyimsel kaçınmanın aracı bir role sahip olduğu bulunmuştur.

2.3 Tanılar Üstü Değişken Olarak Mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçilik, kişinin davranışlarını aşırı eleştirel değerlendirme eğilimlerinin eşlik ettiği ulaşılmaz yüksek standartları içeren bir kişilik özelliğidir (Frost vd., 1990). Mükemmeliyetçiliğin psikopatolojilerin etiyolojisinde, sürmesinde ve yinelemesinde önemli bir klinik değişken olduğu vurgulanmaktadır (Shafran vd., 2002; Shafran ve Mansell, 2001). Stresle baş etme becerileri üzerinde olumsuz etkiye sahip olan ve depresyon, anksiyete bozukluğu gibi çeşitli psikolojik sorunlara karşı kırılganlık yaratan tanılar üstü bilişsel bir kişilik faktörü olarak ele alınmaktadır (Dunkley vd., 2006; Egan vd., 2011). Mükemmeliyetçiliğin özellikle anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve depresyonda hem sürdürücü hem de etiyolojik bir yordayıcı olduğu vurgulanmaktadır (Egan vd., 2011). Pek çok psikopatolojide mükemmeliyetçi özelliklere ilişkin puanların, sağlıklı kontrol gruplarına göre yüksek olduğu da bildirilmektedir (Shafran ve Mansell, 2001).

Mükemmeliyetçiliğin olumsuz yönüne işaret eden öncülerden olan Burns (1980), mükemmeliyetçiliği, kişinin sürekli ve kompulsif bir şekilde ulaşılabilirliğin ötesinde amaçlara ulaşmaya çabalaması, kendilik değerini başarı ve üretkenlik üzerinden kurması olarak tanımlar. Bu kişilerin ortalama olmayı ikinci sınıf olarak gördüğünü belirterek, kötü ve/veya ortalama performans gösterme ile baş edemediğini ve kimliklerini, kendilik değerlerini özeleştirilerle yaraladıklarını ifade eder. Mükemmeliyetçiliğe ilişkin tanımların çoğunda davranışta ya da performansta aşırı yüksek standartların ya da beklentilerin olduğu dikkat çekmektedir (Slaney, Rice, Mobley, Trippi ve Ashby, 2001).

Shafran vd. (2002)'nin 'klinik mükemmeliyetçilik' tanımı mükemmeliyetçiliğin uyumsuz ve olumsuz özelliklerine vurgu yaparak psikiyatrik belirtilerle ilişkisine işaret etmektedir. Klinik mükemmeliyetçilik, performansın ön yargılı değerlendirilmesi, başarısızlığa özeleştirilerle reaksiyon verme, standartları karşıladığında onları yeterli görmeyerek sürekli yeniden gözden geçirme, erteleme, sık sık kontrol etme gibi kaçınma davranışlarını da içeren özelliklerle ele alınmaktadır. Şekil 2.1'de Shafran, Egan ve Wade (2010, 2017)'in revize etmiş olduğu klinik mükemmeliyetçiliğin bilişsel ve davranışsal modeli gösterilmiştir. Klinik mükemmeliyetçilikte performansla ilişkili davranışlarda; kendini başkaları ile kıyaslama, kaçınma, erteleme ya da sürekli kontrol etme gibi verimlilik karşıtı davranışlar (*counterproductive*) görülmektedir. Bu davranışlar ilgili klinik mükemmeliyetçilik özelliklerini sürdüren davranışlardır. Alanyazındaki araştırmalar bu modeli destekler nitelikte bilgiler ortaya koymaktadır. Mükemmeliyetçi kişilerin hedeflerine ulaştıktan sonra çıtayı yükselttiği (Kobori, Hayakawa ve Tanno, 2009), dikotom (ikili) düşünme eğilimlerinin (Egan, Piek, Dyck ve Rees, 2007) yanı sıra başarısızlık ardından aşırı özeleştirme, suçluluk ve utanç duygularına girme eğilimleri (Riley ve Shafran, 2005) olduğu gösterilmiştir. Sonraki bölümde mükemmeliyetçiliğin işlevsel olmayan dahası olumsuz özellikleri detaylı olarak ele alınacaktır.



Şekil 2.1 Klinik Mükemmeliyetçiliğin Bilişsel ve Davranışsal Modeli (Shafran, Egan ve Wade, 2010, 2017) Not. Şeklin kullanım izni Kuraldışı Eğitim Yayıncılık'tan alınmıştır.

2.3.1 Olumlu – Olumsuz Mükemmeliyetçilik Mükemmeliyetçilik

Literatürde mükemmeliyetçilik hem olumlu/uyumlu hem olumsuz/uyumsuz bir özellik olarak iki temel boyut üzerinden ele alınmaktadır (Slaney vd., 2001). Yüksek standartları ve onlara ulaşmaya yönelik işlevsel çabaları içeren mükemmeliyetçilik alan yazında uyumlu ve olumlu mükemmeliyetçilik olarak ele alınırken; acımasızca sürekli kendini eleştirme, suçlama ve standartlarıyla ilişkili olarak kendini yetersiz algılamayı içeren öz eleştirel mükemmeliyetçilik ise uyumsuz-olumsuz mükemmeliyetçilik olarak ele alınmaktadır (Blankstein ve Dunkley, 2002; Dunkley vd., 2003; Terry-Short, Owens, Slade ve Dewey, 1995). Bunun yanı sıra değerlendirilmeye yönelik artmış endişeleri içeren mükemmeliyetçi özellikler de olumsuz nitelikte olup, diğer insanların kendi davranışlarını tıpkı kendi gibi aşırı eleştirel değerlendireceği ve performansından memnun kalmayacağına yönelik düşünceleri içermektedir (Hewit ve Flett, 1993; Santanello ve Gardner, 2007). Özetle olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerde kişinin gerçekçi olmayan standartlarla kendini mütemadiyen eleştirmesinin yanı sıra etrafındakilerin de beklentileri gerçekçi olmayan bir yerden yorumlanır.

Olumlu mükemmeliyetçilikte birey yüksek standartlar ve hedefler belirleyerek bunlara ulaşmak için çabalar. Olumsuz mükemmeliyetçi özellikler baskın olduğunda

ise davranışlarını sürekli olarak inceleme, acımasızca kendini eleştirel bir yerden değerlendirme, kendini suçlama ve başkalarının onayı-eleştirisi-beklentileri hakkında daimi endişe duyma gibi uyumsuz özellikler açığa çıkmaktadır (Dunkley vd., 2003). Birey kronikleşmiş eleştirel örüntü neticesinde başarısızlıktan, kontrol kaybından ve algılanan eleştirilerden kaçınmaktadır (Dunkley, Mandel ve Ma, 2014). Kişi olası bir hatanın başarısızlık ve reddedilmeyle sonuçlanacağından kaygılanmakta (Frost vd.,1995) ve stresli durumlardan kaçınma eğilimindedir (Holahan, Moos ve Bonin, 1997). Algılanan özyeterlilikteki düşüşle birlikte daha az sosyal desteğe sahip olduklarına inanarak yakın etkileşimden uzak durmaktadırlar (Dunkley vd., 2000).

Hem olumlu mükemmeliyetçi özelliklere sahip bireylerin hem de olumsuz mükemmeliyetçiliğe sahip bireylerin kendilerine yönelik değerlendirmeleri sıkıdır. Her ikisi de olayların olumsuz yönüne odaklanıp, durumu stres verici olarak yorumlayabilirler. Aradaki fark, olumlu mükemmeliyetçi özellikleri baskın bireylerin artan stres seviyesine rağmen sorun çözme becerilerini aktif kullanabilmesidir. Standartlarını içselleştirerek baskı ya da strese rağmen aktif bir şekilde bunları karşılamaya çalışmaktadırlar (Dunkley vd., 2003, 2014; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bunun aksine olumsuz mükemmeliyetçiliği baskın olanlar ise stres düzeyi arttığında, çaresizlik içerisinde baş etme becerilerini baltalamaktadırlar (Flett, Hewitt, Blankstein, Solnik ve Van Brunschot, 1996). Yeteneklerini, becerilerini aşağı görürler, kendilerini suçlarlar ve cezalandırıcıdırlar. Yetersizlikleriyle aşırı meşgul olurlar ve sıradan olayları büyütürler stres düzeylerini artırırlar. Direnme ve şüphe gibi savunmacı özelliklerin görüldüğü kişiler arası ilişkiler sergilerler (Zuroff, Mongrain ve Santor, 2004). Aktif baş etme becerilerinden yoksundurlar. Eksikler ve eleştirilerle meşgul olmalarından kaynaklı kaçınma odaklı baş etme becerileri yoğun kullanırlar (Dunkley vd., 2003; Young, vd., 2004). Bir diğer ifade ile kendi yeterlilikleriyle ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri tetikleyen durumlardan kaçınmak suretiyle rahatsızlık verici deneyimler üzerinde kontrol sağlamaya çalıştıkları düşünülebilir.

2.3.2 Mükemmeliyetçilik ve Deneyimsel Kaçınma

Olumsuz mükemmeliyetçilikte kişi, başarısızlıktan ve hayal kırıklığından yani olumsuz sonuçlardan kaçınmak üzere hedefe odaklanır ve ulaşmaya çalışır. Olumlu mükemmeliyetçilikte birey hem davranışsal hem de bilişsel olarak hedefine odaklanarak olumlu sonuçlar elde etmeye çalışır. Olumlu mükemmeliyetçilikte pozitif

pekiştirme süreçleri baskınken; olumsuz mükemmeliyetçilikte negatif pekiştirme süreçleri baskındır (Slade ve Owens, 1998). Olumsuz mükemmeliyetçilikte korkulan sonucu önlemek adına girilen bilişsel ve davranışsal stratejilerin kaçınma işlevine sahip olduğu söylenebilir.

Uzun saatler çalışarak yeniden yapma, erteleme ya da tekrar tekrar kontrol etme gibi davranışlar, kişinin kendi becerilerine yönelik olumsuz duygu ve düşüncelerinden ya da acımasız özeleştirilerinden kaçınmak üzere girdiği davranışlardır (Santanello ve Gardner, 2007). Hatalarla ve ulaşılmaz hedeflerle aşırı meşgul olunurken (Slaney, Rice ve Ashby, 2002), başarısızlıktan ve yeterince iyi olmamaktan kaçınmak üzere hareket edilmektedir (Lessin ve Pardo, 2017). Eleştirilerden, belirsizlikten ve özellikle algılanan kontrolsüzlükten kaçınmak üzere ilgili telafi edici davranışlara girilmektedir. Kişi korktuğu sonuca ilişkin belirsizlikten kaçmaya çalışırken bir yandan çevresi ve içinde bulunduğu durumlar üzerinde kontrol sağlamaya çabalamaktadır (Lessin ve Pardo, 2017; Maia vd., 2009; Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte ve Ladoucer, 1995). Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, burada amaç hedefe ulaşmaktan ziyade olumsuz sonuçlardan uzak durmaya çalışmaktır. Olumsuz mükemmeliyetçi kişilerin duygu ve düşüncelerinin yarattığı sıkıntıyı tolere edemediği, algılanan kontrolü arttırabilmek ya da sıkıntısını azaltabilmek üzere kaçınma davranışına girdiği söylenebilir. Olumsuz duyguya temas etmemek üzere kaçınma odaklı yanılsamalarla mükemmele ulaşmaya çalıştıkları düşünülebilir.

Slade ve Owens (1988) pekişme süreçlerinden yola çıkarak mükemmeliyetçilikte ikili süreç modelini önermiştir. İkili süreç modeline göre, olumlu mükemmeliyetçiliğin altında yaklaşma davranışları yatarken, olumsuz mükemmeliyetçilikte kaçma/kaçınma davranışları yatar. Başka bir anlatımla amaçları ve motivasyonları farklıdır. Olumlu mükemmeliyetçi özelliklere sahip kişi genel olarak başarı ve üstünlük için çabalarırken, olumsuz mükemmeliyetçiliği baskın olan bireyler başarısızlıktan, kusurlarından ve sıradanlıktan kaçınmak üzere çabalamaktadır. Bireyler olumlu, olumsuz ya da hem olumlu hem olumsuz mükemmeliyetçi özellikler tarafından motive olabilir (Slade ve Owens, 1988).

Sosyal ve kişiler arası ilişkilerde, olumlu mükemmeliyetçi özellikleri baskın olan bireyler onay arayışında iken, olumsuz mükemmeliyetçi özellikleri baskın olan bireyler onaylanmamaktan kaçınmaktadırlar. Örneğin olumlu mükemmeliyetçiliği

baskın olanlar sağlıklı olmak adına zayıf olmaya çabalarken, olumsuz mükemmeliyetçiliği baskın olanlar şişmanlıktan kaçınmak üzere çabalamaktadır. İki grup da davranışsal özellikleri bakımından aynı görünse de davranışların işlevi farklıdır. Olumlu mükemmeliyetçi özelliklere sahip bireyler ideal benliklerine yakınlaşmaya çalışırken, başarılarından memnuniyet duyup başarısızlıklarından gereğinden fazla etkilenmezler. Olumsuz mükemmeliyetçiler ise korktukları kendiliklerinden mümkün olduğunca uzaklaşma arzusu içerisinde, başarılarından tatmin olmazlar ve başarısızlık her an gelebilecek durumdadır (Slade ve Owens, 1988).

2.3.3 Mükemmeliyetçilik, Psikopatoloji ve Deneyimsel Kaçınma

Mükemmeliyetçilik ile kaygı arasında güçlü bir ilişki vardır (Frost ve DiBartolo, 2002). Nitekim mükemmeliyetçilik arttıkça strese bağlı kortisol seviyelerinde de artış görülmektedir (Wirtz vd., 2007). Olumsuz mükemmeliyetçiliğin kaygı bozuklukları ve depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Olumsuz mükemmeliyetçiliği baskın olan kişilerin disforik özellikler sergilediği ve gündelik hayatta meydana gelen küçük stres faktörlerinde dahi tepkiselliklerinin arttığı ifade edilmektedir (Dunkley vd., 2003).

Anksiyete bozukluğu, depresyon ve yeme bozukluğu gibi klinik örneklerde olumsuz mükemmeliyetçi özelliklere yönelik puanların kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirtilmektedir (Antony, Purdon, Huta ve Swinson, 1998; Frost ve Steketee, 1997; Hewitt ve Flett, 1991; Moor, Vartanian, Touyz ve Beumont, 2004). OKB, PB ve SAB'de hatalarla aşırı meşgul olma, eylemlerden şüphe duyma gibi uyumsuz mükemmeliyetçi özelliklere yönelik puanların kontrol grubuna göre yüksek olduğu da rapor edilmiştir (Antony vd., 1998; Frost ve Steketee, 1997). Depresyonu olan bireylerde mükemmeliyetçi özellikler kontrol grubuna göre yüksek bulunmakla birlikte, (Enns, Cox ve Borger, 2001; Hewitt ve Flett, 1991; Sassaroli vd., 2008) depresif semptomlarla hatalarla aşırı meşgul olma, ulaşılmaz yüksek standartlar ve bu standartlar karşılanmadığında acımasızca kendini eleştirme, suçlama gibi olumsuz mükemmeliyetçi özellikler arasında pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur (Norman, Davies, Nicholson, Cortese ve Malla, 1998). Özellikle aşırı yüksek standartlar, acımasız özeleştiriler, hatalara yönelik artmış endişe ve hataları başarısızlık olarak algılama gibi olumsuz mükemmeliyetçi özellikler psikopatolojisi olan örneklerde belirgin olarak yüksektir (Egan vd., 2011; Lessin ve Pardo, 2017).

Olumsuz mükemmeliyetçiliğin psikopatolojiyle yakından ilişkili olduğu, OKB’de, SAB’de ve depresyonda sürdürücü olmasının yanı sıra tedavi sonucunu da yordadığı belirtilmiştir (Egan vd., 2011). Kaygı veren uyarının üzerine gitme ya da tepki engelleme tedavi uygulamalarında mükemmeliyetçi özelliklerin tedavi üzerinde bozucu etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir (Frost, Novara ve Rheume, 2002). Olumsuz mükemmeliyetçilik OKB’de temel yordayıcı bilişsel faktörlerden biri olarak ele alınırken, SAB, PB gibi çeşitli kaygı bozuklukları, depresyon ve yeme bozuklukları gibi psikopatolojilerde de kritik bir klinik değişken olarak tanımlanmaktadır (Egan vd., 2011; Lessin ve Pardo, 2017).

Olumsuz mükemmeliyetçilik, deneyimsel kaçınma ve psikiyatrik belirtiler arasındaki aracılık ilişkilerinin incelendiği çalışmalarda, deneyimsel kaçınmanın olumsuz mükemmeliyetçi özellikler ile patolojik endişe (Santanello ve Gardner, 2007); olumsuz mükemmeliyetçi özellikler ile depresyon (Dunkley vd., 2000, Dunkley vd., 2003; Moroz ve Dunkley, 2015; 2019) ve anksiyete semptomları (Dunkley vd.,2000), olumsuz mükemmeliyetçi özellikler ile sınav kaygısı (Weiner ve Carton, 2012) ve psikolojik belirtiler (öfke, somatik belirtiler ve depresyon) (Dunkley ve Blankstein, 2000) arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir. Özeleştiril mükemmeliyetçiliğin deneyimsel kaçınmadaki artışı yordadığı da belirtilmiştir (Moroz ve Dunkley, 2019). Bunun yanı sıra olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerin, kaçınma odaklı baş etme becerilerinin kullanımı üzerinde belirleyici olduğu, kaçınma odaklı baş etme becerilerinin de gündelik hayatta deneyimlenen sıkıntı, depresif belirtiler ve anksiyete semptomları gibi psikolojik belirtileri yordadığı görülmüştür (Dunkley vd., 2000).

2.4 Tanılar Üstü Değişken Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Bilinmeyen, herhangi bir bilinç düzeyinde algılanan bir bilgi yokluğudur (Dictionary, 2016). Gündelik hayatımızda ‘bilinmeyen’ ile bir yerlerde karşılaşmak ve buna tahammül edebilmek durumundayızdır. Bir diğer ifadeyle insanlar karşılaştığı olayları, durumları ve bunların yaratacağı olası sonuçları öngörmeye çalışsa da bu bilinmezlik dahası belirsizlik gündelik hayatın kaçınılmaz bir parçasıdır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, bireyin belirsiz durumlar karşısında duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak olumsuz reaksiyon gösterme yatkınlığı olarak

tanımlanmaktadır (Dugas vd., 2004). Dugas vd. (2001) belirsizliğe tahammülsüzlüğü; bireyin, olumsuz bir olayın meydana gelme olasılığı ne kadar düşük olursa olsun bunu kabul edilemez görmesine yönelik artmış bir eğilim olarak tanımlar. Bu durum belirsizliğe tahammül edemeyen kişinin belirsizlikle dolu yaşamın birçok yönünü dayanılmaz bulacağı anlamına gelmektedir. Nitekim belirsizliğe tahammülsüzlük; endişeli kişilerin dünyayı gördüğü ve yanıt verdiği bir filtre olarak da tanımlanmıştır (Buhr ve Dugas, 2002). Carleton vd. (2007) belirsizlikten korkmanın ve kaygılanmanın patolojik anksiyetenin en temel bileşeni olduğunu belirtir. Literatürde belirsizlikten kaçınmanın, anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikopatolojilerin gelişmesine ve sürdürülmesine katkıda bulunan önemli bir transdiagnostik özellik olduğu belirtilmektedir (Carleton, 2012; Carleton vd., 2012).

Belirsizliğe tahammülsüzlükte, birey olumsuz bir olayın gerçekleşme ihtimaline bakmaksızın, ilgili belirsizliği tehdit edici olarak yorumlar (Carleton vd., 2007). Kişinin yeterli ya da anahtar niteliğinde bilgiye yönelik algıladığı yokluk ilgili tahammülsüzlüğü tetikler. Tetikleyici uyaran belirsizliğin kendisi iken, belirsizlikten korkma verilen tepkidir. Algılanan belirsizlikle tetiklenen olumsuz duygusal tepkiye katlanmasını sağlayacak bir kapasite yetersizliği söz konusudur (Carleton, 2016). Belirsizliğe tahammül etmekte zorlanan kişi için belirsiz sonuçları olan durumlara girmek kaygı uyandırır (Dugas vd., 2001). Dugas vd. (2005) ise belirsizliğe tahammülsüzlüğü, belirsiz durumların stresli ve üzücü bulunması, beklenmedik olayların olumsuz değerlendirilmesi ve bu olaylardan kaçınılması gerektiğine inanılmasına yönelik artmış bir eğilim olarak kavramsallaştırmaktadır. Bu tahammülsüzlüğün, belirsiz bir durumla karşılaşıldığında harekete geçmeyi engellediğini de belirtmektedir. Belirsiz durumları tehdit edici ve olumsuz bir yerden değerlendiren kişi, bu gibi durumlardan kaçınmaktadır (Grenier, Barrette ve Ladouceur, 2005).

Birrell vd. (2011), belirsizliğe tahammülsüzlüğü iki faktör olarak tanımlar: Prospektif/bilişsel faktör ve inhibitör/ketleyici faktör. Bilişsel faktörde kişi beklenmedik ve belirsiz durumları negatif bir yerden değerlendirirken, bu gibi durumlardan kaçınılması gerektiğini düşünmektedir. Belirsizliği azaltmak üzere kaçınma davranışlarına girmektedir (Flores vd., 2018). Ketleyici bileşeni ise belirsizlik karşısında bilişlerin ve eylemin ketlenmesidir. Birey belirsizlikte harekete

geçmemekte ve bu gibi durumlara yanıt vermekte güçlük çekmektedir. Hatta kişi yeterli bilgiyi elde edene kadar eylemi erteler. Belirsizlik karşısındaki bu paralizasyon, bir nevi bir donma tepkisidir. YAB'ye yönelik modeller referans alınarak, bu belirsizlik felcinin kaçınma işlevine sahip olduğu belirtilmektedir (Birrel vd., 2011).

Yukarıda ele alınan bilgiler doğrultusunda, belirsizliğe tahammülsüzlüğün temelde bilişsel bir tavrı ya da yanlılığı içerdiği düşünülebilir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün bilişsel, davranışsal ve duygusal bileşenleri vardır. Yani bireyin belirsiz koşulları nasıl algıladığını, yorumladığını ve bunlara nasıl tepki verdiğini etkileyen bilişsel bir meyile/filtreye gönderme yapılmaktadır. (Dugas vd., 2001; 2005). Nitekim bilgi işleme süreçlerindeki bu bilişsel yanlılığı destekler nitelikte araştırma bulguları da ortaya konmuştur. Örneğin Dugas vd. (2005) yürüttükleri çalışmada katılımcılara belirsizliği çağrıştıran kelimeler (örn. olasılık, bilinmez vb.) ile nötr kelimeler (örn. kariyer, refleks vb.) sunmuşlardır. Ardından katılımcılardan bu kelimelerden hatırlayabildikleri kadarını yazmaları istenmiştir. Çalışma sonucunda belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ile hatırlanan kelimenin türü arasında etkileşim etkisi anlamlı bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük puanı yüksek olan grubun belirsizliği ifade eden kelimeleri daha çok hatırladığı ve katılımcıların belirsiz durumları tehditkar yorumladığı gösterilmiştir. Araştırma bulguları, belirsizliğe tahammülü düşük olan bireylerin belirsizliğe ilişkin bilgiyi belleğe kodlama ve geri getirme süreçlerinde bilişsel bir yanlılığa sahip olabileceğini ve dikkat süreçlerinin de bilgi işleme sürecinde bilişsel bir meyil yarattığı fikrini ortaya koymuştur. Bu bilişsel yanlılığın da belirsiz bilgileri tehditkar yorumlamayı açıklayabileceği öne sürülmüştür.

Koerner ve Dugas (2008) da yukarıdaki bilgilerle tutarlı olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğü bilişsel bir yatkınlık olarak tanımlamıştır. Farklı olarak bu yatkınlığı belirsizliğin kendisi, belirsizlikle ilişkili çağrışımları ve sonuçları hakkında bir dizi olumsuz inanışı içeren kişisel özellikler ile ilişkilendirilmiştir. Belirsizliğin endişelenmeye yatkın kişiler için temel bir endişe ve kaygı kaynağı olduğunu öne sürerek, sonuçları belirsiz olduğu sürece bu kişiler için birçok durumun tehdit edici algılanabileceğini ifade etmiştir.

2.4.1 Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Endişe ve Deneyimsel Kaçınma

Literatürde belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişe kavramları sıklıkla birlikte ele alınmaktadır (Dugas, Freeston ve Ladouceur, 1997; Ladouceur, Gosselin ve Dugas, 2000). Dolayısıyla mevcut çalışma kapsamında belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişeyle ilişkisini ve ilgili ilişkinin kaçınmayla olan temasını incelemek klinik örneklemelerde görülen işlevsel olmayan örüntüleri anlamak için önemli gibi görünmektedir.

Aşırı endişenin (patolojik endişe) temel yordayıcılarından biri belirsizliğe tahammülsüzlüktür (Dugas vd., 1997). Endişe, geleceğin ve gelecekte olacakların olumsuz değerlendirildiği, yaşantıların sonuçlarıyla ilgili belirsizliğin hakim olduğu ve kaygı duygularının eşlik ettiği bilişsel bir fenomendir (Borkovec ve Newman, 1999). Endişeler mental imgelerden ziyade düşünceler zincirinden oluşmaktadır (Freeston, Dugas ve Ladouceur, 1996). Bireyin korktuğu, kaçındığı durumun sonucuna yönelik imgesi caydırıcı özelliklere sahiptir ve otonomik kamçılanmaya sebep olur (Vrana, Cuthbert ve Lang, 1986). Kişi endişelenerek, imgeden ve yarattığı olumsuz duygudan kaçır ve fizyolojik uyarılmayı azaltır. Bir diğér anlatımla endişe, yaşanan sıkıntıyı azaltmaya yönelik kaçınma işlevine sahiptir (Borkovec ve Lyonfields, 1993; Borkovec vd., 2004). Nitekim yüksek endişeye sahip kişiler, endişeyi kendilerini rahatsız eden konulardan bir uzaklaşma yolu olarak kullandıklarını bildirmişlerdir (Borkovec ve Roemer, 1995). Bir nevi endişeyi, korkulan sonuçtan kaçınmanın bir yolu olarak kullanırlar ve daha fazla kesinlik elde etmeye çalışırlar. Yani endişe aracılığıyla kişi sıkıntı veren içsel deneyimin azaltılmasını sağladığından ötürü negatif pekişme süreçleri hakimdir (Buhr ve Dugas, 2009).

Araştırmalar belirsizliğe tahammül edememe, duygulardan korkma, deneyimsel kaçınma ve patolojik endişenin yakından ilişkili olduğuna işaret etmektedir (Buhr ve Dugas, 2009, 2012). Kaygıdan korkma (olumsuz duygudan korkma) kaçınma odaklı stratejilerin kullanımını teşvik eder. Patolojik endişede, kişi nahoş, ızdırap veren düşünceleri veya zihinsel imgeleri deneyimlemekten kaçınmak için bilişsel kaçınma stratejilerini kullanabilir ve endişe hoş olmayan bu içsel deneyimi azaltmanın bir yoludur (Borkovec vd., 2004). YAB modellerinden yola çıkılarak, patolojik endişe durumlarında düşüncüyü baskılama gibi bilişsel kaçınma stratejilerinin

kullanıldığı belirtilmektedir (Dugas ve Koerner, 2005). Aslında endişe ve bu gibi stratejiler, rahatsız edici nitelikteki imgelerden ve bu imgelerin yarattığı duygulardan kaçınmanın bir yoludur. Birey duyguyu işlemlememektedir. Dolayısıyla zihinsel olarak kişi aktif bir bilişsel kaçınma süreciyle meşgul olduğundan belirsizlikle karşı karşıya kaldığında paralize olmaktadır (Borkovec, Ray ve Stober, 1998). Nitekim problem çözmedeki zorluklar da belirsizlik içerisindeki sıkışmışlığı ve paralizasyonu açıklamaktadır. Birey bilişsel kaçınmalar ile meşgul olduğundan problem çözme becerileri olumsuz etkilenmekte ve kişi harekete geçememektedir (Birrell vd., 2011). Dolayısıyla belirsizliğe tahammül edememeyle artan endişenin bilişsel kaçınma işlevine sahip olduğu söylenebilir. Belirsizliği azaltma ve kontrol algısını arttırmaya yönelik girilen stratejilerin de olumsuz duyguyu bertaraf etmek üzere açığa çıktığı yani kaçınma işlevine sahip olduğu düşünülebilir.

2.4.2 Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Deneyimsel Kaçınma ve Psikopatoloji

Belirsizliğe tahammül edebilme, bekleyip görmeye istekli olmaktır. Aksi durumda kaçınma davranışlarının norm haline gelmesinden söz edilir. Dayanıklılık, kaçınmanın gerekli olup-olmadığı durumları belirlemekten, olası bir tehdit veya belirsizlikle başa çıkmanın varsayılan bir yolu olarak işlevsel olmayan kaçınma davranışlarını baskılamaktan geçmektedir (Xia, Dymond, Lloyd ve Vervliet, 2017). Bir diğer deyişle deneyimsel kaçınmanın, olası bir tehdit (özellikle algılanan) ve belirsizlik karşısında açığa çıktığı düşünülmelidir. Transdiagnostik bir değişken olarak kabul edilen kaçınma davranışlarının açığa çıktığı durumların bir adım öncesinde bir ‘belirsizlik’ vardır (Flores vd., 2018). Bununla ilişkili olarak, kaçınma davranışının bir adım öncesindeki bilişsel faktörü ele almak aralarındaki ilişkiyi kavramak için önemli gibi görünmektedir. Anksiyete bozukluklarında temel mesele, gelecekteki potansiyel tehdit/tehlike veya olumsuz olayların açığa çıkma olasılığıyla ilgili olarak bir kontrol edilmezlik duygusudur (Suárez, Bennett, Goldstein ve Barlow, 2009). Dolayısıyla belirsizliğe yönelik olumsuz tepkiler, tüm anksiyete bozuklukları için temel bir içsel yapı (*intrinsic construct*) olarak ele alınmaktadır (Carleton, 2012). Nitekim belirsizliğe tahammülsüzlük anksiyete bozuklukları ve depresyonun gelişmesinde ve sürdürülmesinde kritik bir klinik değişken olmasının yanı sıra ilgili psikopatolojiler için bir risk faktörüdür (Carleton, 2012; Hong ve Cheung, 2015; Mahoney ve McEvoy, 2012; McEvoy ve Mahoney, 2011). Belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete ve

depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu çalışmalarca gösterilmiştir (McEvoy ve Mahoney, 2011, 2012).

Belirsizliğe tahammül edilemediğinde, birey belirsiz durumu öngörülebilir hale getirmek ve kontrol algısını güçlendirmek üzere aşırı (yoğun) bir şekilde kaçınma davranışlarına girmektedir. Belirsizliğe tahammülü düşük bireyler, kaçınma davranışlarıyla belirsizliği azaltmaya çalışsalar da kaygıları devam ederken, durumu hala belirsiz algılar. Bu durum da belirsizliğe ilişkin ipuçlarına artmış tepkiler verilmesine yol açmaktadır (Flores vd., 2018).

OKB’de ritüeller, şüphe obsesyonlarının yanı sıra kompulsif nitelikteki kontrol davranışlarının hepsi belirsizliği azaltma, kesinliğe ulaşma ve kontrol algısını arttırmak üzeredir (Grayson, 2014; Schut vd., 2001; Tolin, Abramowitz, Brigidi ve Foa, 2003). YAB’ de potansiyel olumsuz sonuçları önlemeye ve hazırlıklı olmaya yönelik artan endişe, belirsizliği azaltmak ve gelecekteki olaylar üzerinde kontrol sağlamak içindir (Borkovec, Hazlet ve Diaz, 1999). Endişenin temel prediktörü olan belirsizliğe tahammülsüzlüğün, özellikle bilinmeyen kontrol etme ve öngörme girişimleri aşırı olan YAB klinik popülasyonunda karakteristik ve ayırıcı bir özellik olduğu da ifade edilmektedir (Dugas vd., 2004). PB’de kişi somatik belirtilerinin/duyumsamalarının olası sonuçları ve panik atağın tekrar olup olmayacağı gibi alanlarda belirsizlik yaşar ve bununla baş edebilmek üzere davranışsal kaçınmalara başvurur (Barlow, 2002). SAB’de birey şimdiki ya da gelecekteki sosyal değerlendirmelerle, başkalarının ne düşüneceği ve gelecekte bununla ilgili olacaklar konusunda belirsizlik içindedir. Belirsizliği azaltmak için ilgili durumlardan kaçınır (Boswell, Thompson-Hollands, Farchione ve Barlow, 2013). TSSB’de de daha çok eylemsizliğe ve ketlenmeye neden olan belirsizliğe tahammülsüzlüğün görülebileceği öne sürülmektedir (Fetzner, Horswill, Boelen ve Carleton, 2013). Örneğin, belirgin TSSB semptomları olan kişiler, potansiyel tehlikelerle baş edip edemeyeceklerine yönelik belirsizlikle ilişkili yoğun kaygı yaşarlar. Bu kişilerin geleceğe dair projeksiyonlarında güvenliğe dair şüphe ve travmaya ya da travmatik ipuçlarına maruz kalmaya ilişkin belirsizlik kaçınma davranışlarını kolaylaştırmaktadır (Fetzner vd., 2013). Depresyonda da durum farklı değildir. Depresif bireyler gelecekte olumsuz olayların açığa çıkma ihtimali üzerinden

belirsizlikle temas ederler ve ruminasyonları belirsizliği gidermeyi sağlar (Anderson, 2013; Yook, Kim, Suh ve Lee, 2010).

Psikiyatrik belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük ve deneyimsel kaçınma değişkenleri arasında anlamlı ilişki örüntüleri olduğu araştırmalarca gösterilmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile endişe arasındaki ilişkiye deneyimsel kaçınmanın aracılık ettiği (Akbari ve Khanipour, 2018); duygudan korkma, belirsizliğe tahammülsüzlük ve deneyimsel kaçınmanın patolojik endişenin anlamlı yordayıcıları olduğu gösterilmiştir (Buhr ve Dugas, 2012). TSSB’de kaçınma davranışları, artmış uyarılmışlık ve duygusal küntlük ile belirsizliğe tahammülsüzlük puanları arasında anlamlı ilişkiler olduğu rapor edilmiştir (Fetzner vd., 2013). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün panik atakta görülen korkuları (bedensel duyumsama, panik atak geçirme vb.) ve kaçınma davranışlarındaki varyansı büyük oranda açıkladığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra belirsizliğe tahammülsüzlük ile panik atağa ilişkin korkular ve kaçınma davranışları arasında pozitif yönde ilişkiler olduğu gösterilmiştir (Carleton, Fetzner, Hackl ve McEvoy, 2013). Kesinliğe dair bilgi ihtiyacının yoğun olduğu OKB’de belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu; kompülsiyonlar ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Tolin vd., 2003). YAB gurubunda belirsizliğe tahammülsüzlük puanları yüksek olmakla birlikte, YAB semptomlarına yönelik puanlar ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişe arasında pozitif yönde ilişkiler olduğu ifade edilmiştir (Holaway, Hemiberg ve Coles, 2006). Duyguları deneyimlemekle ilişkili sıkıntı duymanın ve deneyimsel kaçınmanın, belirsizliğe tahammülsüzlük ile önemli ölçüde ilişkili olduğu da gösterilmiştir (Lee, Orsillo, Roemer ve Allen, 2010). Özetle anksiyete semptomları ile belirsizliğe tahammülsüzlüğün ilişki olduğu; kaçınma davranışlarının da bu ilişkide temel bir yordayıcı olduğu görülmektedir.

Bunun yanı sıra belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler rapor edilmektedir (Dugas vd., 2004; McEvoy ve Mahoney, 2011; Miranda, Fontes ve Marroquín, 2008). Belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon arasındaki ilişkiye de gelecekteki olumsuz sonuçlara yönelik beklentinin aracılık ettiği gösterilmiştir (Miranda vd., 2008). Depresyonda gelecekteki potansiyel olumsuz olayların belirsizliği, pesimist öngörüler aracılığıyla bu olayların meydana

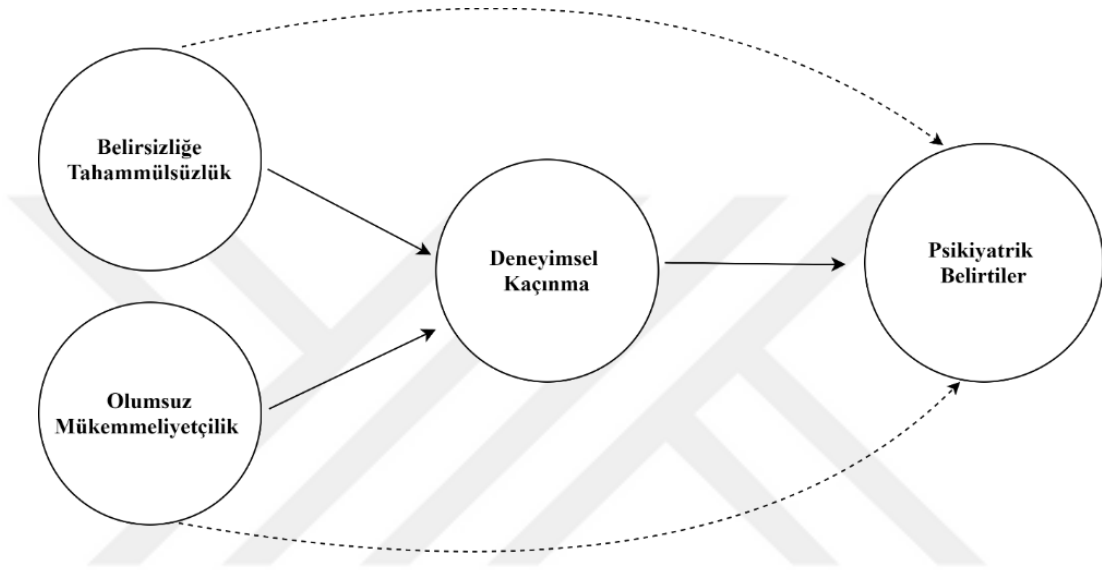
geleceğinden emin olarak giderilmeye çalışılmaktadır (depresif kesinlik) (Anderson ve Schwartz, 1992; Miranda ve Mennin, 2007). Nitekim belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon arasındaki ilişkiye ruminasyonun aracılık ettiği gösterilmiştir (Liao ve Wei, 2011). Belirsizliğe tahammülsüzlük ile ruminasyon yakından ilişkili bulunmakla birlikte, belirsizliğin ruminasyonlar aracılığı ile azaltılmaya çalışıldığı da belirtilmiştir (Liao ve Wei, 2011). Ruminasyonun sıkıntı verici duygu ve düşüncelerden kaçınma işlevine sahip olduğu da bilinmektedir (Moulds, Kandris, Starr ve Wong, 2007; Wenzlaff ve Luxton, 2003). Dolayısıyla belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon arasındaki ilişkiye bilişsel bir kaçınma stratejisi olarak ruminasyonun aracılık ettiği düşünülebilir. Bir diğer ifadeyle ruminasyon, belirsizlik ve psikopatoloji arasındaki ilişkide önemli bir role sahip iken, depresif bireylerde belirsizlikle kurulan ilişkide başvurulan bir kaçınma stratejisidir.

Özetle, anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi klinik örneklemelerde belirsizliğe tahammül düşük olmakla birlikte; belirsizlik bu bireyler için kaçınma davranışlarının tetikleyicisi gibidir. Birey, belirsizliği azaltmak ya da kontrol edebilmek için kaçınma davranışlarına girmeye motivedir ve yatkındır.

2.5 Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Mevcut çalışma kapsamında Şekil 2.2’de önerilen modelin test edilmesi amaçlanmıştır. Buna göre çeşitli tanılarla ayaktan tedavi alan psikiyatri hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik artmış psikiyatrik belirtilerle ilişkilidir. Belirsizliğe tahammülsüzlükteki artış, belirsizlikle ilgili sıkıntıları azaltmak, kontrol edebilmek veya belirsizliği öngörülebilir kılmak üzere deneyimsel kaçınmayı arttırırken, benzer şekilde olumsuz mükemmeliyetçilikteki artış da kişinin kendi becerilerine, yeteneklerine yönelik olumsuz duygu ve düşüncelerin yarattığı sıkıntıdan kurtulmasını sağlamak üzere deneyimsel kaçınmayı arttırmaktadır. Sıkıntı verici deneyimlerden kaçınma, kontrol etme ya da önlemeye ilişkin deneyimsel kaçınmaların artması da psikiyatrik belirtilerin artmasına neden olur. Bu doğrultuda belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiye deneyimsel kaçınma aracılık eder. Dolayısıyla önerilen modelde aşağıdaki ilişkiler sınanmıştır:

1. Belirsizliğe tahammülsüzlük arttıkça psikiyatrik belirtiler artar.
2. Olumsuz mükemmeliyetçilik arttıkça psikiyatrik belirtiler artar.
3. Belirsizliğe tahammülsüzlük arttıkça deneyimsel kaçınma artar.
4. Olumsuz mükemmeliyetçilik arttıkça deneyimsel kaçınma artar.
5. Deneyimsel kaçınma arttıkça psikiyatrik belirtiler artar.
6. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiye deneyimsel kaçınma aracılık eder.



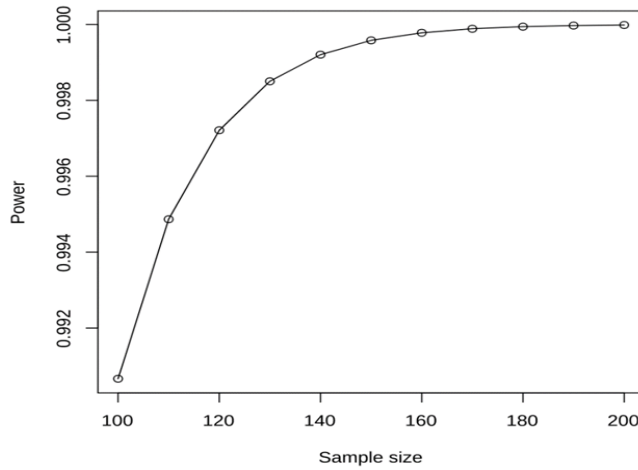
Şekil 2.2 Önerilen Yapısal Model

3 YÖNTEM

3.1 Örneklem

Araştırma örneklemini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ayaktan tedavi için başvuran hastalardan oluşmaktadır. Katılımcılar amaçsal örnekleme tekniğiyle belirlenmiştir. Çalışmaya hastanede çalışan psikiyatristlerin psikiyatrik sınıflandırma sistemini (DSM-IV veya DSM-5) temel olarak klinik yargılarıyla verdikleri PB, YAB, OKB, SAB, TSSB, agorafobi, özgül fobi, hastalık kaygısı, majör depresyon, komorbid anksiyete ve depresyon veya tanımlanmamış diğer bir kaygı bozukluğu tanılarını alan gönüllü katılımcılar sırayla dahil edilmiştir. Diğer işleme kriterlerini 18-65 yaşları arasında en az okur-yazar olmak koşulları oluşturmuştur. Alkol-madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu, şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, akut psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, psikotik özellikli depresyon tanısı alan, fark edilir düzeyde bilişsel kısıtlılığı olan veya etiyolojik olarak ilgili bilişsel kısıtlılığa sebep olabilecek nörolojik hastalığı bulunan ve ölçek maddelerini cevaplandırmayan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Örneklem büyüklüğü güç analizi ile belirlenmiştir. Güç analizinde referans alınacak araştırmanın seçimi için mevcut çalışmaya benzer klinik örneklem özelliklerinin ve benzer değişkenlerin kullanıldığı yayınlar incelenmiştir. Fledderus vd. (2010) tarafından yapılan çalışma referans alınarak istatistiksel güç analizi uygulanmıştır. Referans çalışmadaki psikopatoloji parametreleri üzerinden gerçekleştirilen korelasyon katsayısı ($r = 0.41$) baz alınmıştır. Güç analizi için WebPower yazılımı ile farklı örneklem sayılarına ilişkin güç değerleri hesaplanmıştır. Bu araştırmada güç analizi için hata payı %5 olarak alınmıştır. Referans araştırmadan elde edilen güç değerleri incelendiğinde, 200 gözlem ile çalışıldığı takdirde %100 düzeyinde bir test gücüne ulaşıldığı görülmüştür. Şekil 3.1’de katılımcı sayılarına göre güç değerleri gösterilmektedir.



Şekil 3.1 Örneklem Büyüklüğüne Göre Güç Değerleri

Sonuç olarak çalışmaya PB, YAB, OKB, SAB, TSSB, agorafobisi, özgül fobi, hastalık kaygısı, majör depresyonu, komorbid anksiyete ve depresyonu olan ve tanımlanmamış diğer bir kaygı bozukluğu olan 235 kişi katılmıştır. Bilgi toplama formunda kronik nörolojik rahatsızlık bildiren ve nöroloji konsültasyonu sonucunda ilgili rahatsızlığın bilişsel kısıtlılığa neden olabileceği konusunda hem fikir olunan sağ hemisfer tutulumlu frontal glioması olan bir hasta ile amnestik hafif kognitif bozukluğa sahip bir hasta olmak üzere içleme kriterlerini sağlamayan iki kişi ile ölçekleri cevaplandırmayan beş kişi çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Bu haliyle çalışma örneklemini 228 katılımcıdan oluşmuştur.

Analizlere başlamadan önce veri setinde uç değer varlığı tek değişkenli (*univariate*) ve çok değişkenli (*multivariate*) uç değer belirleme yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli uç değer analizinde her bir puanın z değeri ($-3.29 < z < 3.29$) incelenirken, çok değişkenli uç değerler ROBPCA algoritması (Hubert, Rousseeuw ve Vanden Branden, 2005) ile belirlenmiştir. Tek değişkenli ve çok değişkenli uç değer belirleme yöntemleri sonucunda her ikisinde de ortak olarak tespit edilen 7 katılımcının verisi analizlerden dışlanmıştır. Analizlere alınan örneklem 221 kişiden oluşmaktadır.

3.2 Veri Toplama Araçları

Katılımcılara Bilgi Toplama Formu, Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır.

3.2.1 Bilgi Toplama Formu (BTF)

Katılımcılara araştırma için geliştirilen ve klinisyen tarafından uygulanan bilgi toplama formu verilmiştir. Formda ilk olarak katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek üzere cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu ve çalışma durumu bilgilerini belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların içleme ve dışlama kriterlerini sağlama durumunu değerlendirmek, psikiyatrik, nörolojik hastalık ve tedavi geçmişine yönelik bilgi edinmek amacıyla BTF’de düzenli olarak psikiyatrik ilaç kullanma durumu, nörolojik hastalık durumu, müzmin hastalık durumu, geçirdiği önemli rahatsızlıklar (özellikle nörolojik, psikolojik, psikiyatrik), cerrahi müdahaleler ve tarihlerini belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Katılımcıların genel olarak sağlıklarına, uykusuna ve iştahına yönelik öz değerlendirmelerini belirlemek üzere katılımcılardan genel sağlık durumunu, son altı aydır uyku ve iştahını ‘çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü’ seçeneklerinden birini işaretleyerek değerlendirmesi; uyku ve iştahtaki olası değişimin yönünü belirtmesi istenmiştir. Ayrıca BTF’de katılımcıların sigara kullanıp kullanmadığını belirlemeye yönelik soru da sorulmuştur.

3.2.2 Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği-30 (*Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire-30*)

Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği-30 (ÇBYKÖ-30), bireyin sıkıntı veren olumsuz duygusal deneyimlerden kaçınma eğilimlerini (kaçma, kontrol etme, baskılama, değişimlemeye çalışma, kabul etmeme) çok boyutlu yapıda değerlendirmeye yönelik geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Gamez vd. (2011) tarafından geliştirilen ölçek 62 maddeden oluşmaktadır. Ancak Sahdra, Ciarrochi, Parker ve Scrucca (2016) madde sayısının fazla olmasının klinik uygulamalarda ve araştırmalarda güçlük yaratacağı gerekçesiyle ölçeği 30 maddelik kısa forma dönüştürmüşlerdir. ÇBYKÖ-30; davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma/bastırma, baskılama/inkar ve sıkıntıya katlanma olmak üzere altı faktörlü yapıdan oluşmaktadır. Davranışsal kaçınma alt ölçeği bireylerin rahatsızlık veren ve gergin hissettiren ortamlardan, durumlardan kaçınmaya yönelik açık davranışlarını değerlendirmektedir. Sıkıntıdan hoşlanmama alt faktörü rahatsızlık verici duygusal deneyimleri kabul etmemeye yönelik olumsuz değerlendirmeleri ve tutumları ölçmeyi amaçlarken, erteleme alt faktörü yaklaşan sıkıntıyı geciktirmeye yönelik çabaları değerlendirmektedir. Dikkati dağıtma/bastırma alt faktörü rahatsızlık

verici duygu ve düşünceleri görmezden gelmeye, bastırmaya ve ilgili deneyimlerden dikkati çekmeye çalışmaya yönelik girişimleri içermektedir. Baskılama/inkar alt faktörü duyguların dahası rahatsızlık veren duygusal deneyimlerin farkında olmama ve onları baskılamaya çalışmaya yönelik süreçleri değerlendirmektedir. Sıkıntıya katlanma alt faktörü rahatsızlık verici deneyimlerle işlevsel şekilde baş edebilmeyi değerlendirmektedir. Ölçek, ‘kesinlikle katılmıyorum’ ve ‘kesinlikle katılıyorum’ arasında değişen altılı Likert tipi derecelendirmeye sahiptir (1= Kesinlikle Katılıyorum, 6= Kesinlikle Katılmıyorum). Ölçeğin her alt boyutu beş madde içermektedir ve her bir alt ölçek için ayrı puan hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar, alt ölçeğin temsil ettiği kaçınma boyutunun arttığını göstermektedir (Sahdra vd., 2016).

ÇBYKÖ’nün 30 maddelik kısa versiyonu Ekşi, Kaya ve Kuşçu (2018) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır. Uyarlama çalışması esnasında araştırmacılar orijinal ölçekten farklı olarak ölçeği altı Likert’ten yedili Likert’e dönüştürmüşlerdir. ‘Bazen Katılıyorum’ ve ‘Bazen Katılmıyorum’ ifadelerinin benzer olmasının seçeneklerin ayırt ediciliğini güçleştireceği gerekçesiyle, derecelendirmeye kararsızım boyutunu da eklemiştir (Ç. Kaya, kişisel iletişim, 13 Eylül 2019). Bu haliyle ölçek ‘Kesinlikle Katılmıyorum (1)’ ‘Katılmıyorum (2)’, ‘Bazen Katılmıyorum (3)’, ‘Kararsızım (4)’, ‘Bazen Katılıyorum (5)’ ‘Katılıyorum (6)’ ve ‘Kesinlikle Katılıyorum (7)’ şeklinde yedili Likert tipi derecelendirmeye sahiptir. Her biri beş maddeden oluşan ve altı faktör içeren ölçeğin Türkiye versiyonunda her bir alt boyut için alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 35’dir. Ekşi vd. (2018) çalışmasında ÇBYKÖ-30’un doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu (CMIN : 812.519, df = 390, CMIN/df = 2.08, RMSEA = .54, S-RMR = .68, CFI = .91, IFI = .91, TLI = .90) bildirmiştir. Ölçeğin Türkiye uyarlamasında da orijinalinde olduğu gibi altı faktörlü yapısının korunduğu görülmüştür. Uyum geçerliği için Kabul ve Eylem Formu II ile ÇBYKÖ puanları arasındaki ilişki katsayının .27 ile .60 arasında değiştiği bulunmuştur. Alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları ise davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkat dağıtma/bastırma, baskılama/inkar ve sıkıntıya katlanma için sırasıyla .79, .76, .78, .87, .81 ve .85 olarak rapor edilmiştir. Yürütülen analizler sonucunda ölçeğin Türkiye örnekleme için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirtilmiştir.

Mevcut çalışmada ÇBYKÖ-30'un alt boyutları için elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayıları davranışsal kaçınma için .76, sıkıntıdan hoşlanmama için .73, erteleme için .67, dikkati dağıtma/bastırma için .82, baskılama/inkar için .71 ve sıkıntıya katlanma için .88 bulunmuştur. Çalışma kapsamında deneyimsel kaçınmayı değerlendirmek üzere davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma/bastırma, baskılama/inkar ve sıkıntıya katlanma alt ölçek toplam puanları hesaplanmıştır.

3.2.3 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (*Intolerance of Uncertainty Scale*)

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyini belirlemek üzere ilk olarak Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas ve Ladouceur (1994) tarafından 27 maddelik bir özdeğerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Carleton, Norton ve Asmundson (2007) Belirsizliğe Tahammülsüz Ölçeği'nin kısa formunu (BTÖ-12) oluşturmuştur. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'nin kısa formu 12 kendini değerlendirme maddesi içermektedir. Ölçek 'Bana hiç uygun değil (1)', 'Bana çok az uygun (2)', 'Bana biraz uygun (3)', 'Bana çok uygun (4)' ve 'Bana tamamen uygun (5)' şeklinde beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. BTÖ-12 ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere iki alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin ileriye yönelik kaygı faktörü gelecekteki belirsiz durumlarla ilişkili kaygı ve endişe duyma, bu durumları kabul edilemez ve katlanılmaz görmeye yönelik eğilimleri değerlendirmektedir. İleriye yönelik kaygı alt faktörü yedi madde içermekte ve ilgili faktörden alınabilecek en yüksek puan 35'dir. Engelleyici kaygı alt faktörü belirsizlik karşısında eyleme geçememeyi değerlendirmektedir. Beş madde içeren bu faktörden alınabilecek en yüksek puan 25'dir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12-60 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar belirsizliğe tahammülsüzlüğün arttığını göstermektedir (Carleton vd., 2007).

BTÖ-12'nin Türkiye örneklemi için geçerlik ve güvenirlik çalışması Sarıçam, Erguvan, Akın ve Akça (2014) tarafından yürütülmüştür. Ölçeğin yapı geçerliği için uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde orijinal ölçekte olduğu gibi ileriye yönelik (*prospective*) ve engelleyici kaygı (*inhibitory*) olmak üzere iki faktörden oluştuğu görülmüştür ($\chi^2 = 147.20$, $sd = 48$, $RMSEA = .073$, $CFI = .95$, $IFI = .95$, $GFI = .94$, $SRMR = .046$). Ölçeğin açıkladığı toplam varyans iki faktör için %78.57 olarak

saptanmıştır. Ölçüt geçerliği için Başa Çıkma Esnekliği Ölçeği ve Eğitim Stresi Ölçeği kullanılmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlükle başa çıkma esnekliği arasında negatif yönde ($r = -.43$); eğitim stresi ile pozitif yönde ($r = .41$) ilişki olduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinin faktör yükleri .55 ile .87 arasındadır. Cronbach alfa iç tutarlık katsayı tüm ölçek için .88, ileriye yönelik kaygı alt faktörü için .84 ve engelleyici kaygı alt faktörü için .77 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirlik katsayısı .74 olup ölçeğin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonlarının .42 ile .68 arasında değiştiği belirtilmiştir. Ölçeğin bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ilgili bilgi vermek üzere kullanılabilecek nitelikte geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir (Sarıçam vd., 2014).

Mevcut çalışmada Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için .89, ileriye yönelik kaygı alt faktörü için .83 ve engelleyici kaygı alt faktörü için .85 bulunmuştur. Çalışma kapsamında ileriye yönelik, engelleyici kaygı toplam puanları ile tüm ölçek toplam puanı hesaplanmıştır.

3.2.4 APS- R Mükemmeliyetçilik Ölçeği (APS-R: *Almost Perfect Scale-Revised*)

APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği bireylerin mükemmeliyetçi tutumlara sahip olup olmadığını değerlendirmek; mükemmeliyetçiliğin olumlu ve olumsuz özelliklerini ayırt etmek üzere Slaney ve Johnson tarafından (1992) geliştirilmiş kendini değerlendirme ölçeğidir. Slaney vd. (2001) ölçeğin yapısını geliştirmek, olumsuz yapıyı ölçen alt ölçeklerdeki yetersizliği giderebilmek ve alt ölçeklerin ilgili yapının doğasını temsil edebilirliğini artırmak amacıyla 39 maddelik orijinal formu güncellemişlerdir. Yapılan güncellemeler sonucunda 1 (Tamamen katılmıyorum) ile 7 (Tamamen katılıyorum) arasında yedili Likert tipi bir ölçüm sağlayan ölçeğin 23 maddelik formu oluşturulmuştur (Slaney ve Ashby, 1996; Slaney vd., 2001). APS-R, yüksek standartlar (7 madde), düzen (4 madde) ve çelişki (12 madde) alt faktörlerini içermektedir (Slaney vd., 2001).

Sapmaz (2006) tarafından ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmaları yürütülmüş ve ölçeğin orijinalinden farklı olarak dört faktörden oluştuğu belirtilmiştir. Uyarlama çalışmasında özgün formdaki alt boyutlara ek olarak araştırmacı tarafından ‘Tatminsizlik’ faktörü olumsuz mükemmeliyetçilik yapısına eklenmiştir. Anılan

çalışmada yürütülen faktör analizi sonucuna göre ‘yüksek standartlar (7 madde)’ ve ‘düzen (4 madde)’ alt faktörleri Olumlu Mükemmeliyetçilik; ‘tatminsizlik (6 madde)’ ve ‘çelişki (6 madde)’ alt faktörleri de Olumsuz Mükemmeliyetçilik faktörünü oluşturmuştur. Ölçeğin açıkladığı toplam varyans %50.22 olarak saptanmıştır. Olumlu mükemmeliyetçilik (Yüksek standartlar ve düzen birleştirilmiş alt ölçekleri) faktöründen alınabilecek puanlar 11-77 arasında; olumsuz mükemmeliyetçilikten (Tatminsizlik ve çelişki birleştirilmiş alt ölçekleri) alınabilecek puanlar 12-84 arasında değişmektedir. Olumlu mükemmeliyetçilik yüksek standartlar ve düzen alt faktörlerini içermekle birlikte ilgili özellikler mükemmeliyetçilikle ilgili uyumlu görünümü yansıtmaktadır. Yüksek standartlar, yüksek kişisel standartlara sahip olma ve standartlar ile performans arasındaki uyumsuzluk durumunda daha az stres yaşamayı temsil etmektedir. Düzen alt faktörü ise düzen ve tertipli olma gibi eğilimleri içermektedir. Olumsuz mükemmeliyetçilik çelişki ve tatminsizlik faktörlerini içermektedir. Çelişki faktörü bireyin yüksek standartlarına erişemeyeceği endişesi ve standartları ile kendi performansı arasındaki uyuşmazlık durumlarında yaşadığı sıkıntıyı yansıtırken, tatminsizlik faktörü de elde ettiği başarılarından tatmin olunmamayı, daha da iyisini yapma isteğini yansıtmaktadır. Yüksek standartlar ve düzen birleştirilmiş alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar, olumlu mükemmeliyetçi özelliklerin; tatminsizlik ve çelişki birleştirilmiş alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar da olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerin baskın olduğunu göstermektedir (Sapmaz, 2006).

Ölçeğin uyarlama çalışmasında yüksek standartlar alt boyutunun faktör yüklerinin .33 ile .72; düzen alt boyutunda 76. ile .85; tatminsizlik alt boyutunda 40. ile .83 ve çelişki alt boyutunda .47 ile .74 arasında değiştiği belirtilmiştir. Yüksek standartlar alt faktörünün madde toplam puan korelasyonunun .33 ile .57 arasında olduğu belirtilirken, düzen alt faktörünün .62 ile .71; tatminsizlik alt faktörünün .42 ile .65 ve çelişki alt faktörünün de .36 ile .55 arasında değiştiği görülmüştür. Benzer ölçek geçerliği Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ile değerlendirilmiş olup, ilişki katsayısı olumlu mükemmeliyetçilik için .24; uyumsuz mükemmeliyetçilik için .51 olarak saptanmıştır. Olumlu mükemmeliyetçilik (Standartlar ve Düzen) Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .79 iken, olumsuz mükemmeliyetçilik (Tatminsizlik ve Çelişki) .82 bulunmuştur. Her bir alt boyut için bulunan güvenirlik katsayıları incelendiğinde, standartlar için .72, düzen için .83, tatminsizlik için .81 ve çelişki için .72 olduğu

görülmüştür. İki yarım güvenirlik katsayısı Olumlu mükemmeliyetçilik için .74, olumsuz mükemmeliyetçilik için ise .80 olarak hesaplanmıştır (Sapmaz, 2006).

Mevcut çalışmada olumsuz mükemmeliyetçilik faktörünün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .89 iken, olumlu mükemmeliyetçilik için .84 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklere ilişkin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları ise yüksek standartlar için .81, düzen için .85, tatminsizlik için .83 ve çelişki için .82 olarak bulunmuştur. Çalışma kapsamında standartlar, düzen, tatminsizlik ve çelişki puanlarının yanı sıra olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik puanları da hesaplanmıştır.

3.2.5 Kısa Semptom Envanteri (*The Brief Symptom Inventory*)

Kısa Semptom Envanteri (KSE), Derogatis (1992) tarafından geliştiren Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R: *Symptom Checklist 90 Revised*) ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan SCL-90-R' nin kısa formudur. Ölçek ergen ve yetişkinlerde çeşitli psikolojik belirtileri değerlendirmek üzere geliştirilen çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. SCL-90-R'de dokuz faktöre dağılan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilerek kısa form oluşturulmuştur. Ölçek 'hiç', 'çok az', 'orta derecede', 'oldukça fazla' ve 'çok fazla' olmak üzere 0-4 arası puanlanan Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. KSE, SCL-90-R gibi dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçekte 'Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünceler ve Psikotizm' alt ölçekleri yer almaktadır. Global indeksler ise Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ), Belirti Toplamı İndeksi (BTİ) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ) olarak tanımlanmaktadır. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ) alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi sonucuyla, 'Belirti Toplamı İndeksi (BTİ)' 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki pozitif olan tüm değerlerin bir olarak kabul edilmesiyle ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ) ise alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 212'dir. Alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar, bireyin ilgili alt ölçeklere ilişkin semptomlarının varlığını ve yoğunluğunu göstermektedir (Derogatis, 1992).

Ölçeğin Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda KSE'nin 'Anksiyete,

Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite' olmak üzere beş faktörden oluştuğu bulunmuştur. Üç ayrı çalışmada alt ölçeklerin Cronbach alfa değerlerinin .55 ile .86 arasında değiştiği belirtilmiştir. Toplam puan üzerinden elde edilen güvenirlik katsayıları ise .95 ile .96 arasında değişmiştir. KSE'nin alt ölçeklerinin Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile korelasyonunun -.14 ve -.34 arasında, Boyun Eğicilik Ölçeği ile .16 ve .42 arasında, Strese Yatkınlık Ölçeği ile .24 ve .36 arasında, UCLA-Yalnızlık Ölçeği ile .13 ve .36 arasında, Offer Yalnızlık Ölçeği ile -.34 ve -.57 arasında ve Beck Depresyon Envanteri ile ise .34 ve .70 arasında değişen ölçüt geçerliliğine sahip olduğu görülmüştür. Ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu gösterilmiştir.

Mevcut çalışmada tüm ölçek için elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .95 bulunurken anksiyete için .83, depresyon için .87, olumsuz benlik için .85, somatizasyon için .77 ve hostilite için .76 bulunmuştur. Çalışma kapsamında anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite alt ölçek puanları ile RCİ, BTİ ve SRİ indeksleri hesaplanmıştır.

3.3 Araştırma Deseni

Bu çalışmada PB, YAB, SAB, agorafobi, özgül fobi, OKB, TSSB, hastalık kaygısı, majör depresyon gibi klinik özelliklerine ve tanısına sahip bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz mükemmeliyetçilik, deneyimsel kaçınma ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki örüntüsünü incelemek üzere, değişkenler arasında ilişki kurmaya olanak veren olgudan sonra (*ex post facto*) alan araştırması türü kullanılmış olup öngörülen teorik model yapısal eşitlik modeliyle sınanmıştır.

3.4 İşlem

Araştırmaya başlamadan önce T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırmanın yürütülebilirliğine ilişkin onay alınmıştır (Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/60-237-547). İlk olarak katılımcılarla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri polikliniğinde çalışan psikiyatri uzmanları tarafından DSM-IV ve DSM 5 tanı kriterlerinin temel alındığı işleme ve dışlama kriterleriyle psikiyatrik tanılara yönelik klinik değerlendirme görüşmesi yapılmıştır. Gönüllü katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Onam formunu onaylayan gönüllü katılımcıların çalışma ile ilgili olan soruları yanıtlanmıştır.

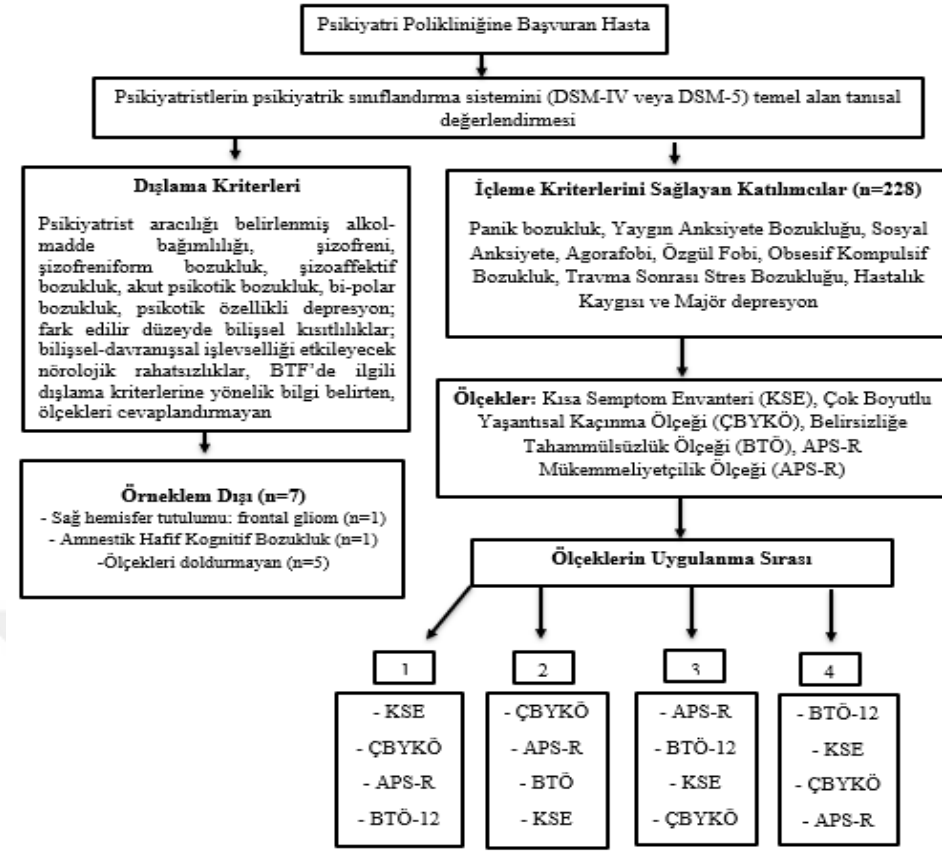
Ardından Bilgi Toplama Formu verilmiştir. Bilgi Toplama Formunda dışlama kriterlerine yönelik bilgi belirtmeyen katılımcılara Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği, APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği uygulanmıştır. Psikolojik testlerin uygulama sırası ilk katılımcı için seçkisiz olarak belirlenmiştir ve takip eden katılımcılar için psikolojik testlerin sırası değiştirilerek dengelenmek suretiyle uygulanmıştır (bkz. Şekil 3.2).

3.5 Analiz Stratejisi

Mevcut çalışma kapsamındaki istatistiksel analizler IBM SPSS 23 (*Statistical Package for the Social Sciences*) ve Lisrel 8.80 (*Linear Structural Relations*) paket programlarıyla yürütülmüştür.

Verilerin normal dağılım sayılıtısını karşılama durumu basıklık ve çarpıklık katsayısı ile histogram grafiğine bakılarak değerlendirilmiştir. Morgan, Leech, Gloeckner ve Barrett (2004) genel bir kural olarak çarpıklık ve basıklık katsayısı -1 ile +1 aralığında alınmasını önermektedir. Araştırma değişkenlerine ilişkin puanların çarpıklık ve basıklık katsayılarının normal sınırlar içerisinde yer aldığı (± 1) ve histogram örüntülerinin de ağırlıklı olarak normal dağılım gösterdiği görülmüştür.

Çalışma verilerinin betimlenmesi için frekans (n), yüzde (%), ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapmaya (SS) ilişkin analizler kullanılmıştır. Kısa Semptom Envanteri'nden elde edilen anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite, rahatsızlık ciddiyeti indeksi (RCİ), belirti toplam indeksi (BTİ) ve semptom rahatsızlık indeksi (SRİ) puanları ile Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği'nden elde edilen davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma, baskılama ve sıkıntıya katlanma puanları, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'nden elde edilen belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanı ile APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nden elde edilen olumsuz ve olumlu mükemmeliyetçilik puanları arasındaki ilişki katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile belirlenmiştir. Korelasyon katsayılarını değerlendirmede .29 ve altı düşük, .30 - .49 arası orta, .50 ve üzeri yüksek düzey korelasyon olarak alınmıştır (Cohen, 1988).



Şekil 3.2 Araştırmanın Uygulama Diyagramı

Psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasında deneyimsel kaçınmanın aracılık etkisini incelemek üzere yapısal eşitlik modellemesi yürütülmüştür. Önerilen modelde 4 örtük değişken, 14 gözlenen değişken bulunmaktadır. Psikiyatrik belirtiler örtük değişkeni Kısa Semptom Envanteri ile değerlendirilmiş olup gözlenen değişkenleri anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilitedir. Deneyimsel kaçınma örtük değişkeni ise Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği ile değerlendirilmiştir ve gözlenen değişkenleri davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma, baskılamadır. Olumsuz mükemmeliyetçiliğin gözlenen değişkenleri APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nden elde edilen tatminsizlik ve çelişki iken, belirsizliğe tahammülsüzlük örtük değişkeninin gözlenen değişkenleri Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'nden elde edilen ileriye yönelik ve engelleyici kaygıdır.

Önerilen modeldeki aracılık ilişkisinin değerlendirilmesinde Baron ve Kenny (1986) ölçütleri temel alınmıştır. Baron ve Kenny'nin (1986) önerdiği ölçütlere göre, ön koşul olarak bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında istatistiksel olarak

anlamli ilişki olmalıdır. Aksi takdirde aracılık edecek bir ilişkiden söz edilemez. Bağımsız değişken ile aracı değişken arasında istatistiksel olarak anlamli ilişki olmalıdır. Aracı değişken ile bağımlı değişken arasında da istatistiksel olarak anlamli ilişki olmalıdır. Son olarak aracı değişken modele girdiğinde bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsızlaşması (tümünden aracılık) ya da bağımlı ile bağımsız değişken arasındaki ilişkinin azalması (kısmi aracılık) gerekmektedir.

Çalışma kapsamında önerilen model, ölçme modeli ve yapısal model olmak üzere iki aşamalı yaklaşımla test edilmiştir. Öncelikle ölçme modeli analiz edilmiştir. Böylelikle gözlenen değişkenlerin varsayılan örtük değişkenleri ölçüp ölçmediği bir diğer ifadeyle temsil edip etmediği test edilmiştir. İkinci aşamada örtük değişkenler arasındaki dolaylı ve doğrudan ilişkiler yapısal model ile test edilmiştir.

Ölçme modeli ve yapısal modelin uyum iyiliğini incelemeye ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı (χ^2 / sd), iyilik uyum indeksi (*Goodness of Fit Index*, GFI); standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü (*Standardized Root Mean Square Residual*, S-RMR), tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (*Root-Mean-Square Error of Approximation*, RMSEA), karşılaştırılmal uyum indeksi (*Comparative Fit Index*, CFI) değerleri kullanılmıştır. Uyum iyiliği değerlerine yönelik kabul edilebilir ve iyi uyuma ilişkin referans değerleri Tablo 3.1’de gösterilmiştir (Schreiber, Nora, Stage, Barlow ve King, 2006; Şimşek, 2007).

Tablo 3. 1 Uyum İyiliği İndeksleri Referans Değerleri

Uyum Ölçüsü	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2 / sd \leq 2$	$2 < \chi^2 / sd \leq 5$
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq .05$	$0.5 \leq RMSEA \leq .10$
SRMR	$0 \leq SRMR \leq .05$	$0.5 \leq SRMR \leq .08$
GFI	$.95 \leq GFI \leq 1.00$	$.90 \leq GFI < .95$
CFI	$.95 \leq CFI \leq 1.00$	$.90 \leq CFI < .95$

4 BULGULAR

4.1 Katılımcıların Betimleyici Özellikleri

Çalışmanın örneklemini 18-63 yaş aralığında 221 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların %66.1'i kadın (n = 146), %33.9'u erkektir (n = 75). Katılımcıların yaş ortalaması 33.28'dir (SS = 10.98). Katılımcıların %47.5'i (n = 105) bekar, % 45.2'si evli (n = 100) ve %7.2'si (n = 16) boşanmış olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde %0.9'u (n = 2) okur yazar olduklarını, %10.4'ü (n = 23) beş yıl, %7.7'si (n = 17) sekiz yıl, %39.8'i (n = 88) 11 yıl ve %41.2'si (n = 91) 12 yıl ve üzeri eğitim aldıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %17.2'si (n = 38) öğrenci iken, %35.7'si (n = 79) çalışmamakta ve %47.1'i (n = 104) çalışmaktadır.

Katılımcıların %37.1'i (n = 82) psikiyatrik ilaç kullanırken, % 62.9'u (n = 139) kullanmamaktadır. Katılımcıların %44.3'ü (n = 98) sigara kullanırken, %55,7'si (n = 123) kullanmamaktadır. Katılımcıların %5.9'u (n = 13) nörolojik hastalık bildirmiştir. İlgili hastalıklar migren, epilepsi, esansiyel tremor ve uyku apnesidir. Katılımcıların %27.6'sı (n = 61) sürekli hastalık bildirmiştir. İlgili hastalıklar ağrı, hipertansiyon, anemi, diyabet, egzama, fibromiyalji, graves, guatr, hipotiroid (hashimoto tiroidi), hiperlipidemi, hipoglisemi, huzursuz bacak sendromu, laktoz intoleransı, sedef, sinüzit, vertigo, trigeminal nevralji, ülseratif kolit ve alerjik astımdır. Katılımcıların %15.4'nün (n = 34) operasyon geçmişi vardır. Bu ameliyatlar apendektomi, rinoplasti, abdominoplasti, lomber disk hernisi (bel fıtığı), adenoid, böbrek taşı (nephrolithiasis), histerektomi, kolesistektomi, kaza sonrası cerrahi müdahalelerdir.

Katılımcıların genel sağlık durumunu değerlendirmesi incelendiğinde, %14.5'i (n = 32) genel sağlığını kötü, %41.6'sı (n = 92) orta, %40.3'ü (n = 89) iyi, %3.6'sı (n = 8) çok iyi olarak tanımlamıştır. Katılımcıların %8.1'i (n = 18) uykusunu çok kötü olarak değerlendirirken, %27.1'i (n = 60) kötü, %38,5'i (n = 85) orta, %23.5'i (n = 52) iyi, % 2.7'si (n = 6) çok iyi olarak tanımlamıştır. Katılımcıların %10.9'u (n = 24) iştahını çok kötü olarak değerlendirirken, %19.5'i kötü (n = 43), %33.5'i orta (n = 74), %33'ü iyi (n = 73) ve %3.7'si (n = 7) çok iyi olarak değerlendirmiştir. Uykudaki değişimin yönünü katılımcıların %43.4'ü (n = 96) azalma, %13.6'sı (n = 30) artma, %7.2'si (n = 16) değişken, %35.7'si (n = 79) değişim yok olarak tanımlarken, iştahtaki

değişimin yönünü %32.6'sı (n = 72) azalma, %23.1'i artma (n = 51), %4.1'i (n = 9) değişken, %40.3'ü (n = 89) değişim yok olarak belirtmiştir.

Katılımcıların, psikiyatristlerin psikiyatrik sınıflandırma sistemini (DSM-IV veya DSM-5) temel alarak klinik yargılarıyla verdikleri tanılarının dağılımı incelendiğinde ise katılımcıların %13.6'sı (n = 30) PB, %15.4'ü (n = 34) YAB, %15.8'i (n = 35) OKB, %8.1'i (n = 18) SAB, %4.5'i (n = 10) TSSB, %4.1'i (n = 9) agorafobi, %4.3'i (n = 9) özgül fobi, %5.0'i (n = 11) hastalık kaygısı, %21.7'si (n = 48) majör depresyon, %2.7'si (n = 6) komorbid anksiyete ve depresyon ve %5'i (n = 11) tanımlanmamış diğer bir kaygı bozukluğu tanısı almıştır.

4.2 Psikiyatrik Belirtilere İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi

Bu bölümde psikiyatrik belirtilerinin dağılımı ve şiddet oranları incelenmektedir. Katılımcıların deneyimledikleri anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite belirtilerinin dağılımı ve şiddet oranları KSE alt ölçek maddeleri kapsamında aşağıda özetlenmiştir. En çok 212 puanın alındığı KSE'de katılımcıların puan ranjı 12 ile 183 arasında olmak birlikte, toplam puan ortalaması 77.66 (SS = 37.20) olarak bulunmuştur. KSE'den elde edilen rahatsızlık ciddiyeti indeksi (RCİ), belirti toplam indeksi (BTİ) ve semptom rahatsızlık indeksi (SRİ) global indekslerin puan ortalaması ise sırasıyla 1.46 (SS = 0.71), 34.05 (SS = 9.73) ve 2.20 (SS = 0.63) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların anksiyete alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 20.08 (SS = 9.93) olmakla birlikte, ilgili alt boyuta ilişkin belirtilerin dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 52'dir. Katılımcılar anksiyete alt boyutunda ortalama 3.62 (SS = 3.07) duruma oldukça fazla ve çok fazla ifadelerini işaretleyerek cevap vermiştir. Anksiyete belirtilerinin şiddeti maddelerin oldukça fazla ve çok fazla seçeneklerine verilen cevapların toplamıyla değerlendirildiğinde, katılımcıların %47.6'sı kendini gergin ve tedirgin hissettiğini, %46.6'sı konsantrasyonda güçlük çektiğini, %36.8'i kontrol edemediği duygu patlamaları olduğunu, %33'ü hiçbir nedeni olmayan ani korkulara sahip olduğunu ve %30.3'ü diğerlerinin yanında yanlış bir şeyler yapmamaya çalıştığını belirtmiştir.

Katılımcıların depresyon alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 21.76 (SS = 10.84) olarak hesaplanmıştır. Depresyon alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 48'dir. İlgili alt boyuta ilişkin belirtilerin dağılımı Tablo 4.2'de gösterilmiştir. Katılımcılar depresyon alt boyutunda ortalama 4.24 (SS = 3.36) duruma oldukça fazla ve çok fazla ifadelerini işaretleyerek cevap vermiştir.

Tablo 4.1 Anksiyete Belirtilerinin Dağılımı

	Hiç (0)	Çok Az (1)	Orta Derece (2)	Oldukça Fazla (3)	Çok Fazla (4)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	58 (26.2)	53 (24.0)	37 (16.7)	37 (16.7)	36 (16.3)
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	33 (14.9)	45 (20.4)	62 (28.1)	42 (19.2)	39 (17.6)
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	127 (57.5)	37 (16.7)	16 (7.2)	17 (7.7)	24 (10.9)
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	86 (38.9)	40 (18.1)	44 (19.9)	29 (13.1)	22 (10.0)
32. Kafanızın bomboş kalması	93 (42.1)	42 (19.0)	42 (19.0)	31 (14.0)	13 (5.9)
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük	22 (10.0)	43 (19.5)	53 (24.0)	53 (24.0)	50 (22.6)
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	20 (9.0)	55 (24.9)	41 (18.6)	62 (28.1)	43 (19.5)
42. Diğerlerinin yanındaiken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma	67 (30.3)	54 (24.4)	33 (14.9)	33 (14.9)	34 (15.4)
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	66 (29.9)	54 (24.4)	37 (16.7)	28 (13.7)	36 (16.3)
45. Dehşet ve panik nöbetleri	87 (39.4)	47 (21.3)	37 (16.7)	28 (12.7)	22 (10.0)
46. Sık sık tartışmaya girmek	94 (42.5)	57 (25.8)	29 (13.1)	23 (10.4)	18 (8.1)
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	103 (46.6)	49 (22.2)	38 (17.2)	18 (8.1)	13 (5.9)
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	68 (30.8)	54 (24.4)	50 (22.6)	30 (13.6)	19 (8.6)

Depresyon belirtilerinin şiddeti maddelerin oldukça fazla ve çok fazla seçeneklerine verilen cevaplarla değerlendirildiğinde, katılımcıların %52'si gelecekle ilgili umutsuzluk duygularına sahip olduklarını, %49.7'si hüznü ve kederli hissettiğini, %47.1'i karar vermekte güçlük çektiğini, %43.3'ü kolay incinebildiğini, %39.8'i hiçbir şeye ilgi duymadığını belirtmiştir. Bir diğer önemli bulgu ise katılımcıların %24'ü ölme ve ölüm üzerine düşüncelere sahip olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların olumsuz benlik alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 16.12'dir ($SS = 9.79$). Olumsuz benlik alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 48'dir. Katılımcıların olumsuz benlik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3'de gösterilmiştir. Bu alt boyutta katılımcılar ortalama 2.72 ($SS = 2.80$) duruma oldukça fazla ve çok fazla ifadelerini işaretleyerek cevap vermiştir. Olumsuz benlik özelliklerinin derecesi maddelerin oldukça fazla ve çok fazla seçeneklerine verilen cevaplarla ele alındığında, katılımcıların % 34.8'i yaptığı şeyleri doğru mu diye tekrar tekrar kontrol ettiğini, % 31.7'si değersizlik duyguları içerisinde olduğunu ve %27.6'sı izin verirse insanların onu sömürebileceğini düşündüğünü belirtmiştir.

Tablo 4.2 Depresyon Belirtilerinin Dağılımı

	Hiç (0)	Çok Az (1)	Orta Derece (2)	Oldukça Fazla (3)	Çok Fazla (4)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	180 (81.3)	26(11.8)	12 (5.4)	1 (0.5)	2 (0.9)
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	41 (18.6)	63(28.5)	41(18.6)	35 (15.8)	41(18.6)
16. Yalnızlık hissetmek	38 (17.2)	53 (24.0)	44 (19.9)	39 (17.6)	47 (21.3)
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	30 (13.6)	49 (22.2)	47 (21.3)	35 (15.8)	60 (27.1)
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	53 (24.0)	46 (20.8)	34 (15.4)	38 (17.2)	50 (22.6)
19. Ağlamaklı hissetmek	42 (19.0)	46 (20.8)	51 (23.1)	31 (14.0)	51 (23.1)
20. Kolayca incinebilme, kırılma	27 (12.2)	48 (21.7)	50 (22.6)	37 (16.7)	59 (26.7)
25. Uykuya dalmada güçlük	74 (33.5)	44 (19.9)	21 (9.5)	29 (13.1)	53 (24.0)
27. Karar vermede güçlükler	25 (11.3)	42 (19.0)	50 (22.6)	53 (24.0)	51 (23.1)
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	23 (10.4)	42 (19.0)	41 (18.6)	58 (26.2)	57 (25.8)
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	70 (31.7)	56 (25.3)	38 (17.2)	28 (12.7)	29 (13.1)
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	99 (44.8)	48 (21.7)	21 (9.5)	19 (8.6)	34 (15.4)

Katılımcıların somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 10.90 ($SS = 6.86$) olarak bulunmuştur. Somatizasyon alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 36 olup, katılımcıların ilgili alt boyuta ilişkin belirtilerinin dağılımı Tablo 4.4'de gösterilmiştir. Katılımcılar bu alt boyutta ortalama 1.80 ($SS = 2.00$) duruma oldukça ve çok fazla ifadelerini işaretleyerek cevap vermiştir. Somatizasyon belirtilerinin derecesi maddelerin oldukça ve çok fazla seçeneklerine verilen cevaplarla değerlendirildiğinde, katılımcıların %28'i sıcak soğuk basmaları olduğunu, %25.8'i

bedeninin bazı bölgelerinde uyuşma ve karıncalanmalar olduğunu, %24.9'u iştahlarında bozukluk yaşadığını, %22.7'si ise nefes darlığı yaşadıklarını bildirmiştir.

Tablo 4.3 Olumsuz Benlik Değerlendirmelerinin Dağılımı

	Hiç (0)	Çok Az (1)	Orta Derece (2)	Oldukça Fazla (3)	Çok Fazla (4)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	73 (33.0)	59 (26.7)	35 (15.8)	24 (10.9)	30 (13.6)
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	82 (37.1)	55 (24.9)	45 (20.4)	22 (10.0)	17 (7.7)
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	95 (43.0)	49 (22.2)	35 (15.8)	18 (8.1)	24 (10.9)
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	111 (50.2)	43 (19.5)	16 (7.2)	25 (11.3)	26 (11.8)
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	51 (23.1)	56 (25.3)	37 (16.7)	25(11.3)	52 (23.5)
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	139 (62.9)	39 (17.6)	14 (6.3)	19 (8.6)	10 (4.5)
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	99 (44.8)	71 (32.1)	27 (12.2)	13 (5.9)	11 (5.0)
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	75 (33.9)	69 (31.2)	38 (17.2)	17 (7.7)	22 (10.0)
50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	59 (26.7)	55 (24.9)	37 (16.7)	38 (17.2)	32 (14.5)
51. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	60 (27.1)	60 (27.1)	40 (18.1)	32 (14.5)	29 (13.1)
52. Suçluluk duyguları	62 (28.1)	72 (32.6)	30 (13.6)	36 (16.3)	21 (9.5)
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	84 (38.0)	35 (15.8)	44 (19.9)	31 (14.0)	27 (12.2)

Tablo 4.4 Somatizasyon Belirtilerinin Dağılımı

	Hiç (0)	Çok Az (1)	Orta Derece (2)	Oldukça Fazla (3)	Çok Fazla (4)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2. Baygınlık, baş dönmesi	114 (51.6)	53 (24)	38 (17.2)	11 (5.0)	5 (2.3)
5. Olayları hatırlamada güçlük	61 (27.6)	67 (30.3)	52 (23.5)	25 (11.3)	16 (7.2)
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	97 (42.9)	52 (23.5)	26 (11.8)	25 (12.3)	21 (9.5)
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	158 (71.5)	33 (14.9)	9 (4.1)	13 (5.9)	8 (3.6)
11. İştahta bozukluklar	94 (42.5)	36 (16.3)	36 (16.3)	21 (9.5)	34 (15.4)
23. Mide bozukluğu, bulantı	104 (47.1)	49 (22.2)	18 (8.1)	27 (12.2)	23 (10.4)
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	77 (34.8)	54 (24.4)	40 (18.1)	26 (11.8)	24 (10.9)
30. Sıcak, soğuk basmaları	70 (31.7)	53 (24.0)	36 (16.3)	31 (14.0)	31 (14.0)
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	76 (34.4)	52 (23.5)	36 (16.3)	36 (16.3)	21 (9.5)

Katılımcıların hostilite alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 8.81'dir (SS = 5.46). Hostilite alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 28 olup, katılımcıların ilgili alt boyuta ilişkin belirtilerinin dağılımı Tablo 4.5'de gösterilmiştir. Bu alt boyutta katılımcılar ortalama 1.48 (SS = 1.64) duruma oldukça fazla ve çok fazla ifadelerini işaretleyerek cevap vermiştir. Hostilite belirtilerinin şiddeti maddelerin oldukça fazla ve çok fazla seçeneklerine verilen cevapların toplamıyla değerlendirildiğinde, katılımcıların %37.1'i çok kolay kızıp öfkelenildiğini, %28.9'u içinde sinirlilik ve titreme hali olduğunu, %28'i insanların çoğuna güvenilmeyeceği hissine sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.5 Hostilite Belirtilerinin Dağılımı

	Hiç (0)	Çok Az (1)	Orta Derece (2)	Oldukça Fazla (3)	Çok Fazla (4)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	32 (14.5)	65 (29.4)	60 (27.1)	44 (19.9)	20 (9.0)
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	148 (67)	34 (15.4)	20 (9.0)	11 (5.0)	8 (3.6)
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	82 (37.1)	57 (25.8)	35(15.8)	26 (11.8)	21 (9.5)
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	35 (15.8)	51 (23.1)	53 (24.0)	46 (20.8)	36 (16.3)
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	54 (24.4)	61 (27.6)	44 (14.9)	27 (12.2)	35 (15.8)
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	171 (77.4)	15 (6.8)	15 (6.8)	16 (7.2)	4 (1.8)
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	118 (53.4)	46 (20.8)	23 (10.4)	24 (10.9)	10 (4.5)

4.3 Deneyimsel Kaçınmaya İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların ÇBYKÖ-30 ile değerlendirilen deneyimsel kaçınmaya ilişkin davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma/bastırma, baskılama/inkar ve sıkıntıya katlanma alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Ölçeğin her bir alt boyutu beş maddeden oluşmakta olup alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puan 35'dir. Yükselen puanlar ilgili kaçınma alt boyutuna ilişkin daha yüksek düzeyler anlamına gelmektedir.

Bireylerin rahatsız edeceğini, sıkıntı vereceğini düşündüğü ortamlardan ve/veya rahatsız eden ve gergin hissettiren durumlardan kaçınmasına yönelik davranışsal girişimlerini içeren davranışsal kaçınma alt ölçeğinden katılımcıların aldıkları puanların ortalaması 23.94 (SS = 6.11) olarak hesaplanmıştır. Yapılan

analizlere göre bu alt boyutta katılımcılar ortalama 1.97 ($SS = 1.70$) soruya ‘Katılıyorum’ ve ‘Kesinlikle Katılıyorum’ ifadelerini kullanarak cevap vermiştir. Maddelere katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevabını veren katılımcıların %44.8’i gergin hissetme ihtimalinin olduğu durumlardan kaçınacağını, %39.8’inin rahatsız edeceğini düşündüğü şeyleri yapmadığı ve %38.4’nün çok küçük bile olsa incitme ihtimali olan şeylerden kaçındığını belirtmiştir.

Rahatsızlık verici duygusal deneyimleri kabul edilmez görme ve olumsuz duygu uyandıran durumlardan, anlardan kurtulmaya yönelik çabaları içeren sıkıntıdan hoşlanmama alt ölçeğinden katılımcıların aldıkları puanların ortalaması 23.87 ($SS = 6.34$) olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyutta katılımcılar ortalama 2.11 ($SS = 1.70$) soruya ‘Katılıyorum’ ve ‘Kesinlikle Katılıyorum’ ifadelerini kullanarak cevap vermiştir. Maddelere katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevabını veren katılımcıların %53.4’ünün eğer sihirli bir şekilde bütün acı veren anılarını silebilse bunu yapabileceğini, %45.2’si en büyük hedefinin acı veren duygulardan kurtulmak olduğunu ve %49.3’ü daha az stresli hissetmek için her şeyi yapabileceğini belirtmiştir.

Sıkıntı veren işleri ve karşılaşılan sorunları ertelemeye yönelik çabaları içeren erteleme alt ölçeğinden katılımcıların aldıkları puanların ortalaması 21.23 ($SS = 6.04$) olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyutta katılımcılar ortalama 1.59 ($SS = 1.53$) soruya ‘Katılıyorum’ ve ‘Kesinlikle Katılıyorum’ ifadelerini kullanarak cevap vermiştir. Maddelere verilen katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevapları toplandığında, katılımcıların %40.7’si hoşla gitmeyen işleri olabildiğince ertelemeye çalıştığını, %38’i yapılması gereken ama hoşlarına gitmeyen şeyleri erteleme eğiliminde olduklarını ve %30.8’i yapılması gereken önemli bir şey olduğunda kendini onun yerine başka şeyler yaparken bulduğunu belirtmiştir.

Rahatsız edici deneyimleri (duygu, düşünce) görmezden gelmeye çalışma ve dikkati bu deneyimlerden çekmeye yönelik girişimleri içeren dikkati dağıtma/bastırma alt boyutundan katılımcıların aldıkları puan ortalaması 22.58 ($SS = 6.55$) olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyutta katılımcılar ortalama 1.78 ($SS = 1.77$) soruya ‘Katılıyorum’ ve ‘Kesinlikle Katılıyorum’ ifadelerini kullanarak cevap vermiştir. Maddelere verilen katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevapları toplandığında, katılımcıların %38.4’ü üzüntülü hislerden uzak kalmak için çabaladığını, %37.6’sı

tatsız hatıralar aklına geldiğine onları zihninden çıkarmaya çalıştığını, %37.5'i olumsuz bir düşünce aklına geldiğinde hemen başka bir şey düşünmeye çalıştığını ve %33.9'u olumsuz düşünceler aklına geldiğinde kafasını başka şeylerle meşgul etmeye çalıştığını belirtmiştir.

Duygularının, sıkıntı veren duygusal deneyimlerin farkında olmama ve onları baskılamaya çalışmaya yönelik durumları içeren baskılama/inkar alt ölçeğinden katılımcıların aldıkları puanların ortalaması 19.14 (SS = 6.32) olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyutta katılımcılar ortalama 1.13 (SS = 1.35) soruya 'Katılıyorum' ve 'Kesinlikle Katılıyorum' ifadelerini kullanarak cevap vermiştir. Maddelere katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevabını veren katılımcıların %30.8'i başkalarının hislerini bastırdıklarını söylediğini, %24'ü ne hissettiğini bilmenin çok zor olduğunu ve %20.4'ü duygularından kopuk hissettiğini belirtmiştir.

Deneyimlenen sıkıntıyla işlevsel şekilde baş edebilmeyi içeren sıkıntıya katlanma alt ölçeğinden katılımcıların aldıkları puan ortalaması 22.42 (SS = 7.41) olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyutta katılımcılar ortalama 1.69 (SS = 1.84) soruya 'Katılıyorum' ve 'Kesinlikle Katılıyorum' ifadelerini kullanarak cevap vermiştir. Maddelere katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevabını veren katılımcıların %43.5'i rahatsız hissettiğinde değer verdiği şeyler için uğraşmaktan vazgeçmediğini, %35.3'ü acı çekiyorken bile yapılması gerekeni yaptığını ve %35.3'ü önemli bir şey üzerinde çalışırken işler zorlaşsa bile vazgeçmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.6 Deneyimsel Kaçınma Davranışlarının Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Bazen Katılmıyorum (3)	Kararsızım (4)	Bazen Katılıyorum (5)	Katılıyorum (6)	Kesinlikle Katılıyorum (7)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Davranışsal Kaçınma							
1. Beni rahatsız edeceğini düşündüğüm bir şeyi yapmam.	12 (5.4)	18 (8.1)	34 (15.4)	26 (11.8)	43 (19.5)	40 (18.1)	48 (21.7)
2. Çok küçük bile olsa, beni incitme ihtimali olan faaliyetlerden kaçınırım.	3 (1.4)	31 (14.0)	26 (11.8)	23 (10.4)	53 (24.0)	58 (26.2)	27 (12.2)
3. Eğer kendimi köşeye sıkışmış hissedersen ortamı hemen terk ederim.	7 (3.2)	22 (10.0)	24 (10.9)	32 (14.5)	57 (25.8)	37 (16.7)	42 (19.0)
4. Beni rahatsız etmeye başlayan bir durumda kaldığımda, hemen oradan ayrılmaya çalışırım.	8 (3.6)	20 (9.0)	21 (9.5)	29 (13.1)	59 (26.7)	44 (19.9)	40 (18.1)
5. Gergin hissetme ihtimalim olan durumlardan kaçınırım.	10 (4.5)	13 (5.9)	28 (12.7)	15 (6.8)	56 (25.3)	62 (28.1)	37 (16.7)
Sıkıntıdan Hoşlanmama							
6. Eğer sihirli bir şekilde bütün acı veren anılarımı silebilseydim, bunu yapardım.	9 (4.1)	21 (9.5)	20 (9.0)	24 (10.9)	29 (13.1)	28 (12.7)	90(40.7)
7. Mutluluk; hiçbir zaman acı ya da hayal kırıklığı yaşamamak demektir.	23 (10.4)	36 (16.3)	26 (11.8)	39 (17.6)	37 (16.7)	25 (11.3)	35 (15.8)
8. En büyük hedeflerimden biri acı veren duygulardan kurtulmaktır.	11 (5.0)	20 (9.0)	29 (13.1)	21 (9.5)	40 (18.1)	48 (21.7)	52 (23.5)
9. Daha az stresli hissetmek için her şeyi yaparım.	5 (2.3)	18 (8.1)	27 (12.2)	14 (6.3)	48 (21.7)	58 (26.2)	51 (23.1)
10. Kötü hissetmemek için pek çok şeyden vazgeçebilirim.	8 (3.6)	28 (12.7)	25 (11.3)	37 (16.7)	43 (19.5)	43 (19.5)	37 (16.7)

Tablo 4.6 (devamı)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Kararsızım	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Erteleme							
11. Yapılması gereken ama hoşuma gitmeyen şeyleri erteleme eğilimindeyim.	10 (4.5)	28 (12.7)	20 (9.0)	25 (11.3)	54 (24.4)	51 (23.1)	33 (14.9)
12. Yapmam gereken önemli bir şey olduğunda kendimi onun yerine bir sürü başka şeyi yaparken bulurum.	19 (8.6)	27 (12.2)	32 (14.5)	18 (8.1)	57 (25.8)	44 (19.9)	24 (10.9)
13. Hoşuma gitmeyen işleri olabildiğince ertelemeye çalışırım.	13 (5.9)	30 (13.6)	19 (8.6)	18 (8.1)	51 (23.1)	52 (23.5)	38 (17.2)
14. Kesinlikle yapmam gerekene kadar bir işi yapmam.	24 (10.9)	36 (16.3)	22 (10.0)	37 (16.7)	47 (21.3)	36 (16.3)	19 (8.6)
15. Karşılaştığım sorunları bir an önce halletmeye çalışırım.	37 (16.7)	46 (20.8)	42 (19.0)	31 (14.0)	11 (5.0)	39 (17.6)	15 (6.8)
Dikkati Dağıtma/Bastırma							
16. Olumsuz düşünceler aklıma geldiğinde kafamı başka şeylerle meşgul etmeye çalışırım.	11 (5.0)	35 (15.8)	31 (14.0)	21 (9.5)	48 (21.7)	55 (24.9)	20 (9.0)
17. Üzücü hatıralar aklıma geldiğinde başla şeylere odaklanmaya çalışırım.	4 (1.8)	26 (11.8)	40 (18.1)	21 (9.5)	63 (28.5)	42 (19.0)	25 (11.3)
18. Üzüntülü hislerden uzak kalmak için çok çabalarım.	5 (2.3)	33 (14.9)	29 (13.1)	23 (10.4)	46 (20.8)	52 (23.5)	33 (14.9)
19. Tatsız hatıralar aklıma geldiğinde, onları zihnimden çıkarmaya çalışırım.	4 (1.8)	33 (14.9)	34 (15.4)	22 (10.0)	45 (20.4)	57 (25.8)	26 (11.8)
20. Olumsuz bir düşünce aklıma geldiğinde hemen başka bir şey düşünmeye çalışırım.	8 (3.6)	35 (15.8)	30 (13.6)	25 (11.3)	40 (18.1)	60 (27.1)	23 (10.4)

Tablo 4.6 (devamı)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Kararsızım	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Baskılama/İnkar							
21. Başkalarının bana hislerimi bastırdığımı söylediği olmuştur.	14 (6.3)	43 (19.5)	24 (10.9)	26 (11.8)	46 (20.8)	34 (15.4)	34 (15.4)
22. Ne hissettiğimi bilmek benim için çok zordur.	18 (8.1)	45 (20.4)	35 (15.8)	28 (12.7)	42 (19.0)	27(12.2)	26 (11.8)
23. Kötü hissettiğimde bunu fark etmem biraz zaman alır.	31 (14.0)	59 (26.7)	35 (15.8)	25 (11.3)	32 (14.5)	24 (10.9)	15 (6.8)
24. Duygularımdan kopuk olduğumu hissederim.	21 (9.5)	47 (21.3)	34 (15.4)	30 (13.6)	44 (19.9)	30 (13.6)	15 (6.8)
25. Başkalarının bana sorunlarımın farkında olmadığını söylediği olmuştur.	34 (15.4)	48 (21.7)	32 (14.5)	28 (12.7)	34 (15.4)	27 (12.2)	18 (8.1)
Sıkıntıya Katlanma							
26. Rahatsız hissettiğim zaman bile değer verdiğim şeyler için uğraşmaktan vazgeçmem.	9 (4.1)	21 (9.5)	27 (12.2)	28 (12.7)	40 (18.1)	49 (22.2)	47 (21.3)
27. Acı çekiyorken bile yapılması gerekenleri yaparım.	16 (7.2)	31 (14.0)	34 (15.4)	18 (8.1)	44 (19.9)	34 (15.4)	44 (19.9)
28. Acı ve rahatsızlığın istediğim şeyi almamı engellemesine izin vermem.	8 (3.6)	31 (14.0)	41 (18.6)	32 (14.5)	48 (21.7)	29 (13.1)	32 (14.5)
29. İç karartıcı düşüncelerin istediğimi yapmama engel olmasına izin vermem.	16 (7.2)	29 (13.1)	43 (19.5)	25 (11.3)	47 (21.3)	37 (16.7)	24 (10.9)
30. Önemli bir şey üzerinde çalışırken işler zorlaşsa bile vazgeçmem.	10 (4.5)	26 (11.8)	34 (15.4)	20 (9.0)	53 (24.0)	36 (16.3)	42 (19.0)

4.4 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Özelliklerinin Belirlenmesi

Katılımcıların BTÖ-12 ile değerlendirilen, belirsiz olay ve durumlar karşısında duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak artmış tepki verme eğilimlerini belirlemeyi amaçlayan belirsizliğe tahammülsüzlük özellikleri Tablo 4.7’de gösterilmektedir. Ölçeğin ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere iki alt faktörü bulunmaktadır. Puanların yükselmesi, yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü göstermektedir.

Yakın veya uzak gelecekteki belirsizliklerle ilişkili kaygı, endişe duyma, belirsiz durumları katlanılmaz ve kabul edilemez görmeye yönelik eğilimleri içeren ileriye yönelik kaygı alt boyutu yedi maddeden oluşmakta olup, alınabilecek en yüksek puan 35’dir. Katılımcıların ileriye yönelik kaygı alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 24.10 ($SS = 5.73$) olarak hesaplanmıştır. Katılımcılar bu alt boyutta ortalama 3.49 ($SS = 2.30$) soruya ‘Çok Uygun’ veya ‘Tamamen Uygun’ ifadelerini kullanarak cevap vermiştir. Maddelerin çok uygun ve tamamen uygun seçeneklerine verilen cevaplar toplandığında, katılımcıların %63.8’i beklenmedik olayların canını sıkıldığını, %53.8’i bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamadığını, %52.9’u her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize etmesi gerektiğini ve %52.5’i belirli bir durumda ihtiyacı olan tüm bilgilere sahip olmadığında sınırlarının bozulduğunu belirtmiştir.

Belirsizlik karşısında harekete geçememeyi ve ketlenmeyi içeren engelleyici kaygı alt boyutu beş maddeden oluşmakta olup, alınabilecek en yüksek puan 25’dir. Katılımcıların engelleyici kaygı alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 16.66 ($SS = 4.83$) olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyuta katılımcılar ortalama 2.45 ($SS = 1.70$) maddeye ‘Çok uygun’ veya ‘Tamamen uygun’ ifadelerini kullanarak cevap vermiştir. Maddelerin çok uygun ve tamamen uygun seçeneklerine verilen cevaplar toplandığında, katılımcıların %57’4’ü belirsizliğin hayatını dolu dolu yaşamasından alıkoyduğunu, %50.2’si belirsizlik yaşadığında pek iyi çalışmadığını ve %46.2’si harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizliğin elini kolunu bağladığını belirtmiştir.

Tablo 4.7 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Özellikleri

	Hiç uygun değil (1)	Çok az Uygun (2)	Biraz Uygun (3)	Çok Uygun (4)	Tamamen Uygun (5)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İleriye Yönelik Kaygı					
1. Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	7 (3.2)	20 (9.0)	53 (24)	62 (28.1)	79 (35.7)
2. Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.	15 (6.8)	28 (12.7)	62 (28.1)	63 (28.5)	53 (24.0)
3. İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	23 (10.4)	59 (26.7)	77 (34.8)	42 (19.0)	20 (9.0)
4. En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	10 (4.5)	42 (19.0)	63 (28.5)	61 (27.6)	45 (20.4)
5. Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	17 (7.7)	31 (14.0)	62 (28.1)	63 (28.5)	48 (21.7)
6. Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	12 (5.4)	29 (13.1)	61 (27.6)	61 (27.6)	58 (26.2)
7. Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	16 (7.2)	36 (16.3)	52 (23.5)	61 (27.6)	56 (25.3)
Engelleyici Kaygı					
8. Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.	10 (4.5)	29 (13.1)	55 (24.9)	67 (30.3)	60 (27.1)
9. Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	22 (10.0)	40 (18.1)	57 (25.8)	55 (24.9)	47 (21.3)
10. Belirsizlik yaşadığımda pekiyi çalışmam.	11 (5.0)	37(16.7)	58 (26.2)	65 (29.4)	50 (22.6)
11. En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	24 (10.9)	43 (19.5)	66 (29.9)	53 (24.0)	35 (15.8)
12. Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	27 (12.2)	48 (21.7)	56 (25.3)	52 (23.5)	38 (17.2)

4.5 Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Belirlenmesi

Katılımcıların olumsuz ve olumlu mükemmeliyetçilik özellikleri APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin olumsuz mükemmeliyetçilik boyutu tatminsizlik ve çelişki alt faktörlerinden, olumlu mükemmeliyetçilik boyutu ise yüksek standartlar ve düzen faktörlerinden oluşmaktadır. Yüksek puanlar ilgili mükemmeliyetçi tutumlara yönelik özelliklerin yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların başarılarından tatmin olmama, gerçekçi olmayan standartlarla performansını aşırı eleştirel değerlendirme gibi özelliklerinin temsil edildiği olumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri Tablo 4.8’de gösterilmektedir. Olumsuz mükemmeliyetçilik boyutu, altı madde tatminsizlik alt boyutu ve altı madde çelişki alt boyutu olmak üzere toplam on iki maddedir ve bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan 84’dür. Katılımcıların olumsuz mükemmeliyetçilik alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 49.07 (SS = 14.75) olarak bulunmuştur. Katılımcılar bu alt boyutta 3.23 (SS = 3.11) soruyu ‘Katılıyorum’ veya ‘Tamamen katılıyorum’ ifadelerini işaretleyerek cevaplandırmıştır. Katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevapları toplandığında, katılımcıların %42.1’i beklentilerini karşılayamama düşüncesinin çoğu kez onları endişelendirdiğini, %35.3’ü hedeflerine ulaşamadığı için çoğu kez hayal kırıklığı yaşadığını, %33.9’u en iyi yaptığı şeyleri bile hiçbir zaman yeterli görmediğini, %30’u yüksek standartlarına nadiren ulaştığını ve %26.7’si ise başarılarından asla tatmin olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların yüksek standartlar ve hedefler belirleyerek bunlara ulaşmak için çabalama, düzenli ve disiplinli olma gibi özelliklerinin temsil edildiği olumlu mükemmeliyetçilik özellikleri Tablo 4.9’da gösterilmiştir. Olumlu mükemmeliyetçilik boyutu, yedi madde standartlar alt boyutu ve dört madde düzen alt boyutu olmak üzere toplam on bir maddedir. Olumlu mükemmeliyetçilik boyuttan alınabilecek en yüksek puan 77’dir. Katılımcıların olumlu mükemmeliyetçilik alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 54.04 (SS = 12.01) olarak hesaplanmıştır. Katılımcılar bu alt boyutta ortalama 5.1 (SS = 3.41) soruya ‘Katılıyorum’ veya ‘Tamamen katılıyorum’ ifadelerini

işaretleyerek cevaplandırmıştır. Katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevapları toplandığında, katılımcıların %55.2'si yaptığı her şeyin en iyisini yapmaya çalıştığını, %53.4'ü kendinden daha fazlasını beklemezse asla başarılı olamayacağını, %47'si kendinden en iyisini beklediğini ve %46.2'si işyerindeki ya da okuldaki performansına ilişkin standartlarının yüksek olduğunu belirtmiştir.



Tablo 4.8 Olumsuz Mükemmeliyetçilik Özellikleri

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Bir fikrim yok	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Olumsuz Mükemmeliyetçilik							
Tatminsizlik							
6. En iyi yaptığım şeyler bile hiçbir zaman bana yeterli görünmez.	8 (3.6)	40 (18.1)	33 (14.9)	15 (6.8)	50 (22.6)	44 (19.9)	31 (14.0)
11. Elimden gelenin en iyisini yapmam benim için asla yeterli değildir.	13 (5.9)	49 (22.2)	33 (14.9)	20 (9.0)	51 (23.1)	32 (14.5)	23 (10.4)
13. Başarılarımdan asla tatmin olmam.	15 (6.8)	53 (24.0)	40 (18.1)	18 (8.1)	36 (16.3)	41 (18.6)	18 (8.1)
17. Yapabildiğimin en iyisini yaptığımı bilsem bile tatmin olmam.	19 (8.6)	49 (22.2)	36 (16.3)	17 (7.7)	56 (25.3)	29 (13.1)	15 (6.8)
20. Performansımdan neredeyse hiç tatmin olmam.	26 (11.8)	50 (22.6)	42 (19.0)	13 (5.9)	41 (18.6)	34 (15.4)	15 (6.8)
23. Bir işi tamamladığımda genellikle hayal kırıklığı duyarım, çünkü daha iyisini yapabileceğimi bilirim.	13 (5.9)	46 (20.8)	55 (24.9)	16 (7.2)	42 (19.0)	28 (12.7)	21 (9.5)
Çelişki							
3. Hedeflerime ulaşamadığım için çoğu kez hayal kırıklığı yaşarım.	10.45 (4.5)	32 (14.5)	33 (14.9)	11 (5.0)	57 (25.8)	41 (18.6)	37 (16.7)
9. Yüksek standartlarıma nadiren ulaşıyorum.	7 (3.2)	35 (15.8)	37 (16.7)	23 (10.4)	53 (24.0)	44 (19.9)	22 (10.0)
15. Beklentilerimi karşılayamama düşüncesi çoğu kez beni endişelendirir.	9 (4.1)	25 (11.3)	43 (19.5)	12 (5.4)	39 (17.6)	48 (21.7)	45 (20.4)
16. Gösterdiğim performansla nadiren standartlarıma ulaşıyorum.	15 (6.8)	39 (17.6)	42 (19.0)	19 (8.6)	53 (24.0)	43 (19.5)	10 (4.5)
19. Performansım için koyduğum yüksek standartları nadiren karşılayabilirim.	15 (6.8)	45 (20.4)	43 (19.5)	28 (12.7)	46 (20.8)	31 (14.0)	13 (5.9)
21. Yaptığım şeyin yeterince iyi olduğunu nadiren düşünürüm.	23 (10.4)	42 (19.0)	51 (23.1)	17 (7.7)	40 (18.1)	32 (14.5)	16 (7.2)

Tablo 4.9 Olumlu Mükemmeliyetçilik Özellikleri

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Bir fikrim yok	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Maddeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Olumsuz Mükemmeliyetçilik							
Düzen							
2. Düzenli bir insanım.	4 (1.8)	20 (9.0)	33 (14.9)	6 (2.7)	55 (24.9)	58 (26.2)	45 (20.4)
4. Tertip(düzen) benim için önemlidir.	5 (2.3)	17 (7.7)	27 (12.2)	7 (3.2)	47 (21.3)	61 (27.6)	57 (25.8)
7. Her eşya yerli yerine konmalıdır.	9 (4.1)	25 (11.3)	25 (11.3)	10 (4.5)	57 (25.8)	55 (24.9)	40 (18.1)
10. Her zaman düzenli ve disiplinli olmayı isterim.	5 (2.3)	19 (8.6)	18 (8.1)	9 (4.1)	51 (23.1)	64 (29.0)	55(24.9)
Yüksek Standartlar							
1. İşyerindeki ya da okuldaki performansına ilişkin standartlarım yüksektir.	7 (3.2)	29 (13.1)	31 (14.0)	10 (4.5)	42 (19.0)	55 (24.9)	47 (21.3)
5. Eğer kendinizden daha fazlasını beklemezseniz asla başarılı olamazsınız.	9 (4.1)	27 (12.2)	24 (10.9)	14 (6.3)	46 (20.8)	57 (25.8)	44 (19.9)
8. Kendimden beklentilerim yüksektir	3 (4.1)	15 (6.8)	32 (14.5)	13 (5.9)	56 (25.3)	55 (24.9)	47 (21.3)
12. Kendim için çok yüksek standartlar koyarım.	16 (7.2)	49 (22.2)	33 (14.9)	18 (8.1)	46 (20.8)	37 (16.7)	22 (10.0)
14. Kendimden en iyisini beklerim.	8 (3.6)	19 (8.6)	34 (15.4)	9 (4.1)	47 (21.3)	60 (27.1)	44 (19.9)
18. Yaptığım her şeyin en iyisini yapmaya çalışırım	3 (1.4)	14 (6.3)	19 (8.6)	9 (4.1)	54 (24.4)	60 (27.1)	62 (28.1)
22. Mükemmeli elde etmek için çok fazla çabalama ihtiyacı hissedirim.	8 (3.8)	35 (15.8)	30 (13.6)	10 (4.5)	36 (16.3)	60 (27.1)	42 (19.0)

4.6 Psikiyatrik Belirtiler, Deneyimsel Kaçınma, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler

Bu bölümde psikiyatrik belirtiler ile deneyimsel kaçınma puanları, belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanı ve olumlu-olumsuz mükemmeliyetçilik puanları arasındaki ilişkilere yönelik bulgular yer almaktadır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi incelenmekte ve yorumlanmaktadır. Analiz sonuçları Tablo 4.10'da özetlenmiştir.

4.6.1 Psikiyatrik Belirtilerin Birbirleri ile İlişkileri

Psikiyatrik belirti alt boyutlarının birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde, anksiyete puanları ile depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Depresyon puanları ile olumsuz benlik, somatizasyon puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Olumsuz benlik puanları ile somatizasyon ve hostilite puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Somatizasyon ile hostilite puanları arasında da pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur. Anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları ile global indeks puanları (rahatsızlık ciddiyeti indeksi, semptom rahatsızlık indeksi, belirti toplam indeksi) arasında pozitif yönde güçlü ilişkiler bulunurken, en güçlü ilişkinin rahatsızlık ciddiyeti indeksi puanı ile olduğu görülmüştür.

4.6.2 Psikiyatrik Belirtiler ile Deneyimsel Kaçınma Arasındaki İlişkiler

Psikiyatrik belirtiler ile 'davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma/bastırma ve baskılama/inkar' deneyimsel kaçınma alt ölçek puanları arasında pozitif yönde, orta ve yüksek düzeyde değişen anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik puanları ile deneyimsel kaçınma puanları arasında en yüksek korelasyon katsayılarının davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama ve erteleme puanlarıyla olduğu, ilgili ilişkilerin pozitif yönde yüksek düzeyde görülmüştür. Somatizasyon puanları ile deneyimsel kaçınma puanları arasında en yüksek korelasyon katsayılarının sıkıntıdan hoşlanmama, dikkati dağıtma/bastırma, davranışsal kaçınma puanlarıyla olduğu ve ilgili ilişkilerin pozitif yönde orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Hostilite puanları ile de en yüksek

korelasyon katsayılarının sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme ve baskılama/inkar puanlarıyla olduğu, ilgili ilişkilerin pozitif yönde ve orta düzeyde olduğu görülmüştür. Anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon ile sıkıntıya katlanma puanları arasında negatif yönde zayıf ilişkiler bulunurken, hostilite puanları için korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Global indeks puanları (rahatsızlık ciddiyeti indeksi, semptom rahatsızlık indeksi, belirti toplam indeksi) ile davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma/bastırma ve baskılama/inkar puanları arasında pozitif yönde orta ve yüksek düzeyde değişen anlamlı ilişkiler bulunmuştur. İlgili ilişkilerde en yüksek korelasyon katsayılarının davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama ve erteleme puanlarıyla olduğu görülmüştür. Global indeks puanlarıyla sıkıntıya katlanma puanları arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

4.6.3 Psikiyatrik Belirtiler ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkiler

Belirsizliğe tahammülsüzlük puanı ile psikiyatrik belirtiler arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunurken, en yüksek korelasyon katsayılarının anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik puanlarıyla olduğu görülmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile global indeks puanları arasında orta ve düşük düzeyde değişen pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunurken, en yüksek korelasyon katsayılarının rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve belirti toplam indeksi puanlarıyla olduğu bulunmuştur.

4.6.4 Psikiyatrik Belirtiler ile Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler

Olumsuz mükemmeliyetçilik puanı ile psikiyatrik belirtiler puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunurken, en yüksek korelasyon katsayılarının depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon puanlarıyla olduğu, ilgili ilişkilerin orta ve yüksek düzeyde değiştiği görülmüştür. Olumsuz mükemmeliyetçilik puanlarıyla global indeks puanları arasında pozitif yönde düşük ve orta düzeyde değişen anlamlı ilişkiler bulunurken, en yüksek korelasyon katsayısının rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve belirti toplam indeksi puanlarıyla olduğu bulunmuştur.

Olumlu mükemmeliyetçilik puanları ile psikiyatrik belirtiler ve global indeksler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, olumlu mükemmeliyetçilik ile hostilite ve olumsuz benlik puanları arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Olumlu mükemmeliyetçilik ile anksiyete, depresyon, somatizasyon, rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi, semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

4.6.5 Deneyimsel Kaçınma ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler

Belirsizliğe tahammülsüzlük puanı ile davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma ve baskılamaya ilişkin deneyimsel kaçınma puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunurken, sıkıntıya katlanma puanıyla arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Olumsuz mükemmeliyetçilik ile davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma ve baskılama puanları arasında pozitif yönde orta ve yüksek düzeyde değişen anlamlı ilişkiler bulunmuştur. İlgili ilişkilerde en yüksek korelasyon katsayısının baskılama, sıkıntıdan hoşlanmama ve davranışsal kaçınma puanlarıyla olduğu görülmüştür. Olumsuz mükemmeliyetçilik ile sıkıntıya katlanma puanı arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Olumlu mükemmeliyetçilik ile sıkıntıya katlanma puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunurken, davranışsal kaçınma ve dikkati dağıtma puanlarıyla da arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Olumlu mükemmeliyetçilik ile sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme ve baskılama puanları arasındaki korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Belirsizliğe tahammülsüzlük puanı ile olumsuz mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunurken, olumlu mükemmeliyetçilik puanları ile arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.10 Psikiyatrik Belirtiler, Deneyimsel Kaçınma, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Anksiyete	-															
2. Depresyon	.76 (.001)	-														
3. Olumsuz Benlik	.75 (.001)	.79 (.001)	-													
4. Somatizasyon	.71 (.001)	.59 (.001)	.52 (.001)	-												
5. Hostilite	.66 (.001)	.68 (.001)	.68 (.001)	.51 (.001)	-											
6. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	.91 (.001)	.91 (.001)	.89 (.001)	.76 (.001)	.79 (.001)	-										
7. Belirti Toplam İndeksi	.77 (.001)	.73 (.001)	.77 (.001)	.62 (.005)	.67 (.001)	.83 (.001)	-									
8. Semptom Rahatsızlık İndeksi	.77 (.001)	.81 (.001)	.71 (.001)	.65 (.001)	.66 (.001)	.85 (.001)	.45 (.001)	-								
9. Davranışsal Kaçınma	.51 (.001)	.50 (.001)	.51 (.001)	.37 (.001)	.40 (.001)	.54 (.001)	.52 (.001)	.40 (.001)	-							
10. Sıkıntıdan Hoşlanmama	.55 (.001)	.55 (.001)	.59 (.001)	.39 (.001)	.43 (.001)	.60 (.001)	.58 (.001)	.46 (.001)	.65 (.001)	-						
11. Erteleme	.55 (.001)	.55 (.001)	.51 (.001)	.33 (.001)	.42 (.001)	.56 (.001)	.57 (.001)	.40 (.001)	.56 (.001)	.58 (.001)	-					
12. Dikkati Dağıtma/Bastırma	.46 (.001)	.44 (.001)	.36 (.001)	.41 (.001)	.35 (.001)	.47 (.001)	.45 (.001)	.37 (.001)	.62 (.001)	.57 (.001)	.41 (.001)	-				
13. Baskılama/ İnkâr	.49 (.001)	.47 (.001)	.47 (.001)	.31 (.001)	.41 (.001)	.51 (.001)	.50 (.001)	.38 (.001)	.48 (.001)	.49 (.001)	.51 (.001)	.42 (.001)	-			
14. Sıkıntıya Katlanma	-.24 (.001)	-.16 (.02)	-.14 (.04)	-.19 (.005)	-.02 (.74)	-.18 (.006)	-.15 (.02)	-.16 (.02)	-.16 (.02)	-.22 (.001)	-.31 (.001)	.01 (.86)	-.10 (.15)	-		
15. Belirsizliğe Tahammülsüzlük	.40 (.001)	.41 (.001)	.49 (.001)	.26 (.001)	.39 (.001)	.46 (.001)	.46 (.001)	.30 (.001)	.49 (.001)	.47 (.001)	.35 (.001)	.45 (.001)	.41 (.001)	-.03 (.63)	-	
16. Olumsuz Mükemmeliyetçilik	.37 (.001)	.41 (.001)	.50 (.001)	.25 (.001)	.26 (.001)	.43 (.001)	.42 (.001)	.28 (.001)	.46 (.001)	.52 (.001)	.43 (.001)	.29 (.001)	.50 (.001)	-.15 (.02)	.49 (.001)	-
17. Olumlu Mükemmeliyetçilik	.01 (.85)	.12 (.07)	.16 (.02)	-.07 (.30)	.14 (.04)	.09 (.19)	.10 (.15)	.01 (.93)	.18 (.006)	.08 (.23)	-.02 (.75)	.13 (.049)	.10 (.15)	.36 (.001)	.26 (.001)	.31 (.001)

4.7 Yapısal Model Testine İlişkin Analizler

Çalışma kapsamında belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın aracı rolü incelenmiştir. Önerilen modeli test etmek üzere iki aşamalı yaklaşım benimsenerek (ölçme modeli ve yapısal model) yapısal model testine ilişkin analizler yürütülmüştür.

4.7.1 Gözlenen Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Modelde yer alan gözlenen değişkenlerin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ile değişkenlerin birbiriyle ilişkileri Tablo 4.11’de özetlenmiştir. Gözlenen değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi uygulanarak incelenmiş olup, ilişki katsayılarının .22 ile .79 arasında değiştiği görülmüştür.

Anksiyete, depresyon, olumsuz benlik psikiyatrik belirti puanları ile deneyimsel kaçınma puanları arasındaki pozitif yönde orta ve yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik puanlarının en fazla sıkıntıdan hoşlanmama, davranışsal kaçınma ve ertelemeyi içeren deneyimsel kaçınma alt boyutları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik puanları ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiler incelendiğinde, ilgili psikiyatrik belirtilerin en fazla ileriye yönelik kaygı alt faktörüyle pozitif yönde ilişkili olduğu ve bu ilişkinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik puanlarının olumsuz mükemmeliyetçiliğin en fazla çelişki alt faktörüyle ilişkili olduğu, ilgili ilişkilerin pozitif yönde orta ve yüksek düzeyde değiştiği bulunmuştur. Somatizasyon ve hostilete belirtileri ile deneyimsel kaçınma puanları arasında pozitif yönde orta ve düşük düzeyde değişen anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Somatizasyon puanlarının en fazla dikkati dağıtma, sıkıntıdan hoşlanmama deneyimsel kaçınma alt boyutları ilişkili olduğu ve ilgili ilişkilerin pozitif yönde orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Hostilite puanlarının ise en fazla sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme ve baskılamaya yönelik kaçınma alt boyutlarıyla ilişkili olduğu ve ilgili ilişkilerin pozitif yönde orta düzeyde olduğu görülmüştür. Somatizasyon ve hostilete puanları ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiler incelendiğinde ilgili değişkenlerin en fazla ileriye yönelik kaygı alt faktörüyle; olumsuz

mükemmeliyetçilikte ise ilgili değişkenlerin en fazla tatminsizlik alt faktörüyle pozitif yönde ilişkili olduğu bulunurken, ilişkinin gücü düşük ve orta düzey arasında değişmiştir.

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye yönelik kaygı alt faktörünün en fazla olumsuz mükemmeliyetçiliğin tatminsizlik alt boyutu ile, engelleyici kaygı alt faktörünün ise en fazla olumsuz mükemmeliyetçiliğin çelişki alt boyutu ile ilişkili olduğu bulunmuş olup, ilgili ilişkilerin pozitif yönde ve orta düzeyde olduğu görülmüştür.



Tablo 4.11 Gözlenen Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Anksiyete	20.08±9.93	-													
2. Depresyon	21.76±10.84	.76 (.001)	-												
3. Olumsuz Benlik	16.12±9.79	.75 (.001)	.79 (.001)	-											
4. Somatizasyon	10.90 ±6.86	.71 (.001)	.59 (.001)	.52 (.001)	-										
5. Hostilite	8.81±5.46	.66 (.001)	.68 (.001)	.68 (.001)	.51 (.001)	-									
6. Davranışsal Kaçınma	23.94±6.11	.51 (.001)	.50 (.001)	.51 (.001)	.37 (.001)	.40 (.001)	-								
7. Sıkıntıdan Hoşlanmama	23.87±6.34	.55 (.001)	.55 (.001)	.59 (.001)	.39 (.005)	.43 (.001)	.65 (.001)	-							
8. Erteleme	21.23±6.04	.55 (.001)	.55 (.001)	.51 (.001)	.33 (.001)	.42 (.001)	.56 (.001)	.58 (.001)	-						
9. Dikkati Dağıtma/Bastırma	22.58±6.55	.46 (.001)	.44 (.001)	.36 (.001)	.41 (.001)	.35 (.001)	.62 (.001)	.57 (.001)	.41 (.001)	-					
10. Baskılama/İnkar	19.14±6.32	.49 (.001)	.47 (.001)	.47 (.001)	.31 (.001)	.41 (.001)	.48 (.001)	.49 (.001)	.51 (.001)	.42 (.001)	-				
11. İleriye Yönelik Kaygı	24.10±5.73	.41 (.001)	.41 (.001)	.46 (.001)	.24 (.001)	.39 (.001)	.47 (.001)	.45 (.001)	.34 (.001)	.45 (.001)	.41 (.001)	-			
12. Engelleyici Kaygı	16.66±4.83	.32 (.001)	.34 (.001)	.45 (.001)	.23 (.001)	.32 (.001)	.43 (.001)	.41 (.001)	.30 (.001)	.36 (.001)	.34 (.001)	.68 (.001)	-		
13. Tatminsizlik	23.86±8.04	.32 (.001)	.36 (.001)	.45 (.001)	.24 (.001)	.25 (.001)	.41 (.001)	.43 (.001)	.37 (.001)	.24 (.001)	.49 (.001)	.41 (.001)	.42 (.001)	-	
14. Çelişki	25.22±7.72	.37 (.001)	.41 (.001)	.50 (.001)	.22 (.001)	.23 (.001)	.45 (.001)	.54 (.001)	.44 (.001)	.30 (.001)	.44 (.001)	.40 (.001)	.45 (.001)	.75 (.001)	-

4.7.2 Ölçme Modeli

Ölçme modelinin uyum iyiliği değerleri Tablo 4.12’de özetlenmiştir. Uyum iyi değerleri incelendiğinde değerlerin kabul edilebilir ve iyi uyum arasında değiştiği görülmüştür.

Ölçme modeline ilişkin düzeltme önerileri incelendiğinde, KSE ile değerlendirilen psikiyatrik belirtiler (Psibel) örtük değişkeninin gözlenen değişkeni olan anksiyete (ANK) ve somatizasyon (SOM) değişkenlerinin hata varyanslarının yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Kaygının fiziksel (otonomik uyarılma) bir bileşeni olmakla birlikte, anksiyete bozukluklarında kaygıyı tetikleyen uyaranlarla ilişkili olarak bedensel belirtiler açığa çıkabilmektedir (Barlow, 2002; Blakey ve Abramowitz, 2016). Dolayısıyla ilgili düzeltme önerisi teorik açıdan da anlamlı olduğundan söz konusu hata varyansları ilişkilendirilmiştir.

Yapılan revizyon modelin uyum iyiliği istatistiklerinde iyileşmeye yol açmıştır (bkz. Tablo 4.12). Yapılan revizyonun modelin uyum değerlerinde yapmış olduğu olumlu değişiklik istatistiksel olarak anlamlıdır ($\Delta = 30.22$, 1: $p < 0.05$).

Tablo 4.12 Ölçme Modeli Uyum İyiliği Değerleri

Uyum Ölçüsü	Revizyon Öncesi		Revizyon Sonrası	
	Değer	Yorum	Değer	Yorum
X^2	168.8		137.86	
Sd	71		70	
X^2/sd	2,37	Kabul edilebilir	1,969	İyi uyum
RMSEA	0.079	Kabul edilebilir	0.066	Kabul edilebilir
S-RMR	0.046	İyi uyum	0.043	İyi uyum
GFI	.90	Kabul edilebilir	.92	Kabul edilebilir
CFI	.98	İyi uyum	.98	İyi uyum

Ölçme modelinin ilişkin parametre değerleri Tablo 4.13’de özetlenmiştir. Ölçme modelinin standardize edilmiş çözümleme değerlerini gösteren diyagram Şekil 4.1’ de gösterilmiştir.

Tablo 4.13 Ölçme Modeline İlişkin İstatistikler

Örtük ve Gözlenen Değişkenler	Standardize Edilmemiş Faktör Yük Değerleri	SH	t	Standardize Faktör Yük Değerleri	R ²
Psikiyatrik Belirtiler					
Anksiyete	8.40	0.55	15.22	0.85	0.72
Depresyon	9.56	0.59	16.26	0.88	0.78
Olumsuz Benlik	8.49	0.54	15.81	0.87	0.75
Somatizasyon	4.33	0.43	10.04	0.63	0.40
Hostilite	4.11	0.32	12.77	0.75	0.57
Deneyimsel Kaçınma					
Davranışsal kaçınma	4.74	0.36	13.11	0.77	0.60
Sıkıntıdan hoşlanmama	5.19	0.37	14.17	0.82	0.67
Erteleme	4.24	0.37	11.43	0.70	0.49
Dikkati dağıtma	4.35	0.41	10.62	0.66	0.44
Baskılama	4.11	0.40	10.34	0.65	0.42
Belirsizliğe Tahammülsüzlük					
İleriye yönelik kaygı	4.76	0.36	13.06	0.83	0.69
Engelleyici kaygı	3.93	0.31	12.76	0.81	0.66
Olumsuz Mükemmeliyetçilik					
Tatminsizlik	6.64	0.49	13.51	0.83	0.68
Çelişki	7.07	0.46	15.37	0.92	0.84

Not: N=221. Psikiyatrik Belirtiler: Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçekleri; Deneyimsel Kaçınma: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Alt Ölçekleri; Belirsizliğe Tahammülsüzlük: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Alt Ölçekleri; Olumsuz Mükemmeliyetçilik: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik Alt Faktörü. Tüm t değerleri .01 düzeyinde anlamlıdır (T>2.567).

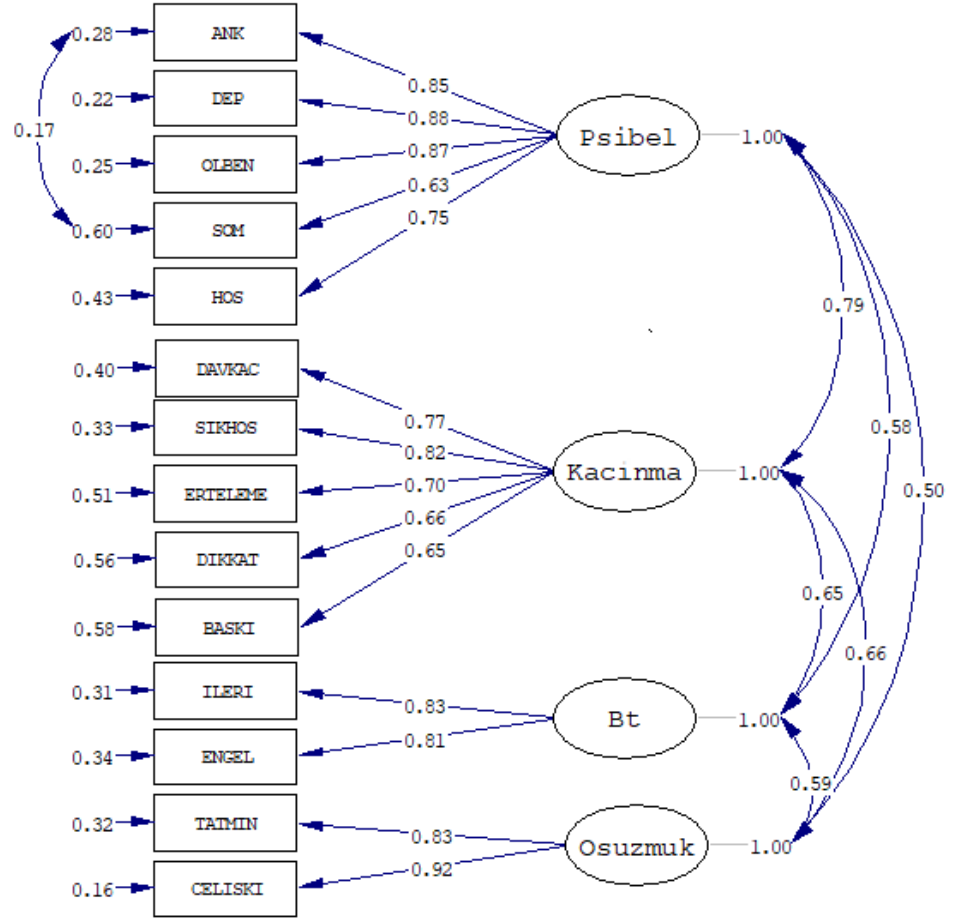
4.7.3 Örtük Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.14’de örtük değişkenler arasındaki ilişkiler özetlenmiştir. Ölçme modelindeki örtük değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde, değişkenler arasında pozitif yönde güçlü ilişkiler olduğu görülmüştür. En yüksek korelasyon katsayısı psikiyatrik belirtiler (Psibel) ve deneyimsel kaçınma (Kaçınma) arasında gözlenirken, en düşük korelasyon ise katsayısının olumsuz mükemmeliyetçilik (Osuzmuk) ile psikiyatrik belirtiler (Psibel) arasında olduğu görülmüştür.

Tablo 4.14 Örtük Değişkenler Arasındaki İlişkiler

	Psibel	Kaçınma	Bt
Psibel	-		
Kaçınma	.79	-	
Bt	.58	.65	-
Osuzmuk	.50	.66	.59

Not: N=221. Psibel: Psikiyatrik Belirtiler_Kısa Semptom Envanteri; Kaçınma: Deneyimsel Kaçınma_Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği; Bt: Belirsizliğe Tahammülsüzlük_Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği; Osuzmuk: Olumsuz Mükemmeliyetçilik_APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik.



Chi-Square=137.86, df=70, P-value=0.00000, RMSEA=0.066

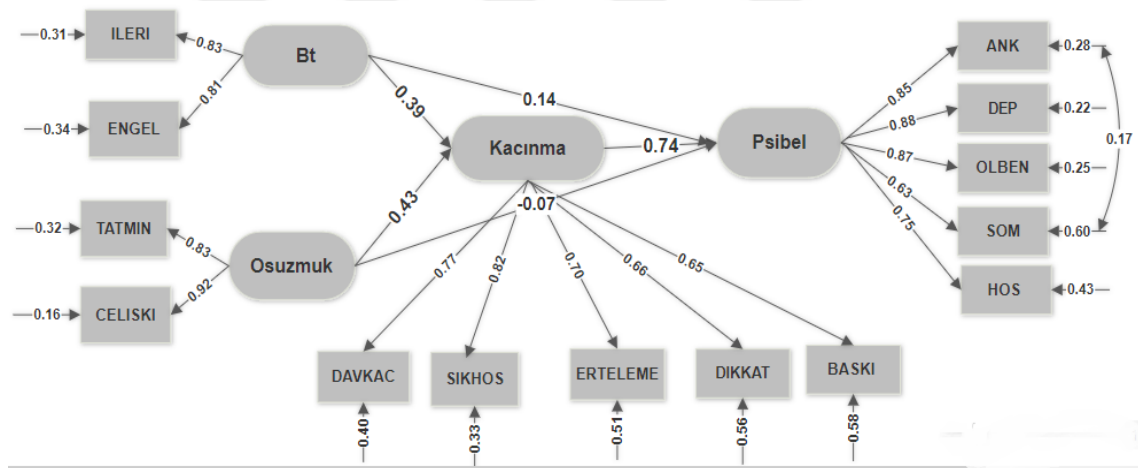
Şekil 4.1 Ölçme Modeli Standardize Çözümleme Değerleri

Not. N = 221. Psibel: Psikiyatrik Belirtiler_Kısa Semptom Envanteri; ANK: Kısa Semptom Envanteri_Anksiyete, DEP: Kısa Semptom Envanteri_Depresyon, OLBEN: Kısa Semptom Envanteri_Olumsuz Benlik; SOM: Kısa Semptom Envanteri_Somatizasyon, HOS: Kısa Semptom Envanteri_Hostile; Kaçınma: Deneyimsel Kaçınma_Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği; DAVKAC Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_Davranışsal Kaçınma, SIKHOS: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_Sıkıntıdan Hoşlanmama, ERTELEME: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_Erteleme, DIKKAT: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_Dikkati Dağıtma/Bastırma, BASKI: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_Baskılama/İnkar, Bt: Belirsizliğe Tahammülsüzlük_Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği; ILERI: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği_İleriye Yönelik Kaygı, ENGEL: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği_Engelleyici Kaygı, Osuzmuk: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik Faktörü; TATMIN: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik_Tatminsizlik; CELISKI: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik_Çelişki.

4.7.4 Yapısal Model Sonuçları

Uyum iyiliği değerleri incelendiğinde, araştırmanın yapısal modelinin iyi uyum ($\chi^2 = 137.86$; $\chi^2/df = 1.969$; S-RMR = .043; CFI = .98) ya da kabul edilebilir (RMSEA = .066; GFI = .92) gösterdiği belirtilebilmektedir. T değerleri incelendiğinde, deneyimsel kaçınmanın (Kaçınma) aracılık etkisiyle, belirsizliğe tahammülsüzlükten (Bt) psikiyatrik belirtilere (Psibel) ($t = 1.63$, $t < 2.567$), olumsuz mükemmeliyetçilikten (Osuzmuk) psikiyatrik belirtilere (Psibel) ($t = -.89$, $t < 2.567$) giden yolların anlamsız olduğu görülmüştür.

Şekil 4.2 incelendiğinde belirsizliğe tahammülsüzlük (Bt) ile psikiyatrik belirtiler (Psibel) arasındaki başlangıçtaki ilişki .58 iken .14'e gerilediği ve anlamsızlaştığı; olumsuz mükemmeliyetçilik (Osuzmuk) ile psikiyatrik belirtiler (Psibel) arasındaki başlangıçtaki ilişkinin de .50'den -.07'ye gerilediği ve anlamsızlaştığı görülmüştür.



Şekil 4.2 Yapısal Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri

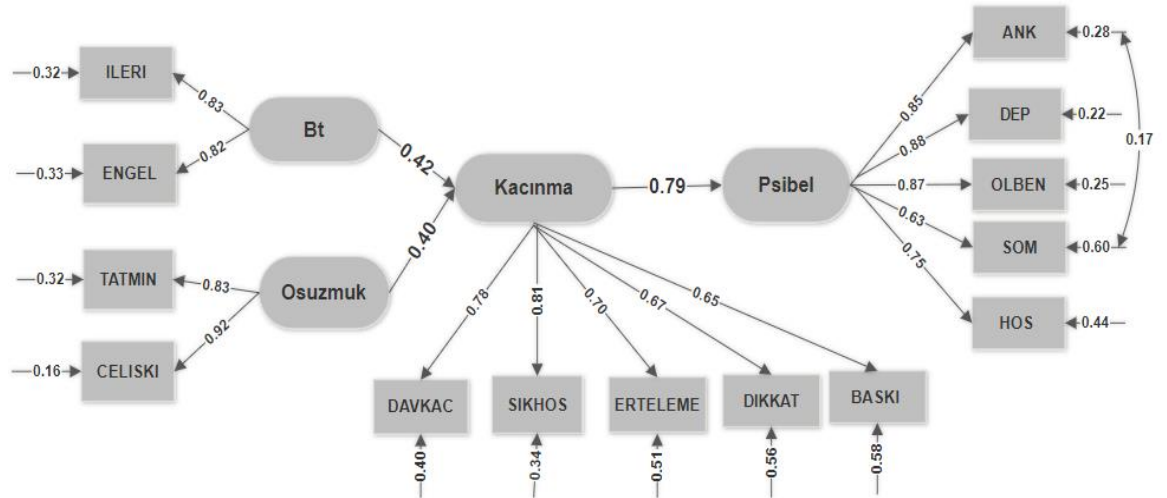
Not. Psibel: Psikiyatrik Belirtiler Kısa Semptom Envanteri; ANK: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete; DEP: Kısa Semptom Envanteri Depresyon; OLBEN: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik; SOM: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon; HOS: Kısa Semptom Envanteri Hostilite; Kaçınma: Deneyimsel Kaçınma Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği; DAVKAC: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Davranışsal Kaçınma; SIKHOS: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Sıkıntıdan Hoşlanmama; ERTELEME: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Erteleme; DIKKAT: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Dikkati Dağıtma/Bastırma; BASKI: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Baskılama/İnkar; Bt: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği; ILERI: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği İleriye Yönelik Kaygı; ENGEL: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Engelleyici Kaygı; Osuzmuk: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik Faktörü; TATMIN: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik Tatminsizlik; CELISKI: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik Çelişki.

Anlamsızlaşan yollar modelden çıkarılmıştır. Anlamsızlaşan ilgili yollar modelden çıkarıldıktan sonra uyum iyiliği değerleri incelendiğinde χ^2 farkının anlamlı olmadığı görülmüştür ($\Delta = 1.70$, 2: $p > 0.05$). Bir diğer ifadeyle ilgili yolların

deneyimsel kaçınmanın (Kaçınma) aracılığından sonra modele katkısı olmadığı bulunmuştur. Yollar çıkarıldıktan sonra revize edilen modelin uyum iyiliği değerleri Tablo 4.15’de özetlenmiş olup, uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir veya iyi uyum gösterdiği görülmüştür. Sonuç olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük (Bt) ve olumsuz mükemmeliyetçilik (Osuzmuk) ile psikiyatrik belirtiler (Psibel) arasındaki ilişkiye deneyimsel kaçınmanın (Kaçınma) tümünden aracılık ettiği bulunmuştur. Modelin nihai hali Şekil 4.3’de gösterilmiştir.

Tablo 4.15 Revize Edilmiş Yapısal Modelin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum Ölçüsü	Değer	Yorum
χ^2	139.55	
Sd	72	
χ^2/sd	1,938	İyi uyum
RMSEA	0.065	Kabul edilebilir
SRMR	0.045	İyi uyum
GFI	.92	Kabul edilebilir
CFI	.98	İyi uyum

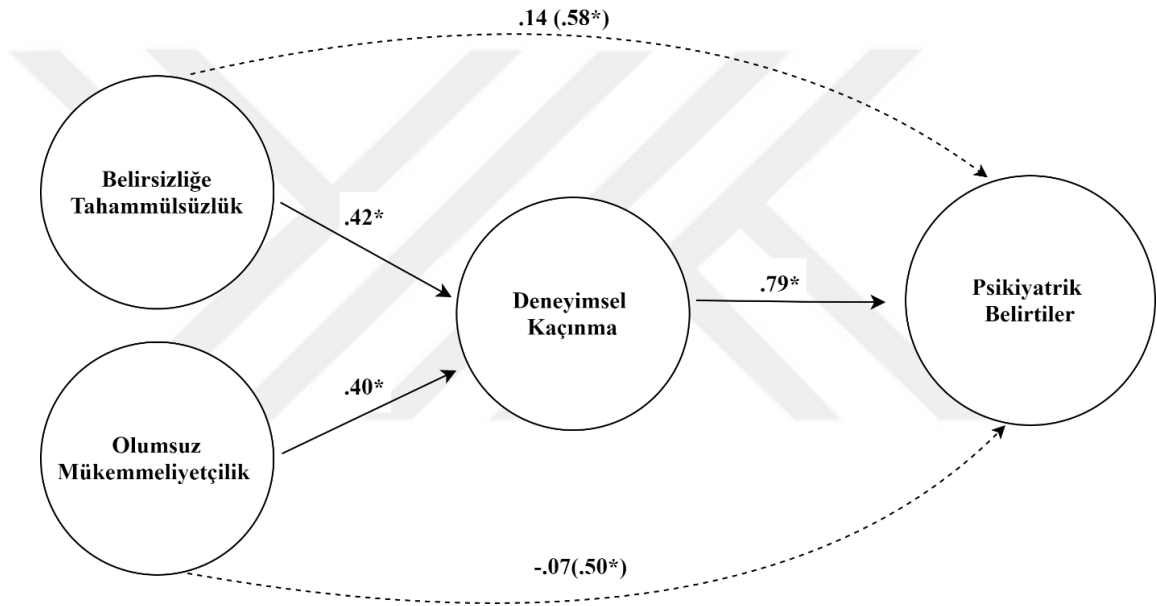


Şekil 4.3 Revize Edilmiş Yapısal Modelin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri

Not. N = 221. Psibel: Psikiyatrik Belirtiler Kısa Semptom Envanteri; ANK: Kısa Semptom Envanteri_ Anksiyete, DEP: Kısa Semptom Envanteri_ Depresyon, OLBEN: Kısa Semptom Envanteri_ Olumsuz Benlik; SOM: Kısa Semptom Envanteri_ Somatizasyon, HOS: Kısa Semptom Envanteri_ Hostilite; Kaçınma: Deneyimsel Kaçınma_ Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği; DAVKAC: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_ Davranışsal Kaçınma, SIKHOS: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_ Sıkıntıdan Hoşlanmama, ERTELEME: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_ Erteleme, DIKKAT: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_ Dikkati Dağıtma/Bastırma, BASKI: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği_ Baskılama/İnkâr, Bt: Belirsizliğe Tahammülsüzlük_ Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği; ILERI: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği_ İleriye Yönelik Kaygı, ENGEL: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği_ Engelleyici Kaygı, Osuzmuk: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik Faktörü; TATMIN: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik_ Tatminsizlik; CELISKI: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Olumsuz Mükemmeliyetçilik_ Çelişki.

Değişkenler arasındaki varyans ilişkileri incelendiğinde, modelin deneyimsel kaçınmadaki varyansın %55'ini açıkladığı; psikiyatrik belirtilerdeki varyansın da %63'ünü açıkladığı görülmüştür.

Şekil 4.4'de yürütülen analizler sonucunda desteklenen model özetlenmiştir. Başlangıçta belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtiler arasındaki anlamlı ilişkilerin deneyimsel kaçınma aracı değişkenin devreye girmesi anlamsızlaştığı ve deneyimsel kaçınmanın ilgili değişkenler arasındaki ilişkiye tümden aracılık ettiği görülmektedir.



Şekil 4.4 Araştırma Kapsamında Desteklenen Özet Model

5 TARTIŞMA

Bu bölümde öncelikle psikiyatrik belirtiler, deneyimsel kaçınma, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik değişkenleri arasındaki ilişkiliyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi bulguları yorumlanmıştır. Takip eden bölümde psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın aracı rolü tartışılmıştır. Araştırmanın güçlü ve sınırları yanları ele alındıktan sonra araştırmanın klinik uygulamalara yönelik yaygın etkisi ve öneriler sonuç kısmında değerlendirilmiştir.

5.1 Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki İlişki

Yapılan çalışmada psikiyatrik belirtiler ile deneyimsel kaçınma, belirsizliğe tahammülsüzlük, olumlu-olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkileri incelemek üzere korelasyon analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçları alanyazın kapsamında aşağıda alt başlıklar halinde tartışılmıştır.

5.1.1 Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişki

Psikiyatrik belirtilerin birbirleri ile ilişkisi incelendiğinde, çalışmada anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve global indeks puanları arasında yüksek düzeyde ilişkiler olduğu görülmüştür. Alanyazındaki çalışmalarda da anksiyete ve depresyon arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu belirtilmektedir (Costa ve Pinto-Gouveia, 2011; Langer, Cangas, Pérez-Moreno, Carmona ve Gallego, 2010; Mellick vd., 2019; Morina, 2007; Tull, Gratz, Salters ve Roemer, 2004). İlgili değişkenlerin benliğe ilişkin olumsuz değerlendirme (Durak Batıgün ve Hisli Şahin, 2009; Yıldız ve Gündüz, 2020), somatizasyon, hostilite ve semptom yoğunluğuyla da ilişki olduğu gösterilmiştir (Durak Batıgün ve Hisli Şahin, 2009; Langer vd., 2010; Morina, 2007; Tull vd., 2004; Yıldız ve Gündüz, 2020). Benliğe ilişkin olumsuz algılar, somatizasyon ve hostilitenin de birbirleriyle ilişkili olduğu farklı çalışmalar tarafından gösterilmiştir (Frazier, 1994; Garaigordobil, Pérez ve Mozaz, 2008; Kellner vd., 1985; Tarlow ve Haaga, 1996; Yıldız ve Gündüz, 2020).

Literatürde anksiyete ve depresyonun birbiriyle yüksek düzeyde ilişkili olduğu (Brown ve Barlow, 2009; Kalin, 2020) bunun yanı sıra ilgili bozukluklarda somatik

belirtilerin de yaygın görüldüğü belirtilmektedir (Bekhuis, Boschloo, Rosmalen ve Schoevers, 2015; Kroenke, Jackson, Judith Chamberlin, 1997). Anksiyete bozukluklarında ve depresyonda psikofizyolojik/otonomik uyarılma artmaktadır (Joormann ve Stöber, 1999; Penninx, Milaneschi, Lamers ve Vogelzangs, 2013). İlgili psikopatolojilerde fiziksel belirtilerin değişimine yönelik duyarlılık da artmakta ve bu durum somatik şikayetlere neden olabilmektedir (Bekhuis vd., 2015; Henningsen, Zimmermann ve Sattel, 2003; Leino ve Magni, 1993). Diğer taraftan kronik bedensel belirtilerin de reaktif olarak anksiyete ve depresyon semptomlarında artışa neden olabileceği ifade edilmektedir (Bekhuis vd., 2015; Henningsen vd., 2003). Anksiyete bozuklukları ve depresyonda hostilitenin de yaygın olarak görüldüğü ve ilgili gruplarda öfkenin bastırılmasıyla ilişkili olarak hem hostilitenin hem de semptom yoğunluğunun arttığı belirtilmektedir (Deschênes, Dugas, Fracalanza, Koerner, 2012; Moscovitch, McCabe, Antony, Rocca ve Swinson, 2008; Whiteside ve Abramowitz, 2004). Somatizasyonda da öfke duygusunun bastırıldığı belirtilmekle birlikte kronik bedensel semptomlardan muzdarip bireylerde duygusal uyarım ile fiziksel belirtiler arasında ayırım yapabilmenin güç olduğu da ifade edilmektedir (Koh, Kim, Kim ve Park, 2005; Subic-Wrana, Beutel, Knebel ve Lane, 2010). Öfke ve agresyon içeren duyguların belirginleştiği durumlarda, fiziksel şikayetler buna paralel olarak artmaktadır (Koh vd., 2005; Subic-Wrana vd., 2010; Yang, 2020). Hostilitenin tabiatı itibari sempatik-adrenerjik sistemi uyarması sonucunda somatik semptomlara katkıda bulunan pek çok fizyolojik uyarılmayı beraberinde getirebileceğinin de literatürde altı çizilmiştir (Kellner vd., 1985; Yang, 2020). Olumsuz benlik algısının ise psikiyatrik rahatsızlıklar için kırılganlık yarattığı (Mann, Hosman, Schaalma ve De Vries, 2004), ruh sağlığı sorunu olan bireylerin genel olarak benliğine dair olumsuz değerlendirmelere sahip olduğu belirtilmiştir (Kirkcaldy, Eysenck, Furnham, Siefen ve Furnham, 1998). Benliğe ilişkin olumsuz değerlendirmelerin ve düşük benlik saygısının psikiyatrik belirtiler (Al- Jabari, 2012; Beck, Steer, Epstein ve Brown, 1990; Watsons, Suls ve Haig, 2002), anksiyete (Beck vd., 1990; Watsons vd., 2002), depresyon (Beck vd., 1990; Tarlow ve Haaga, 1996), hostile ve agresif tutumlar (Garafalo, Holden, Zeigler-Hill ve Velotti, 2016; Garaigordobil vd., 2008) ve somatizasyon (Frazier, 1994; Garaigordobil vd., 2008) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Çalışma bulgularında ortaya konan psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin yüksek olması komorbidite üzerinden de yorumlanabilir. Nitekim psikopatolojilerde

yaşam boyu komorbidite oranlarının belirgin derece yüksektir ve tek bir bozukluğa sahip olgularla göreceli olarak nadir karşılaşılmaktadır (Kessler vd., 1994). Anksiyete bozuklukları ve depresyon yaygın olarak bir arada görülmektedir (Brown ve Barlow, 2009; Dunner, 2001; Fava vd., 2004; Kalin, 2020). Bedensel belirti bozukluklarına sahip bireylerde de komorbid anksiyete ve depresyon oranı yüksektir (Henningesen vd., 2003). Anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan bireylerde de açıklanamayan somatik semptomlara sahip olma olasılığı, anksiyete ve depresyonu olmayan bireylere göre iki kat daha fazladır (Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton ve Ormel, 1999). Diğer taraftan psikopatolojilerde ortak semptomların ya da klinik özelliklerin olması da yüksek komorbidite oranlarını anlaşılır kılmaktadır (McManus vd., 2010). Psikopatolojiler arasındaki bu yüksek ilişkinin ortak etiyolojik ve sürdürücü faktörlerle açıklanabileceği öne sürülmektedir (Harris ve Norton, 2008; Henningesen vd., 2003; Norton ve Paulus, 2017).

5.1.2 Psikiyatrik Belirtiler ile Deneyimsel Kaçınma İlişkisi

Mevcut çalışmada çeşitli psikiyatrik tanılara sahip bireylerde (PB, YAB, OKB, SAB, TSSB, agorafobi, özgül fobi, hastalık kaygısı, majör depresyon, komorbid anksiyete ve depresyon, tanımlanmamış diğer bir kaygı bozukluğu) anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve semptom yoğunluğuna ilişkin global indeks puanları ile deneyimsel kaçınma puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Aşağıda bu ilişkiler mevcut çalışma bulguları ve literatür kapsamında detaylıca tartışılmaktadır.

Psikiyatrik tanılara sahip örneklemelerle yürütülen araştırmalarda mevcut çalışmayla paralel olarak, deneyimsel kaçınmanın hem anksiyete hem de depresyon semptomlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Berman, Wheaton, McGrath ve Abramowitz, 2010; Buller vd., 1986; Kämpfe vd., 2012; Kirk, Meyer, Whisman, Deacon ve Arch, 2019; Mellick vd., 2019; Spinhoven vd., 2014; Spinhoven vd., 2017). Ayrıca alanyazında deneyimsel kaçınmanın spesifik olarak YAB (Lee vd., 2010; Roemer vd., 2005), PB (Buller vd., 1986; Kämpfe vd., 2012), özgül fobi (Gilroy, Kirkby, Daniels, Menzies ve Montgomery, 2002; Rudaz, Ledermann, Margraf, Becker ve Craske, 2017), agorafobi (Gloster vd., 2011; Kämpfe vd., 2012), SAB (Cuming vd., 2009; Kashdan vd., 2009; Kirk vd., 2019), majör depresyon (Schmaling vd., 2002; Spinhoven vd., 2016), OKB (Blakey vd., 2016; Briggs ve Price, 2009; Wetterneck

vd., 2014), TSSB (Marx ve Sloan, 2005; Plumb vd., 2004), hastalık kaygısı ve somatizasyon (Leonidou, Panayiotou, Bati ve Karekla, 2014) gibi çeşitli psikopatolojilere yönelik semptomlarla da ilişkili olduğu gösterilmiştir. Buna ek olarak alanyazında mevcut çalışmanın bulgusuyla uyumlu olarak, deneyimsel kaçınma arttıkça psikiyatrik belirtilerin şiddetinin arttığı bulunmuştur (Berman vd., 2010; Chawla ve Ostafin, 2007; Kirk vd., 2019; Leonidou vd., 2019; Spinhoven vd., 2014).

Çalışmamızda deneyimsel kaçınma alt boyutlarının anksiyete ve depresyon puanlarıyla ilişkisi spesifik olarak incelendiğinde; anksiyete ve depresyon puanları arttıkça deneyimsel kaçınmanın alt boyutları olan davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma/bastırma ve baskılama/inkara puanlarının arttığı görülmüştür. Çalışma bulguları ile paralel olarak alanyazında anksiyete bozukluklarında sıkıntı, kaygı ya da korku veren durumlardan/yerlerden uzak durma, rahatsızlık veren duyguları, düşünceleri, imgeleri baskılamaya ya da kontrol etmeye çalışma, dikkatini sıkıntı veren içsel ya da dışsal uyaranlardan kaydırmaya çalışma gibi kaçınma stratejilerinin kullanıldığı belirtilmektedir (Barlow vd., 2004; Hayes vd., 1996; Hayes vd., 2004; Gamez vd., 2011). Ek olarak sıkıntıyı önlemek üzere artan kontrol davranışı (açık motor davranış) (Rachmann, 2002) ve potansiyel olumsuz sonuçları ötelemek için erteleme davranışları da görülmektedir (Ferrari ve McCOWN, 1994; Fourtounas ve Thomas, 2016; Petwal, Sudhir ve Mehrotra, 2021). Depresyonda da sıkıntı veren durumlardan, sorunlardan kaçınmak üzere içe çekilme ve pasif kalma (pasif kaçınma), erteleme, inkar etme ya da ruminasyonlar aracılığıyla dikkatini dağıtma ve duygularını baskılamaya çalışma gibi kaçınma stratejileri kullanılmaktadır (Carvalho ve Hopko, 2011; Ferster, 1973; Flett, Haghbin ve Pychyl, 2016; Nolen-Hoeksema, 1991; Ottenbreit ve Dobson, 2004).

Çalışmamızda olumsuz benlik ile deneyimsel kaçınma puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Olumsuz benlik bireyin algıladığı özelliklerine, potansiyeline, genel benlik saygısına ve kendiliğine olan inanışlarına yönelik olumsuz değerlendirmelerini ve yargılarını içermektedir (Campbell vd., 1996; Garaigordobil vd., 2008). Alanyazında da mevcut çalışma bulguları ile uyumlu olarak benliğe ilişkin olumsuz değerlendirmelerin ve düşük benlik saygısının kaçınma davranışlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Al-Jabari, 2012; Clark ve Arkowitz, 1975; Moroz ve Dunkley, 2015; Udachina vd., 2009). Olumsuz benlik algısı olan bireyler kendilik

değerini/saygısını korumak için olumsuz duygu uyandıran durumlardan uzak durmaya çalışmakta (Bernichon, Cook ve Brown, 2003) ve potansiyellerine yönelik kaygı ve korkuyla ilişkili olarak erteleme gibi kaçınma davranışlarına girmektedirler (Burka ve Yuen, 1983). Benliğine ilişkin olumsuz değerlendirmeleri olan dahası düşük benlik saygısına sahip bireyler olumsuz duyguları kabullenmekte güçlük çekmektedir (Garofalo vd., 2016). Reddedilme, yetersizlik ya da değersizlik hissinin yaşandığı durumlarda yoğun kaygı duymakta ve bu durumları tehditkar algılamaktadırlar. Dolayısıyla kendilik saygısını korumak için risk almayıp spontan davranmaktan kaçınmakta ve mümkün mertebe etkileşimden ya da performanstan uzak durmaktadırlar (Dykman, 1998; Bernichon vd., 2003; Josephs, Larrick, Steele ve Nisbett, 1992). Bunun yanı sıra olumsuz benlik değerlendirmesine sahip bireylerin düşünce ve davranışlarına yönelik dışardan onay alma ihtiyaçları vardır (Dykman, 1998). Buradaki onay alma güvenlik davranışı olarak düşünülebilir. Güvenlik davranışları, bireylerin olumsuz duygu uyandıran duruma girdiğinde olası olumsuz sonucu önlemek ya da etkisini azaltmak için girdiği kaçınma davranışlarıdır (Cuming vd., 2009). Olumsuz benlik algısı olan bireylerin riskli gördükleri durumlara girdiklerinde reddedilmekten ya da yetersiz, değersiz hissetmekten kaçınmak ve olumsuz sonuçları minimize edebilmek için dışardan onay alma eğiliminde oldukları düşünülebilir.

Çalışmamızda somatizasyon ile deneyimsel kaçınma puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Alanyazında mevcut çalışma bulguları ile uyumlu olarak deneyimsel kaçınmanın somatizasyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Heshmati, Azmoodeh ve Caltabiano, 2021; Morina, 2007; Tull vd., 2004; Panayiotou vd., 2015). Somatizasyondan muzdarip bireyler olumsuz duyguyu bastırarak duygudan kaçınmaktadırlar (Brown, 2004; Tull vd., 2004; Kirmayer ve Taillefer, 1997). Bir diğer ifadeyle duyguyu, bedensel semptom üzerinden deneyimlenmektedirler (Lipowski, 1988). Bunun yanı sıra çalışmamızla paralel olarak, kronik bedensel belirtilerin görüldüğü bireylerde sağlıkla ilgili artmış endişe ve ruminasyon (bilişsel kaçınma), bedensel duyumsamaları kontrol etme, bedensel belirtileri tetikleyebilecek yerlerden/durumlardan kaçınma, bilgi ve güvence arama (güvenlik davranışı) veya hastalıkla ilişkili medikal uyaranlardan/yerlerden kaçınma gibi deneyimsel kaçınma stratejilerinin yaygın olarak kullanıldığı belirtilmiştir (Brown, 2004; Kirmayer ve Taillefer, 1997). Somatizasyondaki sağlıkla ilgili endişenin ve ruminasyonun

duygudan kaçınmaya hizmet ettiği söylenebilir. Nitekim endişe ve ruminasyon, duygunun bastırılmasını sağlayan ve duygusal uyarılmışlığı azaltan bilişsel kaçınma stratejileridir (Borkovec ve Roemer, 1995; Spinhoven vd., 2016). Yani endişe ve ruminasyon aracılığıyla dikkat, bedensel belirtilere kayarken artan bilişsel aktiviteyle duygunun yalıtıldığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hostilite ile deneyimsel kaçınma puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatürde de deneyimsel kaçınmanın hostiliteyle ilişkili olduğu bunun yanı sıra yoğun öfke ve agresyonla da ilişkili olduğu çalışmalarca gösterilmiştir (Baker, 2016; Ruiz, Herrera, Cangas ve Beltrán, 2013; Tull, Jakupcak, Paulson ve Gratz, 2007). Öfke duygusunu baskılamaya çalışmak ya da kabul etmemek, yaygın görülen işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinden biridir (Kashdan vd., 2006). Öfkeyi işlemleyip ifade etmekten ziyade bu içsel deneyimin baskılanması bir kaçınma davranışıdır (Jakupcak, Tull ve Roemer, 2005; Tull vd., 2007). Birey bu durumda duyguları deneyimlemeye yönelik evrensel duygusal tepkileri verememekte hatta onları kabul etmemektedir (inkar) (Baker, 2016). Öfkenin baskılanması ya da ifadesinin engellenmesi hem duygusal hem de fiziksel uyarılmanın yoğunluğunu artırmaktadır. Bu durum, agresyona ilişkin kırılganlık yaratmaktadır (Tull vd., 2007). Hostilite ve öfke artarken, bireyler bu içsel süreçle baş edebilmek üzere agresif tutumlar sergileyebilmektedir (Baker, 2016; Tull vd., 2007). Diğer bir anlatımla öfkenin baskılanması, hostiliteyi ve agresyon temelli duygusal tepkileri pekiştirmektedir (Jakupcak vd., 2005). Anksiyete bozukluğu olan bireylerin yoğun öfke ve hostiliteye sahip olduğu bildirilmektedir (Deschênes, Dugas, Fracalanza, Koerner, 2012; Moscovitch vd., 2008). Öfkeyi ifade etmekten kaçınma ve baskılamanın, ilgili gruplarda sık kullanılan stratejiler olduğu ve bastırılan öfkenin de semptom yoğunluğuyla pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Deschênes vd., 2012; Fracalanza, Koerner, Deschênes ve Dugas, 2014; Moskovitch vd., 2008; Whiteside ve Abramowitz, 2004). Bu bağlamda anksiyete bozukluğu olan bireylerde hostilite artarken, öfkenin agresif dışavurumu da görülebilmekte; yani öfkeyi düzenlemekte ve kontrol edebilmekte güçlük yaşayabilmektedirler (Deschênes vd., 2012; Moskovitch vd., 2008; Tull vd., 2007). Depresyonda da yoğun öfke ve hostile duygular sık görülürken tıpkı anksiyete bozukluklarında olduğu gibi öfke bastırılmakta (Riley, Treiber ve Woods, 1989) ve öfkeye ilişkin ruminasyonlar görülmektedir (Besharat, Nia ve Farahani, 2013). Depresyonu olan bireyler öfke duygusunu

deneyimlenmekten ziyade bu duygunun temaları üzerinde istemsiz ve yineleyici bir şekilde düşünmektedirler (Besharat vd., 2013; Sukhodolsky, Golub ve Cromwell, 2001). Ruminasyon aracılığı ile öfke duygusundan kaçınılmaya çalışılsa da bu durum hostile duyguları şiddetlendirmektedir (Besharat vd., 2013). Yukarıda bedensel belirti bozukluğu olan popülasyonlarda da öfke duygusundan bastırılarak kaçınıldığı ele alınmıştır. Dolayısıyla sıkıntı verici duygusal deneyimlerden kaçınmanın genel bir baş etme becerisi olarak kullanıldığı psikiyatrik popülasyonlarda, tıpkı diğer olumsuz duygular gibi öfke duygusundan da çeşitli stratejiler kullanılarak kaçınıldığı söylenebilir. Öfkenin bastırılmasının ya da baskılanmasının da kaçınılan duygunun şiddetini artırarak hostiliteye sebep olduğu düşünülebilir.

5.1.3 Psikiyatrik Belirtiler, Deneyimsel Kaçınma ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişki

Mevcut çalışmada olumsuz mükemmeliyetçilik, psikiyatrik belirtiler ve deneyimsel kaçınma arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Alanyazında da çalışmamızla paralel olarak olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerin anksiyete (Wheeler, Blankstein, Antony, McCabe ve Bieling, 2011; Wang ve Zhang, 2017), depresyon (Norman vd., 1998; Wheeler vd., 2011), benliğin olumsuz değerlendirilmesi ve düşük benlik saygısı (Lo ve Abbott, 2019; Rice ve Slaney, 2002; Wang ve Zhang, 2017), somatik belirtiler, hostilité (Frost vd., 1990; Öngen, 2009) ve psikiyatrik belirtinin yoğunluğu/şiddeti (Egan vd., 2011; Wheeler vd., 2011) ile ilişkili olduğu çalışmalarca gösterilmiştir. Olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerin baskın olduğu bireylerin ulaşılmaz yüksek standartlara sahip olmalarının yanı sıra başarılarından tatmin olmadıkları, kaygı ve endişe düzeylerinin yüksek oldukları, sürekli hatalarıyla meşgul oldukları ve suçlayıcı nitelikte ağır öz eleştiriler yaptıkları bilinmektedir (Dunley vd., 2003; Shafran vd., 2002). Dolayısıyla tüm bunlarla ilişki olarak olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerle birlikte anksiyete ve depresyon semptomlarının da artması anlaşılabilmektedir. Suçlayıcı nitelikteki özeleştirilerle ve tatminsizlikleriyle ilişkili olarak benliğin olumsuz değerlendirilmesi de bir o kadar mümkündür. Artan kaygıları ve stres düzeyleriyle ilişkili olarak somatik belirtilerin artması ve gerçek performansı ile standartları arasındaki tutarsızlıkla ilişkili hüsranın bir sonucu olarak agresyonun görülmesi anlaşılabilir bir durumdur. Psikiyatrik sorunlar ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide, bireylerin bahsi geçen

durumlarla nasıl baş ettiklerinin kritik bir rolü olduğu düşünölmektedir. Aşağıda bu durum detaylıca ele alınmıştır.

Çalışmamızda olumlu mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtiler arasında anlamlı ilişkiler bulunmamış olup sadece olumsuz benlik ve hostilite puanları arasında çok düşük düzeyde (.14 - .16) ilişki bulunmuştur. Alanyazında da olumlu mükemmeliyetçi özelliklerden ziyade olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerin psikopatolojik süreçlerle ilişkili olduğunun altı çizilmiştir (Munir ve Arshad, 2018; Wang ve Zhang, 2017). Gerçekçi hedefler belirlemek ve bu doğrultuda başarı ve tatminle ilgili duygulara sahip olmak gibi olumlu mükemmeliyetçi özelliklerin, olumlu sonuçlara/çıktılara sahip olmasının işlevsel baş etme becerilerinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Munir ve Arshad, 2018; Shafran ve Mansell, 2001; Wang ve Zhang, 2017). Nitekim mevcut çalışmamızda, deneyimlenen sıkıntıyla işlevsel şekilde baş edebilmeyi içeren sıkıntıya katlanma puanı ile olumlu mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla işlevsel baş etme stratejilerinin hakim olduğu olumlu mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtilerin ilişki olmaması beklendik bir durumdur.

Diğer taraftan çalışmamızda olumsuz mükemmeliyetçiliğin davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma/bastırma ve baskılama/inkarı içeren deneyimsel kaçınma stratejileriyle ilişkili olduğu görölmüştür. Alan yazında da olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerle deneyimsel kaçınmanın ilişkili olduğu gösterilmiştir (Dunkley vd., 2014; Moroz ve Dunkley, 2015; Santanello ve Gardner, 2006; Slade ve Owens, 1998). Olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerin baskın olduğu bireyler, yüksek standartlarına ulaşma çabasıdayken temel motivasyonları başarısızlığın getireceği olumsuz sonuçlardan kaçmaktır (Slade ve Owens, 1998). Başka bir ifadeyle başarısızlık durumunda kendileriyle ilgili olumsuz duygulardan, düşüncelerinden veya ağır özeleştirilerinden kaçınmaya çabalamaktadırlar (Maia vd., 2009; Slade ve Owens, 1998). Tamamlanmış işleri tekrar tekrar kontrol etme, çok uzun saatler üzerinde uğraşma, yeniden yapma, hatalar üzerine endişelenme gibi çeşitli stratejilerle algılanan kontrolü artırmaya, öz eleştirilerinden kaçınmaya, dikkatini kaydırmaya, rahatsız edici duygusal deneyimlerini baskılamaya ya da inkar etmeye çalışmaktadırlar (Santanello ve Gardner, 2006). Bunun yanı sıra olumsuz mükemmeliyetçi özellikleri baskın olan bireyler, olumsuz duygu ve düşüncelerle

temas etmemek için vazgeçme (yapmama), yarım bırakma ve erteleme gibi kaçınma davranışları da sergilemektedir (Frost vd., 1990; Slade ve Owens, 1998; Slaney ve Ashby, 1996). Düşük benlik saygısına sahip olduklarından ve kendilik değeri performanslarının nasıl olduğunu temel aldığından, kırılın kendilik imgesini korumak ve başarısızlıktan kaçınmak üzere görevin tamamlanmasını geciktirebilmektedirler (Ferrari ve McCOWN, 1994). Gelecekteki performanslarına ilişkin yoğun endişeler taşıırken sürekli hatalarla meşgul olma ve performansla ilgili düşünme gibi içeriklere sahip ruminasyonlar da görülebilmektedir (Flett, Nepon ve Hewitt, 2016). Endişe ve ruminasyon olumsuz duygudan kaçınmayı sağladığı (Borkovec vd., 2004; Spinhoven vd., 2016) için duygusal malzeme yalıtılmaktadır. Dolayısıyla olumsuz mükemmeliyetçi özellikleri baskın bireylerin bu bilişsel perseverasyonlar aracılığı ile olumsuz duygulardan uzak kalmaya çalıştıkları öngörülebilir.

5.1.4 Psikiyatrik Belirtiler, Deneyimsel Kaçınma ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişki

Mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ile psikiyatrik belirtiler (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve semptom indeksleri) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Alanyazında da belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyete, depresyon ve semptom yoğunluğuyla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Carleton vd., 2013; Holaway vd., 2006; McEvoy ve Mahoney, 2011, 2012; Reuther vd., 2013). Anksiyete bozukluklarında bireyler belirsizliği olumsuz değerlendirmektedir. Belirsizliği azaltmak, algılanan kontrolü artırabilmek ve potansiyel olumsuz sonuçları önlemek üzere artmış duygusal, bilişsel ve davranışsal reaksiyonlar göstermektedirler (Borkovec vd., 1999; Tolin vd., 2003; Suarez vd., 2009). Depresyonda ise potansiyel olumsuz yaşantılar ve bu yaşantıların olumsuz sonuçlarına ilişkin umutsuzluk ve karamsarlıkla karakterize bir depresif kesinlik arayışı görülmektedir (Miranda vd., 2008). Diğer taraftan kendini olumsuz yönde değerlendiren, becerilerine ve yeteneklerine yönelik olumsuz yargıları olan ve düşük benlik saygısına sahip bireylerin de reddedilme ve yetersizlik kaygılarıyla bağlantılı olarak belirsiz durumları tehditkar algıladıkları belirtilmiştir (Buhr ve Dugas, 2006; Zeigler-Hill, 2011; Sowislo ve Orth, 2013). Artan kaygı düzeyi psikofizyolojik uyarılmayla birlikte somatik belirtileri tetiklemektedir (Barlow, 2002). Belirsizliğe

tahammül azaldığında, bu bedensel belirtiler tehdit edici olarak algılanırken deneyimlenen fizyolojik belirtiler de gitgide artmaktadır (Carleton, 2012). Somatizasyon gibi bedensel belirtilerle ilişkili bozukluklarda, bedensel duyuların potansiyel olumsuz sonuçlarına yönelik belirsizlik bireylerin kaygı düzeyini artırmaktadır (Wright, Lebell ve Carleton, 2016). Belirsizliğe tahammülsüzlük ile somatik belirtiler arasında pozitif yönde ilişki olduğu (Saulnier, Allan, Raines ve Schmidt, 2019) ve belirsizliğe tahammülsüzlük arttıkça somatik belirtilerin olumsuz değerlendirmesinin de arttığı belirtilmektedir (Fergus ve Valentiner, 2011). Bunun yanı sıra alan yazında belirsizliğe tahammülsüzlük ile hostilite ve agresyon arasında da pozitif yönde ilişki olduğu gösterilmiştir (Fracalanza vd., 2014; Martin, Smith, McGrew ve Capron, 2019). Belirsizliği dayanılmaz bulmanın ve engelleyici görmenin öfkeyi provoke edeceği, belirsizliği azaltmaya ilişkin çabaların kesinlik beklentisini arttıracığından dolayı (Fracalanza vd., 2014) bu beklentinin karşılanmamasının agresyonu tetikleyebileceği ifade edilmiştir (Crossman, Sullivan, Hitchcock ve Lewis, 2009).

Mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün, davranışsal kaçınma, sıkıntıdan hoşlanmama, erteleme, dikkati dağıtma/bastırma, baskılama/inkarı içeren kaçınma puanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Alanyazında da çalışma bulguları ile uyumlu olarak belirsizliğe tahammülsüzlük ile kaçınma davranışları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Buhr ve Dugas, 2012; Fetzner vd., 2013; Lee vd., 2010; Liao ve Wei, 2011; Tolin vd., 2003). Belirsizliği tehditkar bularak kesinliğe ulaşmak için çabaların kaçınma işlevine sahip olduğu belirtilmiştir (Grenier vd., 2005). Belirsizliğe tahammülsüzlükte belirsiz olarak algılanan ve potansiyel olumsuz sonuca sahip olan durumlardan/yerlerden mümkün mertebe uzak durma, kontrol etme, güvence arama, erteleme, endişelenme (bilişsel kontrol) ve ruminasyon gibi çeşitli kaçınma stratejileri kullanılmaktadır (Coleman, Pietrefesa, Holaway, Coles, Heimberg, 2011; Dugas vd., 2001; Fourtounas ve Thomas, 2016; Flores vd., 2018; Koerner ve Dugas, 2006; McEvoy ve Mahoney, 2012; Miranda vd., 2008).

5.1.5 Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik İlişkisi

Çalışmamızda belirsizliğe tahammülsüzlük ile olumsuz mükemmeliyetçi özellikler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Alanyazında da olumsuz

mükemmeliyetçi özelliklerin belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Brosof vd., 2019; Buhr ve Dugas, 2006; Reuther vd., 2013). Olumsuz mükemmeliyetçi özelliklere sahip bireylerin ulaşılmaz standartlarıyla ilişki olarak yoğun endişe duymalarının, mükemmele duyulan arzudan ziyade öngörülebilirlik ihtiyacından kaynaklandığı belirtilmektedir (Brosof vd., 2019; Buhr ve Dugas, 2006). Net bir cevabın ya da mükemmel bir çözümün olmadığı durumlar rahatsız edici olarak değerlendirilirken, hali hazırda yolunda giden süreçlerde dahi kaygı ve endişe duymaktadırlar çünkü yarın işlerin nasıl olacağına dair bir belirsizlik vardır (Buhr ve Dugas, 2006). Yüksek standartlarıyla ilişki olarak potansiyel başarısızlık, olası hata ve eleştirilere yönelik belirsizlikten kaçınmaya çalışırken, algılanan kontrol de artırılmaya çalışmaktadır (Brosof vd., 2019; Maia vd., 2009; Rhéaume vd., 1995).

Çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ile olumlu mükemmeliyetçilik arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur. Hem olumlu hem olumsuz mükemmeliyetçi bireylerin kendilerine ilişkin değerlendirmelerinin sıkı olduğu belirtilmektedir (Dunkley vd., 2003). Dolayısıyla olumlu mükemmeliyetçi özelliklere sahip bireylerin de yüksek standartlarına ulaşabilmek için zaman zaman belirsizliği tehditkar olarak algıladıkları düşünülebilir.

5.2 Psikiyatrik Belirtiler ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumsuz Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkide Deneyimsel Kaçınmanın Aracı Rolü

Bu çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın aracı rolü yapısal model ile test edilmiştir.

Çalışmanın bulguları belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerin psikiyatrik belirtileri artırdığını göstermiştir. Bu doğrultuda Hipotez 1 ve 2 desteklenmiştir. Alanyazında da belirsizliğe tahammülsüzlüğün (Carleton, Collimore ve Asmundson, 2010; Holaway vd., 2006; Ladouceur vd., 2000; Miranda vd., 2008) ve olumsuz mükemmeliyetçiliğin çeşitli psikiyatrik belirtiler üzerinde etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Enns vd., 2001; Handley, Egan, Kane ve Rees, 2014; Norman vd., 1998; Rhéaume vd., 1995). Ayrıca

mevcut çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerdeki artışın deneyimsel kaçınmadaki artış üzerinde belirleyici olduğu bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arttıkça deneyimsel kaçınma artmaktadır. Bu bulgular Hipotez 3 ve Hipotez 4'ü desteklemektedir. Nitekim alan yazında da belirsizliğe tahammülsüzlükte belirsizliği azaltmaya ve kontrol etmeye ilişkin kaçınma davranışlarının kullanıldığı, belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaçınma davranışlarını yordadığı ve deneyimsel kaçınmayla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Fetzner vd., 2013; Carleton vd., 2013; Lee vd., 2010; Liao ve Wei, 2010; Tolin vd., 2003). Olumsuz mükemmeliyetçiliğin de deneyimsel kaçınma ile yakından ilişkili olduğu; bireylerin başarısızlıktan, eleştiriden ve kontrol kaybından kaçınmak üzere deneyimsel kaçınma stratejilerini kullandığı ifade edilmektedir (Dunkley vd., 2000; Moroz ve Dunkley, 2015; O' Conor ve O' Conor, 2003; van der Kaap-Deeder vd., 2016; Weiner ve Carton, 2012). Çalışmamızda deneyimsel kaçınmanın psikiyatrik belirtiler üzerinde belirleyici olduğu, deneyimsel kaçınma arttıkça psikiyatrik belirtilerin de arttığı görülmüştür. Bu doğrultuda Hipotez 5 desteklenmiştir. Deneyimsel kaçınmanın anksiyete bozukluğu ve depresyonun yanı sıra çeşitli psikiyatrik belirtilerle ilişkili olduğu ve psikiyatrik belirtileri yordadığı farklı çalışmalar tarafından da gösterilmiştir (Cuming vd., 2009; Eifert ve Forsyth, 2005; Kashdan vd., 2009; Karekla vd., 2004; Kingston vd., 2010; Reddy vd., 2006; Roemer vd., 2005; Spinhoven vd., 2016; Wetterneck vd., 2014).

Araştırmada psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiye, deneyimsel kaçınmanın tümünden aracılık ettiği bulunmuştur. Çalışmanın bu bulgusu Hipotez 6'yı desteklemektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arttıkça, bu doğrultuda artan deneyimsel kaçınma davranışları aracılığıyla psikiyatrik belirtiler artmaktadır.

Literatürde mevcut çalışma bulguları ile uyumlu olarak deneyimsel kaçınmanın, olumsuz mükemmeliyetçi özellikler ile depresyon (Dunkley vd., 2000, Dunkley vd., 2003; Moroz ve Dunkley, 2015, 2019), anksiyete semptomları (Dunkley vd., 2000, Moroz ve Dunkley, 2019), psikolojik belirtiler (Dunkley ve Blankstein, 2000) ve patolojik endişe (Santanello ve Gardner, 2006) arasındaki ilişkide aracı role sahip olduğu gösterilmiştir. Bunun yanı sıra deneyimsel kaçınmanın, belirsizliğe tahammülsüzlük ile psikolojik belirtiler (Rettie ve Daniels, 2020) ve anksiyete (h1n1

virüsü kaygısı) (Taha vd., 2014) arasındaki ilişkiye aracılık ettiği de gösterilmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon (Liao ve Wei, 2011) ve ruhsal iyi oluş (Satici vd., 2020) arasındaki ilişkiye de kaçınma işlevine sahip olan ruminasyonun aracılık ettiği gösterilmiştir. Anılan çalışmaların sağlıklı yetişkinler ve sağlıklı üniversite öğrencileri üzerinde yürütülmüş olmasından dolayı bahsi geçen çalışmaların bulgularını psikopatolojisi olan bireylere genellemek zordur. Ayrıca ilgili alanyazında spesifik olarak belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz mükemmeliyetçilik, deneyimsel kaçınma ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki örüntüsünün eş zamanlı olarak tek bir çalışmada incelenmediği de görülmektedir. Mevcut çalışma, alanyazındaki sınırlılığı giderecek şekilde psikiyatrik tanı almış örneklem üzerinde yürütülmüş; deneyimsel kaçınmanın, psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide tümünden aracı bir rolünün olduğunu ortaya koymuştur. Bu haliyle çalışma bulgularının klinik evrene genellenebilirliği oldukça yüksektir.

Çalışmamız deneyimsel kaçınmanın tanılar üstü özelliğini destekler nitelikte bulgular ortaya koymuştur. Araştırmamızda psikiyatrik tanı almış bireylerde deneyimsel kaçınmanın hem psikopatolojiyle hem de psikopatolojilerle doğrudan bağlantılı olan olumsuz mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi klinik özelliklerle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bunun da ötesinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin, deneyimsel kaçınma üzerinden açığa çıktığı görülmüştür. Literatürde de deneyimsel kaçınmanın tanılar üstü değişken olarak çeşitli psikopatolojileri yordadığı yaygın olarak bildirilmektedir (Chawla ve Ostafin, 2007; Harvey vd., 2004; Spinhoven vd., 2014). Ek olarak deneyimsel kaçınmanın; belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz mükemmeliyetçilik, öz yeterlik, benlik algısı, benlik saygısı, nörotisizm, anksiyete duyarlılığı gibi çeşitli klinik özelliklerle ve kişilik eğilimleriyle ilişki bulunmasının yanı sıra dikkat, bellek, muhakeme gibi çeşitli bilişsel süreçlerdeki yanlılıklarla da yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Barry vd., 2015; Dugas vd., 2004; Flores vd., 2018; Mathews ve MacLeod, 2005; Moroz ve Dunkley, 2015, 2019; Ruiz, 2014; Spinhoven vd., 2017; Toro Tobar vd., 2020; Voncke vd., 2003).

Deneyimsel kaçınmanın psikopatolojiye sendromal bakış açısının sınırlarını atlayarak semptomlara yönelik ortak ilkeler doğrultusunda işlevsel bir bakış açısı

sağladığı vurgulanmaktadır (Beutler ve Malik, 2002). Bu haliyle deneyimsel kaçınma, çeşitli psikiyatrik bozukluklarda görülen sorun davranışlarda anahtar bir değişken olarak ele alınmaktadır (Kingston vd., 2010). Deneyimsel kaçınmanın anksiyete bozuklukları ve depresyondan OKB, TSSB, yeme bozuklukları, alkol-madde kullanımına kadar pek çok farklı ruhsal bozukluklarda ortak semptomatik bir bileşen olarak psikopatolojinin sürdürülmesinde ve gelişiminde belirleyici bir rolünün olduğu gösterilmiştir (Berghoff vd., 2017; Fernandez-Rotriguez vd., 2018; Forsyth vd., 2003; Hayes vd., 2004; Kingston vd., 2010). Bu durum anlaşılır görünmektedir. Çünkü sorun niteliğindeki semptomatik davranışların çoğu, rahatsızlık veren duygusal deneyimi ortadan kaldırmaya yönelik açığa çıkmaktadır (Chawla ve Ostafin, 2007; Hayes vd., 1996; Hayes vd., 2004; Gamez vd., 2011; Spinhoven vd., 2017). Bir diğer ifadeyle klinik pratikte gözlemlenen semptom niteliğindeki sorun davranışların temel işlevi, olumsuz duygudan kaçınmaktır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile olumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin deneyimsel kaçınma ile dinamik bir ilişki içinde olduğu çalışma kapsamında görülmüştür. Olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerde bireyler başarısızlıktan, öz eleştirilerinden, kendilerine yönelik suçlamalarından ve algılanan kontrol kaybından kaçınma eğilimindedirler (Dunkley vd., 2014; Dweck ve Sorich, 1999). Sıkıntı veren bu deneyimlerden ve olumsuz sonuçlardan kaçınmak için duygu ve düşüncelerini bastırmaya, onları kontrol ya da inkar etmeye hizmet eden davranışlar sergilemektedirler (Santanello ve Gardner, 2006). Her ne kadar başarısızlığın ya da eleştirilerin verdiği sıkıntıdan kurtulmaya çalışsalar da bu durum kendileriyle ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri artırmakta ve hatta sürdürmektedir (Dunkley vd., 2003; Fichman, Koestner, Zuroff ve Gordon, 1999). Anksiyete bozuklukları, OKB, TSSB, majör depresyon ya da yeme bozuklukları gibi farklı psikopatolojilere sahip olan ve aynı zamanda olumsuz mükemmeliyetçi özellikleri belirgin olan bireyler hem psikopatolojileriyle hem de mükemmeliyetçi özellikleriyle ilintili olarak kaçınma davranışlarını aktif kullanmaktadırlar (Antony vd., 1998; Flett, Greene, Hewitt, 2004; Flett, Madorsky, Hewitt ve Heisel, 2002; Shafran vd., 2002). Klinik perspektife göre ele alındığında anksiyete bozukluklarında, hata yapmanın ya da bir şeyleri atlamış olmanın korkulan sonucu doğurabileceği düşünülerek algılanan kontrolü artırmak için kaçınma stratejilerinin kullanımı artabilmektedir (Antony vd., 1998; Flett vd., 1996). Örneğin bireyin olması gerekenin ya da idealin dışında değerlendirdiği durumlar ve

deneyimler kendisini çaresiz hissettirmekte ve böylelikle algılanan kontrol kaybı artmaktadır. Bu bağlamda bu kişilerde artmış sorumluluğun yanı sıra kendini suçlama, hatalarıyla meşgul olma ve bunlarla ilişkili ruminatif eğilimler görülebilmektedir (Flett, Molnar ve Hewitt, 2016; Flett ve Hewitt, 2020; Hewitt ve Flett, 2002). Suçluluktan ya da özeleştirilerden kaçınmak üzere de davranışlarından şüphelenme ve hatalarına yönelik artmış kontrol davranışları sergileyebilecekleri söylenebilir. Hatta çeşitli psikiyatrik bozukluklarda korkulan duruma ilişkin tedbirlerin tam ve eksiksiz (mükemmel) olması için kompulsif kontrollerin yapıldığı ve boşluk bırakmayacak şekilde önlemler alınmaya çalışıldığı düşünülebilir. Bu artan önlemler ve kontroller, duyguyu yalıtırmak üzere artmış bilişsel aktiviteler halini de alabilir. Nitekim hatalarla aşırı meşgul olmanın ve eylemlerden şüphe duyarak sürekli gözden bir şeyin kaçmasını engellemeye çalışmanın, olaylarla aşırı meşgul olmayı sağladığı ve böylelikle dikkatin duygudan çekildiği belirtilmektedir (Antony vd., 1998; Frost ve DiBartolo, 2002; van der Kaap-Deeder vd., 2016). Yüksek standartları ve katı kurallarının yanı sıra etrafındakilerin de bu beklentide olduğunu düşünerek diğerlerinden gelebilecek potansiyel eleştirilerden ve suçlamalardan da kaygılanmaktadırlar (Antony vd., 1998; Frost vd., 1990; Flett vd., 2004; Shafran vd., 2002). Bu doğrultuda beklentileri karşılayamama ve olumsuz değerlendirilme gibi kaygılardan dolayı davranışlarından şüphe duyarlarken, hata yapmaktan endişelenirler. Bu durumlarla ilişkili olarak, riskli olduğunu düşündükleri davranışları yapmama (yapmaktan kaçınma), eylemsiz kalma ya da erteleme gibi davranışsal inhibisyona ilişkin kaçınmalar da görülmektedir (Flett, Hewitt, Oliver ve Macdonald, 2002; Frost vd., 1990; Shafran vd., 2002).

Depresyondaki bireylerde kendini suçlama, dikotom düşünce, olayların olumsuz yönüne odaklanma gibi bilişsel özelliklerin olduğu bilinmektedir (Beck, 1976, Burns, 1980). Bu özellikler olumsuz mükemmeliyetçi özellikleri anımsatmaktadır. Olumsuz mükemmeliyetçilikte de başarılı-başarısız şeklinde dikotom değerlendirme hakimdir. Seçici bir şekilde hatalarla ve ulaşılmaz hedeflerin hüsraniyle meşgul olma, başarısızlığın ardından kendini aşırı eleştirme ve suçlama gibi bilişsel eğilimler de vardır (Burns, 1980; Riley ve Shafran, 2005). Olumsuz mükemmeliyetçi özellikler depresif bireylerde sık görülmektedir. Ulaşılmaz standartların karşılanması zaten mümkün değildir. Ancak bu durumu başarısızlıklarına ve beceriksizliklerine atfederler, ağır suçlama ve özeleştirilerle depresif duyguları

derinleşir ve pekişir (Black ve Reynolds 2013; Egan, Piek, Dyck ve Rees, 2007; Shafran vd., 2002). Yüksek standartlarının karşılanmama durumu ve hataları üzerine aşırı düşünme eğilimleri de (Frost vd., 1990) depresif ruminasyona sebep olurken depresif duygulanımları artmaktadır (Di Schiena, Luminet, Phillipot ve Doulliez, 2012). Tekrarlayan ruminasyonları sorunu çözmeye yönelmeksizin pasif bir şekilde hataları üzerine odaklanmayı içerdiğinden kaçınmayı sağlar (Anderson, 2013). Ayrıca ruminasyonlar olumsuz duygunun bastırılmasına da hizmet eder (Fernando ve Carter, 2007; Wahl vd., 2019). Kendilerini beklentileri karşılayamamış birisi olarak algılamalarından dolayı diğerlerinden gelebilecek olası eleştirilerin yaratacağı sıkıntıdan kaçınmak için sosyal ilişkilerden de uzak durmaktadırlar (Gnilka ve Broda 2019, Moroz ve Dunkley, 2015; Stoeber, Noland, Mawenu, Henderson ve Kent, 2017). Depresif içe çekilmenin ruminasyonlar ve artan davranışsal kaçınmalarla pekiştiği düşünülebilir. Nitekim depresyonda temel sıkıntının davranışsal azalma olduğu da bilinmektedir (Carvalho ve Hopko, 2011; Ferster, 1973).

Çalışmamızda belirsizliğe tahammülsüzlüğün, deneyimsel kaçınma aracılığı ile psikiyatrik belirtiler üzerinde belirleyici olduğu görülmüştür. Nitekim alanyazında psikopatolojilerdeki kaçınma davranışlarının açığa çıktığı durumların bir adım öncesinde belirsizlik olduğu vurgulanmaktadır (Flores vd., 2018). Anksiyete bozukluklarında ve depresyonda belirsizlik rahatsız verici bulunduğundan, bireyler belirsiz algıladıkları durumlardan ve belirsizliğin yarattığı içsel deneyimlerden kurtulmaya (duygu, düşünce ve fizyolojik belirtiler) çalışmaktadır. Belirsizliği azaltmak için sık kontroller yapma, güvence arama, davranışsal kısıtlamalar (davranışsal kaçınma) gibi kaçınmaların yanı sıra endişe ve ruminasyonlarla da bilişsel kontrol sağlanmaya çalışılmaktadır (Lee vd., 2010; Roemer ve Orsillo, 2002; Roemer vd., 2005). Psikopatoloji bağlamında spesifik olarak ele alındığında OKB'deki kompulsiyonlar obsesyonlara ilişkin belirsizliğin giderilmesiyle (Tolin vd., 2003); SAB'de diğerleri tarafından olumsuz değerlendirmenin ihtimaliyle (Boswell vd., 2013); TSSB'de güvenliğe ilişkin algılanan belirsizlikle; PB'de somatik belirtilerin olası olumsuz sonuçları ve panik atağın tekrar gelme olasılığıyla (Barlow, 2002; Fetzner vd., 2013); bedensel belirti bozukluklarında da bedensel belirtilerin olası olumsuz sonuçlarıyla (Boelen ve Carleton, 2012); YAB'de gelecekteki potansiyel tehlikelerle ilişkili olarak kaçınma davranışlarına başvurulabilmektedir. Endişe ve ruminasyonlar belirsizlikle mücadelede de sıklıkla kullanılan kaçınma stratejileridir.

Endişe ve ruminasyonun olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerde de kaçınma stratejileri olarak kullanıldığı yukarıda belirtilmişti. Kişiler endişelenerek bilişsel bir kontrol sağlamaya çalışırken aynı zamanda duruma ilişkin rahatsızlık veren duyguyu da işlememektedir (Borkovec vd., 2004; Borkovec ve Roemer, 1995; Buhr ve Dugas, 2009). Öte yandan endişeler geleceğe ilişkin projeksiyonları içerirken, ruminasyonlar sıklıkla geçmişe yönelik olup zamanla gelecekle ilgili düşüncelere de ilerlemektedirler (McLaughlin, Borkovec ve Sibrava, 2007) (örn. eskiden de böyleydi, yarın da böyle olacak). Ruminasyonlar sayesinde kötümser sonuç beklentileriyle ilişkili olarak belirsizlik giderilmeye çalışılmaktadır. Örneğin majör depresyonda ruminasyon daha genel depresif bilişlerle kendini gösterirken, bireyler hem olumlu olayların olmayacağını hem de olumsuz olayların başına geleceğine yönelik depresif tahminlerde bulunur. Anksiyete bozukluklarında (örn. YAB) ise gelecekteki potansiyel tehdide yönelik tahminlerle belirsizliğin verdiği sıkıntıdan kurtulmaya çalışılır (Andersen, 1990; Dugas vd., 2005; Miranda ve Mennin, 2007; Miranda vd., 2008).

5.3 Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Mevcut çalışmada psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın aracı rolü aynı araştırma deseni içerisinde incelenmiştir. Ayrıca mevcut çalışmanın örneklemini anksiyete bozuklukları, majör depresyon, OKB, TSSB, hastalık kaygısı, komorbid anksiyete ve depresyon olmak üzere farklı psikiyatrik tanımlara sahip bireyler oluşturmuştur. İlgili alanyazında mevcut çalışmaya benzer nitelikte bir dizi değişkeni içeren çalışmaların bulgularının klinik popülasyona genelleme yapılabilmeyle olanak verecek nitelikte örneklemelere sahip olmadığı görülmektedir. Bunun da ötesinde alanyazındaki çalışmaların belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz mükemmeliyetçilik, deneyimsel kaçınma ve psikiyatrik belirtiler arasındaki aracılık ilişkilerini aynı araştırma deseni içerisinde eş zamanlı olarak ele almadığı görülmüştür. Alanyazındaki bu çalışmaların eksikliğini gidermesi nedeniyle mevcut çalışmayı diğer çalışmalardan ayıran belirgin özellikleri bulunmaktadır.

Çalışmada aracılık ilişkileri ayrı ayrı regresyon analizleriyle incelenmekten ziyade yapısal eşitlik modellemesiyle tüm ilişkiler tek bir analizle aynı anda incelenmiştir. Böylelikle yapılacak olan her bir regresyon analizindeki hata payı artışı

engellenmiştir. Ayrıca yapısal eşitlik modellemesinin her maddeyi analize dahil etmesinin yanı sıra hata varyanslarını da hesaba katmasından dolayı ölçmeden kaynaklı hataların bertaraf edilmesi sağlanmıştır (Şimşek, 2007). Mevcut çalışmadaki yapısal eşitlik modellemesinde, ölçme modeli ve yapısal modelin test edilmesine dayalı olan iki aşamalı yaklaşım benimsenmiştir. Bu yaklaşım sayesinde gözlenen değişkenlerin varsayılan örtük değişkenleri işlevsel bir şekilde temsil ettiği görüldükten sonra bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki dolaylı ve doğrudan etkileri incelenmiştir. Bunun yanı sıra örneklem büyüklüğü güç analizi ile belirlendiğinden hipotezleri sınavacak kadar büyüklükte bir örneklem üzerinde çalışma yürütülmüştür. Bu açıdan araştırmanın bulguları güvenilirlerdir.

Araştırmanın birtakım kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Araştırmada Türkçe adaptasyon çalışmaları yapılmış, geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiş olan ölçme araçları kullanılmıştır, ancak bunlar özbildirime dayalı ölçeklerdir. Özbildirime dayalı ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda katılımcının ölçek maddelerini cevaplandırmaya ilişkin motivasyonunun işlem boyunca aynı düzeyde olup olmadığını dakik bir şekilde belirlemek mümkün değildir. Bazı katılımcıların ölçeklere cevap verme istekliliği, ölçeklerin toplamda içerdiği soru sayısının fazla olmasından dolayı değişkenlik göstermiş olabilir. Bu problemin üstesinden gelmek için mevcut çalışmada ölçeklerin uygulanma sırası her bir katılımcı için değiştirilerek dengelenmiştir. Diğer taraftan katılımcıların aldıkları tanımlar psikiyatri uzmanlarının klinik yargılarına dayanmaktadır, standardize değerlendirme görüşmeleri yapılmamıştır. Bu açıdan tanımların geçerliliği ve psikiyatri uzmanları arasındaki görüşme güvenilirliği net değildir. Ancak bu çalışma kategorik tanımların doğruluğu ve güvenilirliğinden ziyade tanımlar üstü bir yaklaşımı benimsediğinden, çalışmada bir psikiyatri hastanesine başvuran hastaların ve klinik bir ortamda sıklıkla karşılaşılan psikiyatrik sorunların genel olarak temsil edilmesi yeterli görülmüştür. Bu açıdan bulguların geçerliliğini sarsan yöntemsel bir kısıt bulunmamaktadır.

Bu çalışmada korelatif bir araştırma yöntemi kullanılmıştır. Korelatif araştırmalar doğası gereği bir durumu betimlemekte ve yordamaktadır. Bu bağlamda mevcut çalışmadaki farklı psikopatolojilerde bir dizi değişkenin etkililiği yapısal eşitlik modellemesi ile betimlenmiştir. Bununda ötesinde çalışmanın bulguları çeşitli psikopatolojilerdeki ortak özellikleri yordamaya olanak vermektedir. Diğer taraftan

korelasyonel araştırmalar nedensel ilişkiyi dakik bir şekilde tanımlayamadıkları için neden-sonuç ilişkisini açıklamada sınırlılığa sahiptir. Bu bağlamda, deneyimsel kaçınmanın çeşitli psikopatolojilerde ve klinik özelliklerde ortak tepki örüntüsü olduğuna yönelik mevcut çalışmanın bulgusu, yarı deneysel desenleri içeren çalışmalar ile incelenebilir. Psikiyatrik tanılara sahip bireylerde belirsizlik, mükemmeliyetçilik ve psikopatolojilerle ilintili çeşitli fiziksel ve duygusal uyanların ya da durumların kaçınma davranışını açığa çıkartıp ıkartmadığının yapılandırılmış deneysel paradigmlar aracılığıyla incelenmesinin nedensel ilişkileri vurgulamaya olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

5.4 Sonuç ve neriler

Bu çalışmada psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın tümden aracı bir role sahip olduğu gösterilmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçi özellikler neticesinde deneyimsel kaçınmanın arttığı, giderek artan kaçınma davranışının da psikiyatrik belirtiler üzerinde yordayıcı olduğu grlmştir.

Ruhsal bozukluklarda komorbidite oranlarının yüksek olduğu ve salt bir bozukluğun tek başına nispeten nadir görüldüğü bilinmektedir (Harvey vd., 2004). Ayrıca zaman içinde farklı klinik görünümlerle ilişkili olarak tanısıl dalgalanmaların da sık görüldüğü belirtilmektedir (Hovenkamp-Hermelink vd., 2016; Wittchen vd., 2000). Anksiyete bozuklukları ve depresyonun hem prevalansı hem de komorbidite oranları yüksektir (Brown ve Barlow, 2009; Kalin, 2020). Komorbiditenin tedavi sürecinde daha kronik ve dirençli bir örüntü gösterdiği ve nüks oranlarının yüksek olduğu ifade edilmektedir (Brown vd., 1995; Schaffer vd., 2012). Dolayısıyla çeşitli psikopatolojilerin ayırıcı özelliklerinden ziyade birbirleriyle örtüşen çekirdek mekanizmalarının belirlenmesi, etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından kritiktir. Bu bağlamda psikopatolojilerde ortak semptomatik örüntünün belirlenmesi için tanılar üstü yaklaşımın benimsenmesi önemlidir. Böylelikle hem yüksek komorbidite hem de yaygın prevalans ile işlevsel bir şekilde baş edilebilir. Mevcut çalışmanın bulguları deneyimsel kaçınmanın tanılar üstü özelliğini ortaya koymakta; klinik uygulamalarda ve olguları kavramsallaştırmada deneyimsel kaçınmanın lider bir klinik özellik olabileceğine işaret etmektedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik de alanyazında tanılar üstü değişkenler olarak ele alınmaktadır. İlgili değişkenlerin deneyimsel kaçınmayla sıkı bir ilişki içinde olduğu önceki çalışmalarda (Buhr ve Dugas, 2012; Dunkley vd., 2003) olduğu gibi mevcut çalışmayla da ortaya konmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlükte belirsizliğin kendisi rahatsızlık verici duygusal deneyimlere neden olmaktadır. Bunun neticesinde birey belirsizliğin olduğu durumlardan uzak durmaya çalışmak, belirsizliği azaltmak ve sonucu ön görmek için kaçınma stratejilerine başvurmaktadır. Kesinliğe dair bilgi arayışı özellikle psikiyatrik popülasyonda sık görülmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlükle bağlantılı olarak kaçınma davranışları artarken nihayetinde psikopatolojinin şiddeti de artmaktadır. Benzer şekilde olumsuz mükemmeliyetçi özellikler de psikiyatrik popülasyonda yaygın görülmektedir. Olumsuz mükemmeliyetçilikte ulaşılmaz hedefler, hatalara yönelik artmış meşguliyet ve kendini suçlama gibi özellikler görülebilmektedir. Bu durumların neticesinde bireylerin kendileriyle ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerden kaçabilmek ve algılanan kontrolü artırabilmek için kaçınma davranışlarına başvurduğu düşünülebilir. Kaçınmaların içeriği yani bireyin neyden uzak durmaya çalıştığı psikopatolojinin türüne göre değişebilir. İki özellikte de bireylerin sıkıntı verici duygusal deneyimleri ve olumsuz sonucu ortadan kaldırmaya çalıştığı; bunun neticesinde de psikopatolojilerinin arttığı söylenebilmektedir. Nitekim mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin deneyimsel kaçınma üzerinden olduğu da görülmüştür.

Genel bir örüntü olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve olumsuz mükemmeliyetçiliğin rahatsızlık verici duygusal deneyimlerden kaçınmaya yönelik bilişsel eğilimleri içerdiği düşünülebilir. Bu perseveratif bilişsel eğilimler, olumsuz duygudan kurtulmak üzere deneyimsel kaçınma davranışlarının kullanılmasını motive etmektedir. Giderek artan kaçınmalar sonucunda artan psikopatolojinin yanı sıra bu bilişsel eğilimler de rijid bir bilişsel tavra dönüşebilir. Bu bilişsel tavırlar bireyin rahatsız edici duygusal deneyimlere yönelik davranışları üzerine etki ederken, varlıklarını da kaçınmalar aracılığıyla sürdürmeye devam ettirebilirler. Birey kaçındıkça ilgili bilişsel yapılar ve psikopatoloji korunmakta ve gerçekçi bilgiyle karşılaşmamaktadır. Diğer bir anlatımla kaçınma davranışıyla pekiştirilen psikopatolojik örüntü, nihayetinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz

mükemmeliyetçi özellikleri de pekiştirerek psikopatolojinin sürdürülmesine katkı sağlıyor gibi görünmektedir.

Mevcut araştırma bulguları ve alanyazın doğrultusunda deneyimsel kaçınmanın klinik değerlendirmelerde ve uygulamalarda anahtar bir tanımlar üstü değişken olduğu görülmektedir. Gerek olguları formüle ederken gerekse tedavi yaklaşımlarını benimserken ortak semptomatik bileşen olarak deneyimsel kaçınmanın hedef alınmasının olumlu tedavi sonuçları sağlayacağı öngörülebilir. Nitekim tanımlar üstü bakış açısının benimsenmesi değerlendirme ve tedavide harita işlevi görerek psikopatolojilerin ortak ilkeler doğrultusunda kolay çalışılmasını sağlamakta; komorbidite ve eşik altı belirtiler gibi çeşitli komplike durumları da çalışılabilir kılarak tedavi etkililiğini artırmaktadır (Harvey vd., 2004; McManus vd., 2010). Örneğin bireyin psikopatolojisiyle ilişkili olarak hangi uyaranları/durumları rahatsızlık verici bulunduğu, hangi olumsuz duygu ve düşüncelerden kaçınmaya çalıştığı, neyden emin olmaya çalıştığı, kaçınmaya çalıştığı potansiyel olumsuz sonuçların neler olduğu, sonucu öngörme ya da değişimlemeye ilişkin neler yaptığı, korkulan sonucu engellemek ya da algıladığı kontrolü artırmak üzere nasıl standartları yakalamaya çalıştığı ve nelere başvurduğu gibi özellikler doğrultusunda olgular formüle edilebilir. Değerlendirmelerde, ortak sürdürücü bileşen olan rahatsızlık verici duygusal deneyimlerden kaçınmanın hedefe alınması, formülasyonlarda psikopatolojik örüntünün dahası sorun davranışların kavramsallaştırılmasını kolaylaştıracaktır.

Kaçınma davranışları bireye bir nevi duygusal, bilişsel ve davranışsal bir oyalanma sağlamaktadır. Hatta kaçınma davranışı rahatlamaya ilişkin bir çeşit illüzyon gibidir. Birey bir süre sonra rahatlamak için daha fazla rahatsızlanmaya başlamaktadır. Psikopatolojilerde artan belirsizliğe tahammülsüzlükle ilişkili olarak, bireyler belirsizliği belirli hale getirmek, sonucu öngörmek ve kesinliğe ulaşmak için bilişsel ve davranışsal kaçınma stratejilerini kullanmaktadır. Olumsuz mükemmeliyetçi özelliklerin belirgin olduğu psikopatolojik örüntülerde ise yüksek standartların ulaşılma durumu (örn. tam ve eksiksiz olması), hatalara yönelik artmış endişe, eleştiriler-özeleştiriler ve algılanan kontrolle ilişkili olarak kaçınma davranışlarına başvurulmaktadır. Dolayısıyla tedavi yaklaşımlarında da psikopatolojik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkileri çalışırken bireylerin rahatsızlık verici duygularından, düşüncelerden ya da

olası olumsuz sonuçlardan kurtulmaya yönelik çabalarının hedef alınmasının gerektiği düşünülmektedir. Mevcut çalışma bulguları da psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide deneyimsel kaçınmanın tümünden aracı rolünü göstererek tedavi ilkelerinde kaçınma davranışlarının hedef alınması gerektiğine işaret etmektedir. Nitekim deneyimsel kaçınmanın psikopatolojinin etiyolojisinde ve sürdürülmesinde belirleyici olmasının yanı sıra değişimi üzerinde de belirleyici olduğu belirtilmektedir (Chawla ve Ostafin, 2007; Harvey vd., 2004; Spinhoven vd., 2014). Psikopatolojilerdeki kaçınma davranışları, anlık rahatlama sağlasa da uzun vadede sıkıntının sürmesine ve artmasına yol açmaktadır (Clark vd., 1991; Hayes vd., 2004; Gamez vd., 2011). Kaçınma davranışlarının ortadan kaldırılmasını temel alan tedavi uygulamalarının (örn. olumsuz duygu yaratan uyarının üstüne gitme, diğer adıyla maruz bırakma) etkililiği alanyazında sıklıkla vurgulanmaktadır (Dobson ve Dobson, 2018; Foa ve McLean, 2006; Hayes vd., 1996; Şalcıoğlu, Başoğlu ve Livanou, 2007). Hatta kaçınma davranışlarının ortadan kaldırılmasını ve tepki engellemeyi içeren tedavilerin, altın standart olduğu da belirtilmektedir (Duesler, 2018; Hezel ve Simpson, 2019; Rauch, Eftekhari ve Ruzek, 2012). Tanılar üstü ilkeler doğrultusunda deneyimsel kaçınma hedef alındığında, bireylerin stresörlerle ilişkili olarak onlara sıkıntı veren duygularını ve düşüncelerini kontrol etmeye ya da değiştirmeye yönelik stratejileri bırakması sağlanmaktadır. Böylelikle rahatsız edici içsel duygusal deneyimlerden kaçınmaktansa bu duygusal deneyimlerin içinden geçebilmektedirler. Bireylerin olumsuz duygusal yaşantıyla uzlaşabilme derecesinin hem psikopatolojilerde hem de psikopatolojiyle ilintili klinik özellikler üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla birey kaçınarak baş etmekten ziyade durumların içine girerek olumsuz duyguyu tolere edebilmeyi öğrenmekte ve kaçınılan durumlara ilişkin ruhsal bağışıklık kazanmaktadır (E. Şalcıoğlu, kişisel iletişim, 27 Nisan 2019).

Bireye korku, kaygı ya da sıkıntı veren yaşam olaylarının ruhsal sorunlarla ilişkisinde kişinin baş etme becerileri anahtardır. Hayat stresli, üzücü, sıkıntı ve kaygı veren, denetimimizde olmayan, standartlarımıza uymayan ya da belirsiz olan pek çok deneyimi ve yaşantıyı içinde barındırır. Yaşayan organizma için bunlar kaçınılmazdır. Dolayısıyla bu olayların başa gelmesinden ziyade kişinin bu durumlar başına geldiğinde ne yaptığı, nasıl baş etmeye çalıştığı esastır. Ruhsal bağışıklık kavramı tam da buradan geçmektedir. Bireyler kendi tarihçelerinde ve güncel yaşamlarında

olumsuz yaşam olaylarının yarattığı duygulardan kurtulmaya çalışarak baş etmeyi benimsediğinde, bu durum giderek artan kaçınma davranışlarıyla psikolojik bir refleks haline gelmektedir. Dolayısıyla olumsuz duyguya ilişkin bağıklık düşmektedir ve bireyler psikiyatrik rahatsızlıklar için kırılganlaşmaktadır (E. Şalcıoğlu, kişisel iletişim, 23 Mart 2019).

Sonuç olarak, deneyimsel kaçınmanın ortak semptomatik bir bileşen olarak çeşitli psikopatolojilerdeki ve klinik özelliklerdeki sorun davranışlarla yakından ilişkili olduğu ve bu bağlamda psikiyatrik belirtiler üzerinde belirleyici olduğu araştırma kapsamında görülmüştür. Çalışmamızda psikiyatrik belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki ilişki literatür ile uyumlu olarak ortaya konmuştur. Ancak bu ilişkiyi düzenleyen kritik değişken, deneyimsel kaçınmadır. Deneyimsel kaçınma devreye girdiğinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve olumsuz mükemmeliyetçiliğin psikiyatrik belirtiler üzerindeki tüm etkisi ortadan kalkmaktadır. Bu araştırmanın bulgusu temelinde, anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi çeşitli psikopatolojilerde deneyimsel kaçınmanın tanılar üstü bir değişken olarak ortak tepki örüntüsü olduğu söylenebilmektedir. Bunun klinik açıdan doğruları oldukça önemlidir. Anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikopatolojiler yaygın görülmekte ve komorbidite oranları oldukça yüksektir. Komorbidite oranının yüksek olması neticesinde tedavi süreçlerinde kronik ve dirençli bir seyir görülmekte ve tedavi yanıtları da kötüleşmektedir. Böylelikle hem zamansal hem ekonomik kayıplar artmaktadır. Bu araştırmanın bulguları temelinde klinik uygulamalarda klinisyenlerin deneyimsel kaçınma gibi bir aracı değişkenin, ilgili ruhsal bozukluklarda ve klinik özelliklerde ortak bir semptomatik değişken olduğunu göz önünde bulundurması ve klinik uygulamalarını bu doğrultuda yapılandırması gerektiği düşünülmektedir. Olguların formüle edilmesinde ve tedavide deneyimsel kaçınma hedef alındığında tedavi etkililiğinin artmasının yanı sıra zamansal ve ekonomik maliyetin de azalacağı öngörülmektedir. Dolayısıyla tanılar üstü bir klinik değişken olarak deneyimsel kaçınmanın gerek değerlendirmelerde gerekse tedavilerde hedef alınmasının, olguların işlevsel bir şekilde formüle edilebilmesini sağlamasının yanı sıra psikoterapi uygulamalarında ortak etki mekanizmalarının anlaşılmasını ve çalışılmasını kolaylaştıracağı ve tedavilerin işlevselliğini artıracığı düşünülmektedir. Gelecekte yürütülecek çalışmalarda çeşitli psikiyatrik tanılara ve klinik özelliklere sahip bireylerin değerlendirilmesinde ve tedavisinde tanılar üstü bir değişken olarak

deneyimsel kaçınmanın çalışılmasının iyileşmeye etkisinin incelenmesi faydalı olacaktır.



6 KAYNAKLAR

Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 413–424.

Akbari, M., & Khanipour, H. (2018). The transdiagnostic model of worry: The mediating role of experiential avoidance. *Personality and Individual Differences*, 135, 166-172.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweitzer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 30(2), 217-237.

Al-Jabari, R. M. (2012). *Relationships among self-esteem, psychological and cognitive flexibility, and psychological symptomatology*. (Master of Science) University of North Texas.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.)*. Washington, DC: APA.

Andersen, S. M. (1990). The inevitability of future suffering: The role of depressive predictive certainty in depression. *Social Cognition*, 8(2), 203-228.

Anderson, N. L. (2013). *Avoidance and intolerance of uncertainty: precipitants of rumination and depression*. (Doctoral dissertation). Kent State University.

Andersen, S. M., & Schwartz, A. H. (1992). Intolerance of ambiguity and depression: A cognitive vulnerability factor linked to hopelessness. *Social Cognition*, 10(3), 271–298.

Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143–1154.

Baker, J. M. (2016). *Relations among dimensions of emotion regulation and aggressive behavior*. (Master of Science). Eastern Michigan University.

Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2014). The moderating role of experiential avoidance in the prospective relationship between anxiety sensitivity and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 38(4), 465-471.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: Guilford Press.

Barlow, D. H. (Ed.). (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford publications.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, 35(2), 205-230.

Baron, R., & Kenny, D. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.

Barry, T. J., Vervliet, B., & Hermans, D. (2015). An integrative review of attention biases and their contribution to treatment for anxiety disorders. *Frontiers in Psychology*, 6, 968.

Baum, M. (1970). Extinction of avoidance responding through response prevention (flooding). *Psychological Bulletin*, 74, 276–284.

Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and anxiety*, 31(6), 506-516.

Baxter, A., Scott, K.M., Vos, T., & Whiteford, H. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897-910.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 191.

Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G., & Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 78(2), 116-122.

Belzer, K., & Schneier, F. R. (2004). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*®, 10(5), 296-306.

Berghoff, C. R., Tull, M. T., DiLillo, D., Messman-Moore, T., & Gratz, K. L. (2017). The Role of Experiential Avoidance in the Relation between Anxiety Disorder Diagnoses and Future Physical Health Symptoms in a Community Sample of Young Adult Women. *Journal of contextual behavioral science*, 6(1), 29–34.

Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., & Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of anxiety disorders*, 24(1), 109-113.

Bernichon, T., Cook, K. E., & Brown, J. D. (2003). Seeking self-evaluative feedback: The interactive role of global self-esteem and specific self-views. *Journal of personality and social psychology*, 84(1), 194.

Besharat, M. A., Nia, M. E., & Farahani, H. (2013). Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. *Asian journal of psychiatry*, 6(1), 35-41.

Beutler, L. E., & Malik, M. L. (2002). Diagnosis and treatment guidelines: The example of depression. In L. E. Beutler & M. L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM* (pp. 251–278). Washington, DC: American Psychological Association.

Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31, 1198–1208.

Black, J., & Reynolds, W. M. (2013). Examining the relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. *Personality and Individual Differences*, 54(3), 426-431.

Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*, 49, 1-15.

Blakey, S. M., Jacoby, R. J., Reuman, L., & Abramowitz, J. S. (2016). The relative contributions of experiential avoidance and distress tolerance to OC symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(4), 460-471.

Blankstein, K. R., & Dunkley, D.M. (2002). Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.) *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 285–315). Washington, DC: American Psychological Association.

Boelen, P. A., & Carleton, R. N. (2012). Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(3), 208-213.

Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 591–612.

Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. Davey, & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Chichester: John Wiley & Sons.

Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. (pp. 77-108) Guilford Press, New York, NY, US.

Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(2), 126-138.

Borkovec, T. D., & Lyonfields, J. D. (1993). Worry: Thought suppression of emotional processing. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance* (pp. 101-118). Seattle: Hogrefe & Huber.

Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1999). Worry and generalized anxiety disorder. In A. S. Bellack, M. Hersen, & P. Salkovskis (Eds.), *Comprehensive clinical psychology: Vol. 4. Adults: Clinical formulation and treatment* (pp. 439-459). Oxford: Elsevier Science.

Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576.

Borkovec, T.D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.

Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of Uncertainty: A Common Factor in the Treatment of Emotional Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 630-645.

Böhnke, J. R., Lutz, W., & Delgadillo, J. (2014). Negative affectivity as a transdiagnostic factor in patients with common mental disorders. *Journal of affective disorders*, 166, 270-278.

Brenes, G. A., Penninx, B. W., Judd, P. H., Rockwell, E., Sewell, D. D., & Wetherell, J. L. (2008). Anxiety, depression and disability across the lifespan. *Aging and Mental Health*, 12(1), 158-163.

Briggs, E. S., & Price, I. R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1037-1046.

Bronisch, T., & Hecht, H. (1990). Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: social dysfunction, social integration, and personality features. *Journal of Affective Disorders*, 20(3), 151-157.

Brosof, L. C., Egbert, A. H., Reilly, E. E., Wonderlich, J. A., Karam, A., Vanzhula, I., ... & Levinson, C. A. (2019). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between high personal standards but not evaluative concerns perfectionism and eating disorder symptoms cross-sectionally and prospectively. *Eating behaviors*, 35, 101340.

Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological bulletin*, 130(5), 793.

Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(6), 835.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945.

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of anxiety disorders*, 20(2), 222-236.

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 215-223.

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2012). Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 1-17.

Buller, R., Maier, W., & Benkert, O. (1986). Clinical subtypes in panic disorder: Their descriptive and prospective validity. *Journal of Affective Disorders*, 11(2), 105-114.

Burka, J. B., & Yuen, L. M. (1983). *Procrastination: why you do it, what to do about it*. Reading, Mass: Addison Wesley Pub. Co.

Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, November, 34-52.

Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of personality and social psychology*, 70(1), 141.

Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8), 937-947.

Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 39, 30-43.

Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. (2010). "It's not just the judgements—It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 189-195.

Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L., & McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive behaviour therapy*, 42(4), 328-341.

Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 468-479.

Carleton, R. N., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 105-117.

Carleton, R. N., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. G. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2307–2316.

Catania, A. C. (1998). *Learning* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 154-162.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 371-394.

Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 871–890.

Choi, N. G., Hegel, M. T., Sirrianni, L., Marinucci, M. L., & Bruce, M. L. (2012). Passive coping response to depressive symptoms among low-income homebound older adults: Does it affect depression severity and treatment outcome? *Behaviour research and therapy*, 50(11), 668-674.

Chu, B.C., Skinner, L.C., & Staples, A.M. (2014). Behavioral avoidance across child and adolescent psychopathology In Ehrenreich-May J. & Chu B.C. (Eds.), *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice*. (pp. 84–110). New York, NY: Guilford Press.

Cisler, J. M., & Koster, E. H. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical psychology review*, 30(2), 203-216.

- Clark, J. V., & Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological reports*, 36(1), 211-221.
- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, 29, 253–257.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A., Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York, NY: Guilford.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coleman, S. L., Pietrefesa, A. S., Holaway, R. M., Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2011). Content and correlates of checking related to symptoms of obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(2), 293-301.
- Comer, J. S., Kendall, P. C., Franklin, M. E., Hudson, J. L., & Pimentel, S. S. (2004). Obsessing/worrying about the overlap between obsessive–compulsive disorder and generalized anxiety disorder in youth. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 663-683.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 34-47.
- Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1995). Life context, coping process, and depression. In E. Beckham & B. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 569–587). New York: Guilford.
- Crossman, A. M., Sullivan, M. W., Hitchcock, D. M., & Lewis, M. (2009). When frustration is repeated: Behavioral and emotion responses during extinction over time. *Emotion*, 9(1), 92.
- Cuming, S., Rapee, R. M., Kemp, N., Abbott, M. J., Peters, L., & Gaston, J. E. (2009). A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviors relevant to social anxiety: Development and psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 879-883.
- Deleskog, A., Ljung, R., Forsell, Y., Nevriana, A., Almas, A., & Möller, J. (2019). Severity of depression, anxious distress and the risk of type 2 diabetes—a population-based cohort study in Sweden. *BMC public health*, 19(1), 1-9.
- Derogatis, L. R. (1992). *The brief symptom inventory (BSI): administration, scoring & procedures manual-II*. Clinical Psychometric Research.
- Deschênes, S. S., Dugas, M. J., Fracalanza, K., & Koerner, N. (2012). The role of anger in generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 261-271.

Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27, 125–156.

Dictionary.com (Ed.). (2016) <http://dictionary.reference.com>. Oakland, CA: IAC.

Di Schiena, R., Luminet, O., Philippot, P., & Douilliez, C. (2012). Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Personality and Individual Differences*, 53(6), 774-778.

Dobson, D. J. G., & Dobson, K. S. (2018). Avoidance in the Clinic: Strategies to Conceptualize and Reduce Avoidant Thoughts, Emotions, and Behaviors With Cognitive Behavioral Therapy. *Practice Innovations*, 3 (1), 32–42.

Duesler, R.L. (2018). The Gold Standard: Exposure and Response Prevention for OCD. *California State Polytechnic University, Pomona*. Erişim Adresi: [file:///C:/Users/HP/Downloads/RD_ocdexrp_showtime4%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/RD_ocdexrp_showtime4%20(1).pdf) adresinden erişildi.

Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York: Guilford Press.

Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive therapy and research*, 21(6), 593-606.

Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551–558.

Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57-70.

Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). The cognitive behavioural treatment of generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61–81.

Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 713-730.

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of counseling psychology*, 47(4), 437.

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of “clinical” perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour research and therapy*, 44(1), 63-84.

Dunkley, D. M., Mandel, T., & Ma, D. (2014). Perfectionism, neuroticism, and daily stress reactivity and coping effectiveness 6 months and 3 years later. *Journal of Counseling Psychology*, 61, 616-633.

Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of personality and social psychology*, 84(1), 234.

Dunner, D. L. (2001). Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity. *Depression and anxiety*, 13(2), 57-71.

Durak Batıgün, A., & Hisli Şahin, N. (2009). *Kişilerarası Tarz, Öfke ve Benlik Algısı: Psikopatolojilerde Ortak Ögeler*. Ankara Üniversitesi: Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu.

Dweck, C. S., & Sorich, L. A. (1999). Mastery-oriented thinking. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 232–251). New York: Oxford University Press.

Dykman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depression: initial tests of a goal-orientation approach. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 139.

Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., & Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1813–1822.

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*, 31(2), 203-212.

Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International journal of cognitive therapy*, 1(3), 192-205.

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's guide to using mind-fulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.

Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.

Ekşi, H., Kaya, Ç., & Kuşcu, B. (2018). Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire-30: Adaptation and psychometric properties of the Turkish version. In *8th International Conference on Research in Education, Manisa, Turkey*.

Emdin, C. A., Odutayo, A., Wong, C. X., Tran, J., Hsiao, A. J., & Hunn, B. H. (2016). Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. *The American journal of cardiology*, 118(4), 511-519.

Enns, M. W., Cox, B. J., & Borger, S. C. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: A further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 66, 175–183.

Everaert, J., Podina, I. R., & Koster, E. H. (2017). A comprehensive meta-analysis of interpretation biases in depression. *Clinical Psychology Review*, 58, 33-48.

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678.

Fava, M., Alpert, J. E., Carmin, C. N., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Biggs, M. M., ... & Rush, A. J. (2004). Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR*D. *Psychological medicine*, 34(7), 1299-1308.

Fergus, T. A., & Valentiner, D. P. (2011). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35(6), 560-565.

Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-Álvarez, M. (2018). Activation vs. Experiential Avoidance as a Transdiagnostic Condition of Emotional Distress: An Empirical Study. *Frontiers in psychology*, 9.

Fernando, K., & Carter, J. (2007). I just can't stop thinking about it! Rumination, avoidance and depression. *New Zealand Clinical Psychologist*, 17(2), 8-13.

Ferrari, J. R., & McCown, W. (1994). Procrastination tendencies among obsessive-compulsives and their relatives. *Journal of clinical psychology*, 50(2), 162-167.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870.

Fetzner, M. G., Horswill, S. C., Boelen, P. A., & Carleton, R. N. (2013). Intolerance of uncertainty and PTSD symptoms: Exploring the construct relationship in a community sample with a heterogeneous trauma history. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 725-734.

Fichman, L., Koestner, R., Zuroff, D. C., & Gordon, L. (1999). Depressive styles and the regulation of negative affect: A daily experience study. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 483–495.

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., & Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health?. *Behavior modification*, 34(6), 503-519.

Fleiss, J. L., Nee, J. C., & Landis, J. R. (1979). Large Sample Variance of Kappa in the Case of Different Sets of Raters. *Psychological Bulletin*, 86, 974-977.

Flett, G. L., Greene, A., & Hewitt, P. L. (2004). Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22, 37–55.

Flett, A. L., Haghbin, M., & Pychyl, T. A. (2016). Procrastination and depression from a cognitive perspective: An exploration of the associations among procrastinatory automatic thoughts, rumination, and mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(3), 169-186.

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2020). Reflections on three decades of research on multidimensional perfectionism: An introduction to the special issue on further advances in the assessment of perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(1), 3-14.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., Solnik, M., & Van Brunschot, M. (1996). Perfectionism, social problem-solving ability, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 14(4), 245-274.

Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20(1), 33-47.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Molnar, D. S. (2016). Perfectionism in health and illness from a person-focused, historical perspective. In F. M. Sirois & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and wellbeing* (pp. 25-44). New York, NY: Springer.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In: G.L. Flett & P.L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*, American Psychological Association, Washington, DC, 89–132.

Flett, G. L., Nepon, T., & Hewitt, P. L. (2016). *Perfectionism, Worry, and Rumination in Health and Mental Health: A Review and a Conceptual Framework for a Cognitive Theory of Perfectionism*. *Perfectionism, Health, and Well-Being*. Springer International Publishing.

Flores, A., López, F. J., Vervliet, B., & Cobos, P. L. (2018). Intolerance of uncertainty as a vulnerability factor for excessive and inflexible avoidance behavior. *Behaviour research and therapy*, 104, 34-43.

Foa, E. B., & McLean, C. P. (2016). The efficacy of exposure therapy for anxiety-related disorders and its underlying mechanisms: The case of OCD and PTSD. *Annual review of clinical psychology*, 12, 1-28.

Forsyth, J. P., Parker, J. D., & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substanceabusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28, 851– 870.

Fourtounas, A., & Thomas, S. J. (2016). Cognitive factors predicting checking, procrastination and other maladaptive behaviours: prospective versus inhibitory intolerance of uncertainty. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 30-35.

Fracalanza, K., Koerner, N., Deschênes, S. S., & Dugas, M. J. (2014). Intolerance of uncertainty mediates the relation between generalized anxiety disorder symptoms and anger. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(2), 122-132.

Frazier, J. (1994). The relationship of low self-esteem and somatic complaint in children. *Modern Psychological Studies*, 2(2), 10.

Freedland, K. E., & Carney, R. M. (2013). Depression as a risk factor for adverse outcomes in coronary heart disease. *BMC medicine*, 11(1), 1-9.

Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry, and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 20(3), 265-273.

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

Freud, S. (1914). *Remembering, repeating, and working through*. Standard Edition, 12, 145–156.

Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2002). *Perfectionism, anxiety, and obsessive-compulsive disorder*. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (p. 341–371). American Psychological Association.

Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.

Frost, R. O., Novara, C., & Rheaume, J. (2002). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions* (pp. 91–105). NY, USA: Pergamon.

Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour research and therapy*, 35(4), 291-296.

Frost, R. O., Turcotte, T. A., Heimberg, R. G., Mattia, J. I., Holt, C. S., & Hope, D. A. (1995). Reactions to mistakes among subjects high and low in

perfectionistic concern over mistakes. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 195-205.

Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*, 23(3), 692.

Garaigordobil, M., Pérez, J. I., & Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in persons with intellectual disability. *The spanish journal of psychology*, 10(1), 141-150.

Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive behavior*, 42(1), 3-15.

Gigantesco, A., Ferrante, G., Baldissera, S., & Masocco, M. (2015). Depressive symptoms and behavior-related risk factors, Italian population-based surveillance system, 2013. *Preventing Chronic Disease*, 12, E183.

Gili, M., Toro, M. G., Armengol, S., García-Campayo, J., Castro, A., & Roca, M. (2013). Functional impairment in patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(12), 679-686.

Gilroy, L. J., Kirkby, K. C., Daniels, B. A., Menzies, R. G., & Montgomery, I. M. (2002). Danger expectancies, self-efficacy and subjective anxiety as mediators of avoidance behaviour in spider phobia. *Behaviour Change*, 19(3), 129-137.

Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T., ... & Arolt, V. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 406.

Gnilka, P. B., & Broda, M. D. (2019). Multidimensional perfectionism, depression, and anxiety: Tests of a social support mediation model. *Personality and Individual Differences*, 139, 295-300.

Grayson, J. (2014). *Freedom from obsessive compulsive disorder: A personalized recovery program for living with uncertainty* (updated ed.). New York: Penguin.

Grenier, S., Barrette, A.-M., & Ladouceur, R. (2005). Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity: similarities and differences. *Personality and Individual Differences*, 39, 593-600.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

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, 348–362.

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103.

Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... & CDBE2010 Study Group. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.

Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and generalised anxiety disorder. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-8.

Harris, K. R., & Norton, P. J. (2018). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for the treatment of emotional disorders: A group case study. *Clinical Case Studies*, 17(6), 387-405.

Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford: Oxford University Press.

Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*, 13-32.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1–25.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & Stewart, S. H. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4), 553-578.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.

Health, T. L. G. (2020). Mental health matters. *The Lancet. Global Health*, 8(11), e1352.

Heatherton, T., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

Hendriks, S. M., Spijker, J., Licht, C. M., Beekman, A. T., Hardeveld, F., de Graaf, R., ... & Penninx, B. W. (2014). Disability in anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 166, 227-233.

Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 528-533.

Heshmati, R., Azmoodeh, S., & Caltabiano, M. L. (2021). Pathway linking different types of childhood trauma to somatic symptoms in a subclinical sample of female college students: the mediating role of experiential avoidance. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(7), 497-504.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98–101.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 58.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress in psychopathology. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255-284). Washington, DC: American Psychological Association Press.

Hineline, P. N. (1977). Negative reinforcement and avoidance. In W. K. Honig & J. E. R. Staddon (Eds.), *Handbook of operant behavior* (pp. 364-414). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hineline, P. N. (1984). Aversive control: A separate domain? *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 42, 495-509.

Hofmann, S. G., & Hay, A. C. (2018). Rethinking avoidance: Toward a balanced approach to avoidance in treating anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 55, 14-21.

Holahan, C. J., Moos, R. H., & Bonin, L. (1997). Social support, coping, and psychosocial adjustment: A resources model. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 169-186). New York: Plenum.

Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158–174.

Hong, R. Y., & Cheung, M. W.-L. (2015). The Structure of Cognitive Vulnerabilities to Depression and Anxiety. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 892-912.

Hovenkamp-Hermelink, J. H., Riese, H., Batelaan, N. M., Penninx, B. W., & Schoevers, R. A. (2016). Low stability of diagnostic classifications of anxiety disorders over time: A six-year follow-up of the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 310-315.

Hubert, M., Rousseeuw, P. J., & Vanden Branden, K. (2005). ROBPCA: a new approach to robust principal component analysis. *Technometrics*, 47(1), 64-79.

Huppert, J. D., Moser, J. S., Gershuny, B. S., Riggs, D. S., Spokas, M., Filip, J., ... & Foa, E. B. (2005). The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 127-136.

Hussain, M. Z. (1971). Desensitization and flooding (implosion) in treatment of phobias. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1509–1514.

Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model. *Psychological bulletin*, 107(2), 156.

Jakupcak, M., Tull, M. T., & Roemer, L. (2005). Masculinity, Shame, and Fear of Emotions as Predictors of Men's Expressions of Anger and Hostility. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(4), 275.

Jonas, B. S., Franks, P., & Ingram, D. D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Archives of family medicine*, 6(1), 43-49.

Joormann, J., & Stöber, J. (1999). Somatic symptoms of generalized anxiety disorder from the DSM-IV: associations with pathological worry and depression symptoms in a nonclinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 13(5), 491-503.

Josephs, R. A., Larrick, R. P., Steele, C. M., & Nisbett, R. E. (1992). Protecting the self from the negative consequences of risky decisions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(1), 26.

Kalin, N. H. (2020). The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365–367.

Kämpfe, C. K., Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Helbig-Lang, S., Lang, T., Gerlach, A. L., ... & Deckert, J. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: Do both constructs measure the same? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 5-22.

Karekla, M., Forsyth, J. P., & Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35, 725–746.

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1301-1320.

Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of anxiety disorders*, 23(2), 185-196.

Kashdan, T. B., & Roberts, J. E. (2007). Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 284-301.

Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J., & McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 429-440.

Keller, M. B. (2002). The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 11-16.

Kellner, R., Slocumb, J., Wiggins, R. G., Abbott, P. J., Winslow, W. W., & Pathak, D. (1985). Hostility, somatic symptoms, and hypochondriacal fears and beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(9), 554-560.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.

Kessler, R., White, L. A., Birnbaum, H., Qiu, Y., Kidolezi, Y., Mallett, D., & Swindle, R. (2008). Comparative and interactive effects of depression relative to other health problems on work performance in the workforce of a large employer. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 809-816.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 269-274.

Kindt, M., & Van Den Hout, M. (2001). Selective attention and anxiety: A perspective on developmental issues and the causal status. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 193-202.

Kingston, J., Clarke, S., & Remington, B. (2010). Experiential avoidance and problem behavior: A mediational analysis. *Behavior modification*, 34(2), 145-163.

Kirk, A., Meyer, J. M., Whisman, M. A., Deacon, B. J., & Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of anxiety disorders*, 64, 9-15.

Kirkcaldy, B. D., Eysenck, M., Furnham, A. F., & Siefen, G. (1998). Gender, anxiety and self- image. *Personality and Individual Differences*, 24, 677-684.

Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. In: M. Hersen, S. M. Turner & D. C. Beidel, (Eds) *Adult Psychopathology and Diagnosis (5th Edition)*, (pp. 420-475) New York: John Wiley & Sons.

Kobori, O., Hayakawa, M., & Tanno, Y. (2009). Do perfectionists raise their standards after success? An experimental examination of the revaluation of standard setting in perfectionism. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 515–521.

Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, 201-216.

Koerner, N., & Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 619–638.

Koh, K. B., Kim, D. K., Kim, S. Y., & Park, J. K. (2005). The relation between anger expression, depression, and somatic symptoms in depressive disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 485-491.

Krings, A., Heeren, A., Fontaine, P., & Blairy, S. (2020). Attentional biases in depression: Relation to disorder severity, rumination, and anhedonia. *Comprehensive Psychiatry*, 100, 15217.

Kroenke, K., Jackson, J. L., & Judith Chamberlin, P. A. (1997). Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *The American journal of medicine*, 103(5), 339-347.

Kryptos, A. M., Effting, M., Kindt, M., & Beckers, T. (2015). Avoidance learning: a review of theoretical models and recent developments. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9, 189.

Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour research and therapy*, 38(9), 933-941.

Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., ... & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of clinical psychiatry*, 72(3), 0-0.

Langer, Á. I., Cangas, A. J., Pérez-Moreno, P. J., Carmona, J. A., & Gallego, J. (2010). Relation between experiential avoidance, hallucination-like experiences and clinical symptoms, in a non-clinical Spanish sample. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 10(2), 161.

Lazarov, A., Ben-Zion, Z., Shamai, D., Pine, D. S., & Bar-Haim, Y. (2018). Free viewing of sad and happy faces in depression: A potential target for attention bias modification. *Journal of affective disorders*, 238, 94-100.

- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 126-136.
- Leino, P., & Magni, G. (1993). Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain*, 53(1), 89-94.
- Leonidou, C., Panayiotou, G., Bati, A., & Karekla, M. (2019). Coping with psychosomatic symptoms: The buffering role of psychological flexibility and impact on quality of life. *Journal of health psychology*, 24(2), 175-187.
- Lessin, D. S., & Pardo, N. (2017). The impact of perfectionism on anxiety and depression. *Journal of Psychology and Cognition*, 2, 78-82.
- Lewis, M., & Naugle, A. (2017). Measuring experiential avoidance: Evidence toward multidimensional predictors of trauma sequelae. *Behavioral Sciences*, 7(1), 9.
- Liao, K. Y. H., & Wei, M. (2011). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: The moderating and mediating roles of rumination. *Journal of clinical psychology*, 67(12), 1220-1239.
- Lim, S. L., & Kim, J. H. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 50.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Litwin, R., Goldbacher, E. M., Cardaciotto, L., & Gambrel, L. E. (2017). Negative emotions and emotional eating: the mediating role of experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 97-104.
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*, 126, 134-140.
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2019). Self-concept certainty in adaptive and maladaptive perfectionists. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(2), 2043808719843455.
- Mahoney, A. E., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 212-222.
- Maia, B. R., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Cabral, A., ... & Azevedo, M. H. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(4), 322-327.

Mahoney, A. E., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 212-222.

Mann, M. M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*, 19(4), 357-372., N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*, 19(4), 357-372.

Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R., & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181-191.

Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. D., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.

Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression: A global public health concern*. World Health Organization: Geneva, Switzerland.

Martin, R. L., Smith, N. S., McGrew, S. J., & Capron, D. W. (2019). Aggressive worriers: how aggression moderates the association between intolerance of uncertainty and suicidal desire constructs. *Archives of suicide research*, 1-20.

Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 569–583.

Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195.

McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 112-122.

McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E.J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43, 533–545.

McLaughlin, K. A., Borkovec, T. D., & Sibrava, N. J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy*, 38(1), 23-38.

McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 49(3), 186-193.

- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 491-505.
- Mellick, W. H., Mills, J. A., Kroska, E. B., Calarge, C. A., Sharp, C., & Dindo, L. N. (2019). Experiential avoidance predicts persistence of major depressive disorder and generalized anxiety disorder in late adolescence. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(6), 0-0.
- Mennin, D. S., Holoway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284–302.
- Miranda, R., Fontes, M., & Marroquín, B. (2008). Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1151-1159.
- Miranda, R., & Mennin, D. S. (2007). Depression, generalized anxiety disorder, and certainty in pessimistic predictions about the future. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 71–82.
- Moberg, P. J., Lazarus, L. W., Mesholam, R. I., Bilker, W., Chuy, I. L., Neyman, I., & Markvart, V. (2001). Comparison of the standard and structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale in depressed geriatric inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(1), 35-40.
- Moor, S., Vartanian, L. R., Touyz, S. W., & Beumont, P. J. V. (2004). Psychopathology of EDNOS patients: To whom do they compare? *Clinical Psychologist*, 8, 70–75.
- Morgan, G. A., Leech, N. L., Gloeckner, G. W., & Barrett, K. C. (2004). IBM SPSS for introductory statistics. *Use and interpretation*. (Second Edition). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Morina, N. (2007). The role of experiential avoidance in psychological functioning after war-related stress in Kosovar civilians. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(8), 697-700.
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*, 87, 174-179.
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years: A three-wave longitudinal study. *Behaviour research and therapy*, 112, 18-27.
- Morrow, J., & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of personality and social psychology*, 58(3), 519.

Moscovitch, D. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., Rocca, L., & Swinson, R. P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 25(2), 107-113.

Moulds, M.L., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A.C.M. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 251–261.

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of “conditioning” and “problem solving.” *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.

Munir, N., & Arshad, T. (2018). Neuroticism, Perfectionism and Coping Strategies among Patients with Depression and Anxiety Disorders. *Bahria Journal of Professional Psychology*, 17(1).

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A Prospective Study of Depression and Distress Following a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 105-121.

Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 589-609.

Norman, R. M. G., Davies, F., Nicholson, I. R., Cortese, L., & Malla, A. K. (1998). The relationship of two aspects of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 50–68.

Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*, 56, 122-137.

Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 214.

Núñez, D., Ordóñez-Carrasco, J. L., Fuentes, R., & Langer, Á. I. (2021). Experiential avoidance mediates the association between paranoid ideation and depressive symptoms in a sample from the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 139, 120-124.

O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2003). Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *Journal of counseling psychology*, 50(3), 362.

Olson, M. L., & Kwon, P. (2008). Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 788-802.

Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: The construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 293-313.

Öhman, A., Flykt, A., & Lundqvist, D. (2000). Unconscious emotion: Evolutionary perspectives, psychophysiological data and neuropsychological mechanisms. In R. D. Lane & L. Nadel (Eds.), *Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 296–327). Oxford University Press.

Öngen, D. E. (2009). The relationships between perfectionism and aggression among adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 1(1), 1073-1077.

Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K. L., Sy, J. T., & Björgvinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive psychiatry*, 56, 206-216.

Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551– 603.

Penninx, B. W., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC medicine*, 11(1), 1-14.

Penninx, B. W., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H., Spinhoven, P., ... & Beekman, A. T. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of affective disorders*, 133(1-2), 76-85.

Petwal, P., Sudhir, P. M., & Mehrotra, S. (2021). Procrastination and self-compassion in individuals with anxiety disorders. *Telangana Journal of Psychiatry*, 7(1), 22.

Plaisier, I., Beekman, A. T., de Graaf, R., Smit, J. H., van Dyck, R., & Penninx, B. W. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *Journal of affective disorders*, 125(1-3), 198-206.

Plumb, J. C., Orsillo, S. M., & Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 245–257.

Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour research and therapy*, 40(6), 625-639.

Rauch, S. A., Eftekhari, A., & Ruzek, J. I. (2012). Review of exposure therapy: a gold standard for PTSD treatment. *Journal of rehabilitation research and development*, 49(5), 679-688.

Reddy, M. K., Pickett, S. M., & Orcutt, H. K. (2006). Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. *Journal of Emotional Abuse*, 6(1), 67-85.

Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: Test retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170, 59-70.

Rettie, H., & Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*.

Reuther, E. T., Davis III, T. E., Rudy, B. M., Jenkins, W. S., Whiting, S. E., & May, A. C. (2013). Intolerance of uncertainty as a mediator of the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptom severity. *Depression and Anxiety*, 30(8), 773-777.

Rhéaume, J., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Letarte, H., & Ladoucer, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 33(7),785-94.

Rice, K. G., & Slaney, R. B. (2002) Clusters of perfectionists: two studies of emotional adjustment and academic achievement. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35, 35-48.

Richards, A., & French, C. C. (1992). An anxiety-related bias in semantic activation when processing threat/neutral homographs. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Section A*, 45(3), 503-525.

Riley, C., & Shafran, R. (2005). Clinical perfectionism: A preliminary qualitative analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 369–374.

Riley, W. T., Treiber, F. A., & Woods, M. G. (1989). Anger and hostility in depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 177(11), 668-674.

Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Machan, J. T., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2004). Frequency and patterns of psychiatric comorbidity in a sample of primary care patients with anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 129–137.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for Generalized Anxiety Disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive- behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54–68.

Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71-88.

Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., & Kubzansky, L. & Stein, M.B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Focus: The Journal of lifelong learning in psychiatry*, 6(4), 467-485.

Rudaz, M., Ledermann, T., Margraf, J., Becker, E. S., & Craske, M. G. (2017). The moderating role of avoidance behavior on anxiety over time: Is there a difference between social anxiety disorder and specific phobia? *Plos one*, 12(7), e0180298.

Ruiz, F. J. (2014). Psychological inflexibility mediates the effects of self-efficacy and anxiety sensitivity on worry. *The Spanish journal of psychology*, 17, E3.

Ruiz, F. J., Herrera, Á. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.

Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Parker, P., & Scrucca, L. (2016). Using genetic algorithms in a large nationally representative American sample to abbreviate the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 7, 189.

Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 37(6), 559-574.

Santanello, A. W., & Gardner, F. L. (2007). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 319-332.

Sapmaz, F. (2006). *Üniversite öğrencilerinin uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin psikolojik belirti düzeyleri açısından incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü: Sakarya.

Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A. & Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Route Educational and Social Science Journal*, 1(3), 148-157.

Saris, I. M. J., Aghajani, M., van der Werff, S. J. A., Van der Wee, N. J. A., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(4), 352-361.

Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.

Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A., & Griffiths, M. D. (2020). Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *International journal of mental health and addiction*, 1.

Saulnier, K. G., Allan, N. P., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2019). Depression and intolerance of uncertainty: Relations between uncertainty subfactors and depression dimensions. *Psychiatry*, 82(1), 72-79.

Scapellato, P. (2019, May). *Hypercontrol as a common mechanism in anxiety disorders* [Abstract]. 2nd International Conference on Psychiatry and Psychological Disorders, Rome, Italy.

Schaffer, A., McIntosh, D., Goldstein, B. I., Rector, N. A., McIntyre, R. S., Beaulieu, S., & Yatham, L. N. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry*, 24(1), 6-22.

Shallcross, A. J., Troy, A. S., Boland, M., & Mauss, I. B. (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 921-929.

Schmaling, K. B., Dimidjian, S., Katon, W., & Sullivan, M. (2002). Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 350.

Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of educational research*, 99(6), 323-338.

Schut, A. J., Castonguay, L. G., & Borkovec, T. D. (2001). Compulsive checking behaviors in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 705-715.

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 773-791.

Shafran, R., Egan, S. J., & Wade, T. D. (2010). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using cognitive-behavioural techniques*. London, UK: Constable & Robinson.

Shafran, R., Egan, S. ve Wade T. (2017). *Mükemmeliyetçilik (Yaşanmış Örnekler, Pratik Öneriler, Uygulamalar)*. Çev. D. Onuk, İstanbul: Kuraldışı.

Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical psychology review*, 21(6), 879-906.

Simon, G., Ormel, J., VonKorff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 352-357.

Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England journal of medicine*, 341(18), 1329-1335.

Slaney, R. B. ve Ashby, J. (1996). Perfectionists: Study of a criterion group. *Journal of Counseling and Development*, 74(4), 393-398.

Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22, 372–390.

Slaney, R. B., & Johnson, D. G. (1992). The almost perfect scale. *Unpublished manuscript, Pennsylvania State University*.

Slaney, R., Rice, K., & Ashby, J. (2002). A programmatic approach to measuring perfectionism: The almost perfect scales. In G, Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 63-88). Washington, DC: American Psychological Association.

Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145.

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141-163.

Smits, J. A., Otto, M. W., Powers, M. B., & Baird, S. O. (2019). Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. In *The clinician's guide to anxiety sensitivity treatment and assessment* (pp. 1-8). Academic Press.

Soni, A. (2018). *The Five Most Costly Children's Conditions, 2011: Estimates for US Civilian Noninstitutionalized Children, Ages 0-17*. Statistical Brief #472. April 2015. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213.

Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*, 45, 40–850.

Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2016). Is experiential avoidance a mediating, moderating, independent, overlapping, or proxy risk factor in the onset, relapse and maintenance of depressive disorders? *Cognitive therapy and research*, 40(2), 150-163.

Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2017). Experiential avoidance and bordering psychological constructs as predictors of the onset,

relapse and maintenance of anxiety disorders: One or many?. *Cognitive Therapy and Research*, 41(6), 867-880.

Sporinova, B., Manns, B., Tonelli, M., Hemmelgarn, B., MacMaster, F., Mitchell, N., ... & Quinn, A. (2019). Association of mental health disorders with health care utilization and costs among adults with chronic disease. *JAMA network open*, 2(8), e199910-e199910.

Stein, A. T., Medina, J. L., Rosenfield, D., Otto, M. W., & Smits, J. A. (2020). Examining experiential avoidance as a mediator of the relation between anxiety sensitivity and depressive symptoms. *Cognitive behaviour therapy*, 49(1), 41-54.

Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26, 274-296.

Stoeber, J., Noland, A. B., Mawenu, T. W., Henderson, T. M., & Kent, D. N. (2017). Perfectionism, social disconnection, and interpersonal hostility: Not all perfectionists don't play nicely with others. *Personality and Individual Differences*, 119, 112-117.

Suárez, L., Bennett, S., Goldstein, C., & Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a 'triple vulnerability' framework. In: *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. Antony MM, Stein MB (Eds). Oxford University Press, NY, USA, 153-172.

Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A., & Lane, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic medicine*, 72(4), 404-411.

Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and individual differences*, 31(5), 689-700.

Şahin, N. H., & Durak, A. (1994). Kisa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Turk Gencleri Icin Uyarlanmasi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.

Şalcıoğlu, E., Başoğlu, M., & Livanou, M. (2007). Effects of live exposure on symptoms of posttraumatic stress disorder: The role of reduced behavioral avoidance in improvement. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2268-2279.

Şimsek, Ö. F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları*. Ankara: Ekinoks.

Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H. (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H 1 N 1 pandemic. *British journal of health psychology*, 19(3), 592-605.

Tallis, F., & de Silva, P. (1992). Worry and obsessional symptoms: A correlational analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 103–105.

Tarlow, E. M., & Haaga, D. A. F. (1996). Negative self-concept: Specificity to depressive symptoms and relation to positive and negative affectivity. *Journal of Research in Personality*, 30, 120–127.

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R. ... Cárdenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188.

Terry-Short, L. A., Owens, G. R., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663–668.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233–242.

Toro Tobar, R. A., Avendaño-Prieto, B. L., & Vargas Espinosa, N. M. (2020). Transdiagnostic model of anxiety and depression according to the relationship with affect, intolerance of uncertainty, and anxiety sensitivity. *CES Psicología*, 13(1), 140-152.

Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(11), 754-761.

Tull, M. T., Jakupcak, M., Paulson, A., & Gratz, K. L. (2007). The role of emotional inexpressivity and experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and aggressive behavior among men exposed to interpersonal violence. *Anxiety, stress, and coping*, 20(4), 337-351.

Udachina, A., Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Fitzpatrick, S., O'kane, A., & Bentall, R. P. (2009). Understanding the relationships between self-esteem, experiential avoidance, and paranoia: structural equation modelling and experience sampling studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 661-668.

Valero, L. A., Hurtado, F. M., & Gavino, A. L. (2014). An experimental analysis of obsessive-compulsive checking as avoidance behaviour. *Psicothema*, 26(1), 10-16.

van der Kaap-Deeder, J., Soenens, B., Boone, L., Vandenkerckhove, B., Stengée, E., & Vansteenkiste, M. (2016). Evaluative concerns perfectionism and coping with failure: Effects on rumination, avoidance, and acceptance. *Personality and Individual Differences*, 101, 114-119.

Voncken, M. J., Bögels, S. M., & de Vries, K. (2003). Interpretation and judgmental biases in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1481-1488.

Vrana, S. R., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (1986). Fear imagery and text processing. *Psychophysiology*, 23(3), 247-253.

Wahl, K., Ehring, T., Kley, H., Lieb, R., Meyer, A., Kordon, A., ... & Schönfeld, S. (2019). Is repetitive negative thinking a transdiagnostic process? A comparison of key processes of RNT in depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and community controls. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 64, 45-53.

Wang, Y., & Zhang, B. (2017). The dual model of perfectionism and depression among Chinese University students. *South African Journal of Psychiatry*, 23, 1025.

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465–490.

Watson, D., Sulz, J., & Haig, J. (2002). Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. *Journal of personality and social psychology*, 83(1), 185.

Weiner, B. A., & Carton, J. S. (2012). Avoidant coping: A mediator of maladaptive perfectionism and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 632-636.

Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 293-308.

Wetterneck, C. T., Steinberg, D. S., & Hart, J. (2014). Experiential avoidance in symptom dimensions of OCD. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78, 253–269.

Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Bieling, P. J. (2011). Perfectionism in anxiety and depression: Comparisons across disorders, relations with symptom severity, and role of comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(1), 66-91.

White, K. S., & Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders*, (2nd ed.). New York: Guilford Press.

White, K. S., Brown, T. A., Somers, T. J., & Barlow, D. H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 147-157.

Whiteside, S. P., & Abramowitz, J. S. (2004). Obsessive-compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 259-268.

Wirtz, P. H., Elsenbruch, S., Emini, L., Rudisuli, K., Groessbauer, S., & Ehlert, U. (2007). Perfectionism and the cortisol response to psychosocial stress in men. *Psychosomatic Medicine*, 69, 249–255.

Wittchen, H. U., Lieb, R., Pfister, H., & Schuster, P. (2000). The waxing and waning of mental disorders: Evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 122-132.

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). *Mental health: fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Wright, K. D., Lebell, M. A. A., & Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 35-42.

Xia, W., Dymond, S., Lloyd, K., & Vervliet, B. (2017). Partial reinforcement of avoidance and resistance to extinction in humans. *Behaviour research and therapy*, 96, 79-89.

Yang, Y. (2020). Aggression and Somatic Symptoms: the Role of Emotion Regulation and Distress Tolerance. *International journal of behavioral medicine*, 27(4), 466-474.

Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., ... & Lu, M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30, E36.

Yıldız, F., & Gündüz, B. (2020). An investigation of the mediator role of emotional regulation in the relationship between cognitive flexibility and psychological symptoms in adolescents. *Journal of Educational Sciences & Psychology*, 10(2), 133-146.

Yook, K., Kim, K., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 623-628.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Zakiei, A., Ghasemi, S. R., Gilan, N. R., Reshadat, S., Sharifi, K., & Mohammadi, O. (2017). Mediator role of experiential avoidance in relationship of perceived stress and alexithymia with mental health. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(5), 335-341.

Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164.

Zuroff, D. C., Mongrain, M., & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*, 130, 489–511.



7 EKLER

EK A BİLGİ TOPLAMA FORMU

1. Yaş: _____ Cinsiyet : _____
2. Eğitim Durumu: () Okur-yazar () Yüksek Okul
() İlkokul () Üniversite
() İlköğretim () Yüksek Lisans
() Lise () Doktora
3. Medeni Durum: _____
4. Meslek : _____
5. Düzenli olarak kullandığınız psikiyatrik ilaç var mı? Varsa belirtiniz.

6. Herhangi bir nörolojik rahatsızlığınız/tedaviniz var mı? Varsa belirtiniz. Evet / Hayır

7. Sürekli olarak bir hastalığınız var mı? Açıklayınız.

8. Geçirdiğiniz önemli rahatsızlık, ameliyatlar vs.. (özellikle nörolojik, psikolojik, psikiyatrik olanlar) tarihleri ile birlikte veriniz.

9. Sigara kullanıyor musunuz? Evet /Hayır

10. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok Kötü ()
11. Son 6 aydır uykunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok Kötü ()
12. Uykunuzda bir değişim varsa azalma ya da artma yönünde mi? Belirtiniz

13. Son 6 aydır iştahınızı nasıl değerlendirirsiniz?
Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok Kötü ()
14. İştahınızda bir değişim varsa azalma ya da artma yönünde mi? Belirtiniz.

EK B ÇOK BOYUTLU YAŞANTISAL KAÇINMA ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadelere ne derecede katıldığınızı değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin üzerine çarpı (X) işareti koyunuz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Kararsızım	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Beni rahatsız edeceğini düşündüğüm bir şeyi yapmam.	1	2	3	4	5	6	7
2	Çok küçük bile olsa, beni incitme ihtimali olan faaliyetlerden kaçınırım.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eğer kendimi köşeye sıkışmış hissedersen ortamı hemen terk ederim.	1	2	3	4	5	6	7
4	Beni rahatsız etmeye başlayan bir durumda kaldığımda, hemen oradan ayrılmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
5	Gergin hissetme ihtimalim olan durumlardan kaçınırım.	1	2	3	4	5	6	7
6	Eğer sihirli bir şekilde bütün acı veren anılarımı silebilseydim, bunu yapardım.	1	2	3	4	5	6	7
7	Mutluluk; hiçbir zaman acı ya da hayal kırıklığı yaşamamak demektir.	1	2	3	4	5	6	7
8	En büyük hedeflerimden biri acı veren duygulardan kurtulmaktır.	1	2	3	4	5	6	7
9	Daha az stresli hissetmek için her şeyi yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
10	Kötü hissetmemek için pek çok şeyden vazgeçebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11	Yapılması gereken ama hoşuma gitmeyen şeyleri erteleme eğilimindeyim.	1	2	3	4	5	6	7
12	Yapmam gereken önemli bir şey olduğunda kendimi onun yerine bir sürü başka şeyi yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
13	Hoşuma gitmeyen işleri olabildiğince ertelemeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
14	Kesinlikle yapmam gerekene kadar bir işi yapmam.	1	2	3	4	5	6	7
15	Karşılaştığım sorunları bir an önce halletmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
16	Olumsuz düşünceler aklıma geldiğinde kafamı başka şeylerle meşgul etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
17	Üzücü hatıralar aklıma geldiğinde başla şeylere odaklanmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
18	Üzüntülü hislerden uzak kalmak için çok çabalarım.	1	2	3	4	5	6	7
19	Tatsız hatıralar aklıma geldiğinde, onları zihnimden çıkarmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
20	Olumsuz bir düşünce aklıma geldiğinde hemen başka bir şey düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21	Başkalarının bana hislerimi bastırıldığını söylediği olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7
22	Ne hissettiğimi bilmek benim için çok zordur.	1	2	3	4	5	6	7
23	Kötü hissettiğimde bunu fark etmem biraz zaman alır.	1	2	3	4	5	6	7
24	Duygularımdan kopuk olduğumu hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7

25	Başkalarının bana sorunlarımın farkında olmadığını söylediği olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7
26	Rahatsız hissettiğim zaman bile değer verdiğim şeyler için uğraşmaktan vazgeçmem.	1	2	3	4	5	6	7
27	Acı çekiyorken bile yapılması gerekenleri yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
28	Acı ve rahatsızlığın istediğim şeyi almamı engellemesine izin vermem.	1	2	3	4	5	6	7
29	İç karartıcı düşüncelerin istediğimi yapmama engel olmasına izin vermem.	1	2	3	4	5	6	7
30	Önemli bir şey üzerinde çalışırken işler zorlaşsa bile vazgeçmem.	1	2	3	4	5	6	7



EK C BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ

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

EK D APS-R MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖLÇEĞİ

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Bir Fikrim Yok	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.İşyerindeki ya da okuldaki performansıma ilişkin standartlarım yüksektir.							
2. Düzenli bir insanım.							
3. Hedeflerime ulaşamadığım için çoğu kez hayal kırıklığı yaşıyorum.							
4. Tertip(düzen) benim için önemlidir.							
5. Eğer kendinizden daha fazlasını beklemezseniz asla başarılı olamazsınız.							
6. En iyi yaptığım şeyler bile hiçbir zaman bana yeterli görünmez.							
7. Her eşya yerli yerine konmalıdır.							
8. Kendimden beklentilerim yüksektir.							
9. Yüksek standartlarıma nadiren ulaşıyorum.							
10. Her zaman düzenli ve disiplinli olmayı isterim.							
11. Elimden gelenin en iyisini yapmam benim için asla yeterli değildir.							
12. Kendim için çok yüksek standartlar koyarım.							
13. Başarılarımdan asla tatmin olmam.							
14. Kendimden en iyisini beklerim							
15. Beklentilerimi karşılayamama düşüncesi çoğu kez beni endişelendirir.							
16. Gösterdiğim performansla nadiren standartlarıma ulaşıyorum.							
17. Yapabildiğimin en iyisini yaptığımı bilsem bile tatmin olmam.							
18. Yaptığım her şeyin en iyisini yapmaya çalışırım.							
19. Performansım için koyduğum yüksek standartları nadiren karşılayabilirim.							
20. Performansımdan neredeyse hiç tatmin olmam							
21. Yaptığım şeyin yeterince iyi olduğunu nadiren düşünürüm.							
22. Mükemmeliyeti (mükemmeli) elde etmek için çok fazla çabalama ihtiyacı hissederim.							
23. Bir işi tamamladığımda genellikle hayal kırıklığı duyarım, çünkü daha iyisini yapabileceğimi bilirim.							

EK E KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin **BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz. Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç 1. Çok az 2. Orta derecede 3. Oldukça fazla 4. Çok fazla

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç				Çok fazla
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	①	②	③	④	⑤
2.Baygınlık, baş dönmesi	①	②	③	④	⑤
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	①	②	③	④	⑤
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	①	②	③	④	⑤
5.Olayları hatırlamada güçlük	①	②	③	④	⑤
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	①	②	③	④	⑤
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	①	②	③	④	⑤
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	①	②	③	④	⑤
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	①	②	③	④	⑤
10.İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	①	②	③	④	⑤
11.İştahta bozukluklar	①	②	③	④	⑤
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	①	②	③	④	⑤
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	①	②	③	④	⑤
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	①	②	③	④	⑤
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	①	②	③	④	⑤
16.Yalnızlık hissetmek	①	②	③	④	⑤
17.Hüzünlü, kederli hissetmek	①	②	③	④	⑤
18.Hiçbirşeye ilgi duymamak	①	②	③	④	⑤
19.Ağlamaklı hissetmek	①	②	③	④	⑤
20.Kolayca incinebilme, kırılmak	①	②	③	④	⑤
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	①	②	③	④	⑤
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	①	②	③	④	⑤
23.Mide bozukluğu, bulantı	①	②	③	④	⑤
24.Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu	①	②	③	④	⑤
25.Uykuya dalmada güçlük	①	②	③	④	⑤
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	①	②	③	④	⑤

27.Karar vermede güçlükler	①	②	③	④
28.Otobüs,tren,metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	①	②	③	④
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak	①	②	③	④
30.Sıcak, soğuk basmaları	①	②	③	④
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	①	②	③	④
32.Kafanızın bomboş kalması	①	②	③	④
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	①	②	③	④
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	①	②	③	④
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	①	②	③	④
36.Konsantrasyonda(dikkati birşey üzerine toplama) güçlük	①	②	③	④
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık,güçsüzlük hissi	①	②	③	④
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	①	②	③	④
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	①	②	③	④
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	①	②	③	④
41.Birşeyleri kırma, dökme isteği	①	②	③	④
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışma	①	②	③	④
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	①	②	③	④
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	①	②	③	④
45.Dehşet ve panik nöbetleri	①	②	③	④
46.Sık sık tartışmaya girmek	①	②	③	④
47.Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	①	②	③	④
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	①	②	③	④
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	①	②	③	④
50.Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	①	②	③	④
51.Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	①	②	③	④
52.Suçluluk duyguları	①	②	③	④
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	①	②	③	④

EK F KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/60-237-547

04.10.2021

Sayın Prof. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Psikiyatrik Belirtiler ile Mükemmeliyetçilik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkide Deneyimsel Kaçınmanın Aracı Rolü** başlıklı OMÜ KAEK 2020/ 52 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 13.02.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.



8 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gizem GERDAN

ORCID Numarası : 0000-0001-6066-7059

Öğrenim Durumu

2005 - 2009 İzmir Ekonomi Üniversitesi- Endüstriyel Tasarım
2010 - 2014 Lisans: Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Psikoloji Bölümü
2014 – 2017 Yüksek Lisans: Ondokuz Mayıs Üniversitesi – Psikoloji

Görevler

2015 – halen: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Samsun, Araştırma Görevlisi

2015- halen: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi Nöromodülasyon Merkezi, Pre op-Post op Nöropsikolojik Değerlendirme

2016- Haziran-Ağustos: İzmir Ekonomi Üniversitesi, Beyin ve Davranış Laboratuvarı, İzmir (3 aylık görevlendirme)

2019-halen: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Psikoloji Uygulama ve Araştırma Merkezi, Psikoterapist

Yayın Listesi:

Uluslararası Yayınlar (SCI, SCI-E, SSCI, ESCI ve AHCI kapsamındaki dergiler)

1. **Gerdan, G.,** & Kurt, M. (2020). Response inhibition according to the stimulus and food type in exogenous obesity. *Appetite*, 104651. doi: 10.1016/j.appet.2020.104651
2. Aral, A., Say, G.N., **Gerdan, G.,** Usta, M.B., Aral, A.E. (2020). Impulsivity, Hopelessness, and Neuropsychological Test Performances among Depressed Adolescent Suicide Attempters. *Archives of Neuropsychiatry*. doi: 10.29399/npa.24776
3. Özdin, S., Usta, M.B., **Gerdan, G.,** Karabekiroğlu, A. (2020). Bariatrik cerrahiye başvuran morbid obez bireylerde depresif belirtiler ve kısıtlama davranışı arasında endişenin aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*, 24(1). doi: 10.5505/kpd.2020.15986

Uluslararası Alan İndeksli Yayınlar

1. **Gerdan, G., & Kurt, M.** (2020). Eksojen obezitede yönetici işlevler ve yeme stili arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yeni Symposium*, 58 (1), 6-10. doi: 10.5455/NYS.20200211104530

Ulusal Makaleler (TÜBİTAK-ULAKBİM ulusal veri tabanlarında taranan yurt içi hakemli dergiler)

1. **Gerdan, G., & Kurt, M.** (2020). Üniversite Öğrencilerinde Somatik Belirtiler, Bağlanma Stilleri ve Suçluluk Utanç Duyguları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 383-393. doi: 10.18506/anemon.623369

Türkçe Kitap ve Bölüm yazarlığı (çeviriler)

1. King, L.A. (2020). Terapiler. *The Science of Psychology: An Appreciative View* (4th edition) (Çev., **G. Gerdan**; Eds, M. İnöz, M, Kurt, A. Öztürk, Eds., Ankara: Palme Yayınevi. (Orijinal yayın tarihi 2017)
2. **Gerdan, G., & Kurt, M.** (2020). Obezitenin Geleceği: Nöropsikoloji Perspektifinden Obezite. *Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım*. içinde. (Eds, Coskun, A. & Yalçın Kehribar, D. (2020). Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Ulusal/Uluslararası Bildiri Listesi:

Uluslararası Bildiriler (Uluslararası Kongre veya Sempozyumlarda sunulan ve kongre/sempozyum kitabında sunulan)

1. **Gerdan, G. & Usta, M.B.** (2021). Sosyal Medya ile Kilo Vermek: Obezite Tedavisinde Bir Araç Olarak Beğeni ve Takip, 5. *Uluslararası Beslenme Obezite ve Toplum Sağlığı Kongresi*, 19-20 Mayıs 2021, İstanbul (Online), Tam Metin Sözel Sunum, s:476-486.
2. **Gerdan, G. & Demirtaş, E.** (2021). Examination of the Relationship Between Anxiety Sensitivity, Experiential Avoidance and Stress-Related Immune Symptoms, *2nd International Congress on Medical Sciences and Multidisciplinary Approaches*, 10-11 Temmuz 2021, İstanbul (Online), Full Text Oral Presentation, p: 199-207.
3. **Gerdan, G., Emiroğlu Bakay, B., & Üçok, A.** (2021). Smoking in Schizophrenia Patients: Positive-Negative Symptoms and Quality of Life, *2nd International Congress on Medical Sciences and Multidisciplinary Approaches*, 10-11 Temmuz 2021, İstanbul (Online), Full Text Oral Presentation, p: 348-355.

Ulusal Bildiriler (Ulusal Kongre veya Sempozyumlarda sunulan ve kongre/sempozyum kitabında sunulan)

1. **Gerdan, G. & Kurt, M.** (2018). Obezitede Uyarıcı Türüne göre Tepki Kontrolü ve Dürtüsellik. 20. *Ulusal Psikoloji Kongresi*, 15-17 Kasım 2018, Ankara (Sözel Bildiri) p: 157-158.

2. Kurt, M., Demirtaş, E., & **Gerdan, G.** (2019). Pasat ve Şifre Testi'nin Bilgi İşleme Hızı, Dikkat ve Çalışma Belleğini Ölçen Nöropsikolojik Testlerle İlişkisinin İncelenmesi, 4. *Multiple Sklerozda Kognisyon Sempozyumu*, 9-10 Kasım 2019, İzmir (Sözel Bildiri), s:179.

