

Aleksitimisi Olan Bireylerde Üstbilişsel İnanışlar

Zekiye ÇELİKBAŞ¹, Sedat BATMAZ², Ufuk BAL³, Esmâ Akpınar ASLAN²

¹Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tokat, Türkiye

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

³Seyhan Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Adana, Türkiye

Öz

Bu çalışmada aleksitimisi olan ve olmayan bireylerde üstbilişsel inanışlar arasındaki farkların belirlenmesi, aleksitimi ile üstbilişsel inanışlar arasındaki ilişkinin saptanması ve aleksitimisi olan bireylerde üstbilişsel inanışların yordayıcı rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya DSM-5'e göre depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu veya bedensel belirti bozukluğu tanılı ve tedaviyle remisyon döneminde olan hastalar veya herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almayan kişiler olmak üzere toplamda 160 katılımcı alınmıştır. Ölçüm aracı olarak sosyodemografik ve klinik veri toplama formu, Üst Bilişler Ölçeği-30, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Aleksitimisi olan bireylerin tüm aleksitimi alt ölçekler açısından aleksitimisi olmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Ayrıca duyguları söze dökme güçlüğü ile bilişsel güven ve bilişsel farkındalık; aleksitimi ile olumlu inanışlar ve kontrol edilemezlik ve tehlike inanışları arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Duyguları tanıma güçlüğü kontrol edilemezlik ve tehlike inanışlarının, duyguları söze dökme güçlüğü bilişsel farkındalığın, dışa dönük düşünmeyi olumlu inanışların, genel olarak aleksitimiye ise kontrol edilemezlik ve tehlike inanışları ile bilişsel farkındalığın yordayabildiği gösterilmiştir. Bu çalışma aleksitimisi olan bireylerde üstbilişsel inanışların arttığını, aleksitiminin farklı boyutlarının farklı üstbilişsel inanışlarla ilişkili olduğunu ve farklı üstbilişsel inanışlarca yordanabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar metakognitif kurama dair birikimin ve metakognitif terapinin aleksitimisi olan bireyleri daha iyi anlamak için kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aleksitimi, metakognitif terapi, üstbilişsel inanışlar

Abstract

Metacognitive Beliefs in Alexithymic Individuals

We aimed to determine the differences between metacognitive beliefs in individuals with and without alexithymia, and to identify the relationship between alexithymia and metacognitive beliefs, and the predictive role of metacognitive beliefs in individuals with alexithymia. The study included a total of 160 participants who were diagnosed with depressive disorder, anxiety disorder or somatoform disorder in remission according to DSM-5, or who were not diagnosed with any psychiatric disorders. Sociodemographic and clinical data collection form, Metacognitive Questionnaire-30, Toronto Alexithymia Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale were used. Individuals with alexithymia scored higher in terms of all alexithymia subscales than those without alexithymia. There was a relationship between difficulty in describing feelings and cognitive confidence, cognitive self-consciousness; and between alexithymia and positive beliefs about worry, negative beliefs about uncontrollability. Difficulty in identifying feelings was predictive of negative beliefs about uncontrollability and danger; difficulty in describing feelings was predictive of cognitive self-consciousness; externally-oriented thinking was predictive of positive beliefs about worry; and negative beliefs about uncontrollability and danger and cognitive self-consciousness were predictive of alexithymia. This study demonstrated that metacognitive beliefs increased in alexithymia, specific alexithymia dimensions were related with specific metacognitive beliefs, and that they might be predicted by specific metacognitive beliefs. These results suggest that metacognitive therapy might be used to better conceptualize individuals with alexithymia.

Keywords: Alexithymia, metacognitive beliefs, metacognitive therapy

Correspondence / Yazışma:

Sedat BATMAZ

Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

Tel: +90 356 214 94 44 - 1290

E-mail: sedat.batmaz@gop.edu.tr

Received / Geliş: February 17, 2018

Accepted / Kabul: May 24, 2018

©2018 JCBPR. All rights reserved.

GİRİŞ

Aleksitimi kavramı (a=eksiklik; lexis=sözcük; thymos=duygu; duygular için sözcük eksikliği) ilk olarak 1972'de Sifneos tarafından literatüre kazandırılmıştır. Aleksitimi, düşlem ve fantezi yaşamındaki kısıtlılık; duygu, düşünce ve fizyolojik tepkileri ayırt etmedeki yetersizlik ve duyguları tanıma ve ifade etmedeki güçlükler olarak tanımlanmaktadır (Messina, 2014; Tosun, 2008).

Üstbiliş, kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini yönlendirebilmesini içeren, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı olarak tanımlanabilir (Tosun, 2008).

Metakognitif terapi üstbilişlere odaklanan, kanıta dayalı, en az geleneksel bilişsel davranışçı terapi (BDT) kadar etkin olduğu gösterilmiş, zaman sınırlı, bozukluğa özgü veya transdiagnostik bir yaklaşıma fırsat tanıyan, kendine has birtakım müdahale teknikleri olan ve mevcut haliyle farklı ruhsal hastalıklar, yaş grupları ve ortamlarda uygulanabilen, geliştirilmeye açık bir psikoterapi yöntemidir (Batmaz, 2015; Wells, 2011).

Metakognitif terapinin psikopatolojiyi açıklamak için kullandığı bilişsel dikkat sendromu (BDS) ruminasyon ve endişe gibi yineleyici olumsuz düşünme biçimi, aşırı ve değişime dirençli kendine odaklanmış dikkat süreçleri, her tür tehdit ya da tehlikeye dair ipuçlarına yönelik dikkat yanlılığı ve düşünceleri bastırmaya çalışma, yaşantısal ve davranışsal kaçınma veya madde kullanma gibi işlevsel olmayan başa çıkma yaklaşımları ile karakterizedir. BDS'nin devreye girmesinin ve sürmesinin altında olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışlar yatmaktadır. Olumlu üstbilişsel inanışlar yineleyici olumsuz düşünme, tehlikeye odaklanma tarzındaki dikkat yanlılıkları ve uyuma dönük olmayan başa çıkma davranışlarının yararlı olduğuna ilişkin inanışları kapsamaktadır. Olumsuz üstbilişsel inanışlar ise bilişsel süreçlerin kontrol edilemez veya tehlikeli olduğuna veya bu süreçler nedeniyle kişilerarası ilişkilerin olumsuz etkilenebileceğine dair inanışlardan oluşur (Wells, 2011; Yılmaz, 2016).

Aleksitiminin psikopatolojinin gelişimi ve devamında yer alan mekanizmalar üzerindeki rolü, giderek ilgi çeken bir araştırma konusu haline gelmektedir. Özellikle psikosomatik hastalıklar ve duygulanım bozuklukları gibi duygu düzenleme bakımından temel sorunların görüldüğü olgularda, aleksitimik özellikler önemli risk faktörlerinden biri olarak dikkati çekmektedir (Cameron, Ogrodniczuk, & Hadjipavlou, 2014; Motan, 2007). Öte yandan üstbilişsel

inanışlar da içsel duygu ve düşüncelerin düzenlenmesinin bozulmasına neden olabilir. Nitekim daha önce yapılmış bir çalışmada üstbilişler ve aleksitimi arasında pozitif bir korrelasyon olduğu gösterilmiştir (Babaei, Ranjbar Varandi, Hatami, & Gharechahi, 2015). Madde bağımlılığı olan kişilerde yapılan bir diğer çalışmada, üstbilişsel inanışların işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerini ortaya çıkardıkları ve aleksitimisi olan bireylerde olduğu gibi etkili olmayan duygusal ve davranışsal tepkilere sebep olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada aleksitiminin en iyi yordayıcısı bilişsel farkındalık olarak bulunmuştur (Babaei, Gharechahi, Hatami, & Ranjbar Varandi, 2015). Gastrointestinal bozukluklarda üstbilişsel inanışları araştıran başka bir çalışmada ise irritabl bağırsak sendromu olan grupta bilişsel güven ile duygularını tanımada güçlük arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanırken düşünceleri kontrol ihtiyacı ile ters yönde bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca dışa dönük düşünme ve düşünceleri kontrol ihtiyacı arasında da ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. Crohn Hastalığı olan grupta duyguları tanımada güçlük ile bilişsel güven ve kontrol edilemezlik ve tehlike arasında da pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (Quattropani, 2014). Özetlenen bu çalışma bulguları, üstbilişlerin özellikle aleksitimisi olan kişilerin olumsuz düşünce ve duygulara verdiği yanıtları etkileyen önemli bir değişken olabileceğine işaret etmektedir. Ancak gene önceki çalışmaların sonuçlardan da görüldüğü üzere, üstbilişler ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırmalar tutarlı sonuçlar göstermemektedir. Dolayısıyla aynı konuyu inceleyen daha fazla araştırma sonucuna ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca aleksitimi gibi transdiagnostik bir sürecin farklı kültürlerde duygularla kurulan ilişkiyi de farklı şekillerde etkileyebileceği göz önünde bulundurulursa, üstbilişsel inanışlardan da farklı olarak etkilenebileceği öngörülebilir. Türk toplumu özelinde de aleksitimi ve üstbilişler arasındaki bu ilişki henüz araştırılmış değildir.

Bu çalışmada aleksitimisi olan ve olmayan bireylerde üstbilişsel inanışlar arasındaki farkların belirlenmesi, aleksitimi ile üstbilişsel inanışlar arasındaki ilişkinin saptanması ve aleksitimisi olan bireylerde üstbilişsel inanışların yordayıcı rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın varsayımları (1) aleksitimisi olan bireylerde olumsuz üstbilişsel inanışların daha sık görüleceği, (2) aleksitiminin alt boyutlarının farklı üstbilişsel inanışlarla ilişkili olacağı ve (3) aleksitimi alt boyutlarını yordamak için farklı üstbilişsel inanışların devreye gireceğidir. Bu çalışmanın sonuçlarının da metakognitif terapi bağlamında aleksitimisi olan bireylere uygulanacak psikoterapötik yaklaşımların geliştirilmesinde yardımcı olabileceğine inanılmaktadır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Araştırmaya Şubat 2018-Mart 2018 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ayaktan başvuran 18–65 yaş arasında, DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) göre şizofreni, bipolar duygulanım bozukluğu, bunama, organik kökenli ruhsal rahatsızlık, mental retardasyon tanısı olmayan, tıbbi açıdan stabil olmayan bir rahatsızlık göstermeyen, gebelik ya da emzirme döneminde olmayan, depresif bozukluk ($n=34$, %21,3), anksiyete bozukluğu ($n=49$, %30,6) veya bedensel belirti bozukluğu ($n=11$, %6,8) tanılı ve tedaviyle remisyon döneminde olan hastalar veya herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almayan kişiler ($n=66$, %41,3) olmak üzere toplamda 160 katılımcı alınmıştır. Çalışmada aleksitimisi olan ve olmayan katılımcılar birbirleriyle kıyaslanmıştır. Bu nedenle ek olarak bir kontrol grubuna ihtiyaç duyulmamıştır.

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu: Hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum), madde kullanımı durumları, aldıkları tanı (psikiyatrik rahatsızlıklar ve kişilik bozukluklarının varlığı), eşlik eden tıbbi rahatsızlıkların varlığı, ailede psikiyatrik rahatsızlık varlığını sorgulamak için kullanılan form olup araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

Üst Bilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ) (Wells & Cartwright-Hatton, 2004): Her biri altı maddeden oluşan beş alt boyuttan (olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık, düşünceleri kontrol ihtiyacı), dördü Likert değerlendirmesine dayalı (1=kesinlikle katılmıyorum, 4=kesinlikle katılıyorum) bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 30 ile 120 arasındadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe patolojik türdeki üstbilişsel inanışların arttığını gösterir. Olumlu inanışlar (ÜBÖ Oİ) alt ölçeği, endişelenmenin sorunlara öncesinden hazırlıklı olma, gelecekteki olası sorunlar için plan yapma ya da karşılaşılan problemleri çözmeye yardımcı olduğuna ve arzu edilir bir kişilik özelliği olarak değerlendirildiğine dair inanışları içerir. Kontrol edilemezlik ve tehlike (ÜBÖ KET) alt ölçeği, kişinin işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol altında tutması gerektiğine ve endişenin

kontrol edilemeyeceğine dair inanışları içerir. Bilişsel güven (ÜBÖ BG) alt ölçeği kişinin kendi bellek ve dikkat süreçlerine güveninin olmaması ile ilgilidir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı (ÜBÖ DKİ) alt ölçeği, batıl inanç, cezalandırılma ve sorumluluk temalarını içeren olumsuz inanışları kontrol altında tutmanın gerekli olduğuna ve eğer kontrol edilmezlerse ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlardan kişinin kendisinin sorumlu olduğuna ve bu yüzden cezalandırılabilmesine dairdir. Bilişsel farkındalık (ÜBÖ BF) alt ölçeği ise kişinin kendi düşünce süreçleriyle sürekli meşgul olmasını ifade eder (Tosun, 2008).

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) (Taylor, Bagby, & Parker, 2003): Kişinin kendi duygularını tanıyamaması olarak tanımlanan aleksitimiye değerlendirmede kullanılan, yirmi maddeden oluşan, 1–5 arası puanlanan (1=hiçbir zaman, 5=her zaman), likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ DTG), duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ DSDG), dışadönük düşünme (TAÖ DDD) alt ölçeklerinden oluşur. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Bu araştırmada da kullanılan Türkçe versiyonunda saf aleksitimik bireyleri tespit etmek için kesme puanı 59 alınmaktadır (Güleç, 2010).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) (Zigmond & Snaith, 1983): HADÖ bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak üzere hazırlanmış, on dört maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Birinci faktörde anksiyete belirtilerinin, ikinci faktörde depresyon belirtilerinin yer aldığı iki alt ölçekten oluşur. Türkçe versiyonunda kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır (Aydemir, 1997).

İstatistiksel Analiz

Çalışma öncesinde gerekli örneklem büyüklüğünü saptamak için yapılan analizler iki grup arasındaki ortalama farkını orta etki büyüklüğü ile saptamak için %5 tip I hataya izin veren, %80 istatistiksel güce sahip bir araştırmada 102 katılımcıya (grup başına 51 katılımcı) ihtiyaç duyulduğunu gösterdi. Benzer şekilde regresyon analizleri için gerekli katılımcı sayısı hesaplanırken orta etki büyüklüğü ile %5 tip I hataya izin veren ve toplamda on beş, asıl prediktör olarak beş değişkenin dahil edildiği modeller için en az 92 katılımcı gerektiğini gösterdi. Bu nedenle çalışmaya 150–200 arası katılımcının alınması planlandı. İstatistiksel gücün hesaplanması için gerekli bu analizler G*Power 3.1.9.2 yazılımı ile gerçekleştirildi

(Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). Diğer tüm analizler için IBM SPSS versiyon 22 yazılımı kullanıldı (IBM Corporation, 2013). Katılımcılar TAÖ kesme puanına göre aleksitimisi olan ve olmayan bireyler olarak iki gruba ayrıldı. Grupların ve tüm katılımcıların demografik ve klinik verileri için tanımlayıcı istatistiklerden faydalandı. Grup karşılaştırmaları için bağımsız gruplar *t* testi veya ki-kare testi kullanıldı. Aleksitimisi olan bireylerde değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korrelasyon analizleri ve HADÖ depresyon puanlarının kontrol edildiği parsiyel korrelasyon analizleri yapıldı. TAÖ toplam ve alt ölçek skorlarını yordayabilmek için demografik ve klinik değişkenlerin ilk basamakta kontrol edildiği, ikinci basamakta ise üstbilişsel inanışların girildiği hiyerarşik doğrusal regresyon analizleri yapıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

İşlem

Bütün görüşmeler katılımcıların kendi başvuruları ile geldiği psikiyatri polikliniğinde görevli hekim ile yüz yüze gerçekleştirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden olağan değerlendirme ve tedavi görüşmelerinin ardından öz bildirim ölçeklerini doldurmaları istendi. Bu ölçeklerin doldurulması ortalama 15–20 dakika sürdü. Katılımcılara herhangi bir teşvikte bulunulmadı. Çalışmaya katılmayı reddeden, ölçekleri tam doldurmayan veya ölçekleri doldurmaya başladıktan sonra araştırmaya katılmayı reddeden katılımcıların sayısı kayıt altına alınmadı.

Etik Kurul Onayı

Araştırma için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmada aleksitimisi olan bireylerin %73,3'ü kadındı, %31,1'i evliydi, yaş ortalamaları $28,09 \pm 11,33$ yılı. Aleksitimisi olan ve olmayan bireylerin arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi, ek tıbbi hastalık varlığı, madde kullanımı, kişilik bozukluğu ek tanısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Demografik verilerin dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Grup Karşılaştırmaları

Aleksitimisi olan ve olmayan bireyler HADÖ puanları açısından karşılaştırıldığında anksiyete alt ölçeğinde gruplar

arasında fark saptanmamıştır, depresyon alt ölçeğinde ise aleksitimisi olan bireylerin daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (orta etki büyüklüğü). Üstbilişsel inanışlar açısından karşılaştırma yapıldığında aleksitimisi olan bireylerin tüm alt ölçekler açısından aleksitimisi olmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (ÜBÖ Oİ için küçük, ÜBÖ KET, ÜBÖ BG ve ÜBÖ BF için orta, ÜBÖ DKİ için büyük etki büyüklüğü). TAÖ toplam ve alt ölçek puanları da beklendiği üzere aleksitimisi olan bireylerde daha yüksek çıkmıştır (hepsi için büyük etki büyüklüğü). Bu sonuçlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Aleksitimi ile Üstbilişsel İnanışlar Arasındaki İlişki

Aleksitimisi olan bireylerde TAÖ'nün DTG ve DDD alt ölçekleri ile ÜBÖ alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. TAÖ DSDG ile ÜBÖ BG ve ÜBÖ BF alt ölçekleri ve TAÖ toplam ile ÜBÖ Oİ ve ÜBÖ KET alt ölçekleri arasında pozitif yönlü orta büyüklükte ilişki olduğu görülmüştür. Bu ilişkiler HADÖ depresyon puanları kontrol edildiğinde de aynı şekilde korunmuştur. Bu sonuçlar Tablo 2'de özetlenmiştir.

Üstbilişsel İnanışların Aleksitimiye Yordayıcı Rolü

Aleksitimi toplam ve alt ölçek skorlarını yordayabilmek için demografik ve klinik değişkenlerin ilk basamakta kontrol edildiği, ikinci basamakta üstbilişsel inanışların girildiği hiyerarşik lineer regresyon analizleri yapıldığında oluşturulan modelin tahmin gücü sırasıyla TAÖ DTG için %25, TAÖ DSDG için %18, TAÖ DDD için %12, TAÖ toplam için %28 bulunmuştur. TAÖ DTG puanını yordamada ÜBÖ KET puanı, TAÖ DSDG puanını yordamada ÜBÖ BF puanı, TAÖ DDD puanını yordamada ÜBÖ Oİ puanı ve TAÖ toplam puanını yordamada ise ÜBÖ KET ve ÜBÖ BF puanları anlamlı düzeyde etki göstermiştir. Bu sonuçlar Tablo 3'te özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada aleksitimisi olan ve olmayan bireylerde üstbilişsel inanışlar arasındaki farkların belirlenmesi, aleksitimi ile üstbilişsel inanışlar arasındaki ilişkinin saptanması ve aleksitimisi olan bireylerde üstbilişsel inanışların yordayıcı rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Sonuç olarak aleksitimisi olan bireylerin tüm aleksitimi alt ölçekler açısından aleksitimisi olmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Ayrıca duyguları söze dökme güçlüğü ile bilişsel güven ve bilişsel farkındalık ve aleksitimi ile

Tablo 1: Demografik ve klinik verilerin dağılımı ve grup karşılaştırmaları

	Tüm Bireyler (n=160)	Aleksitimik Bireyler (n=45)	Aleksitimik Olmayan Bireyler (n=115)	t (158)/ χ^2 (1)	EB (Cohen d)	p değeri
Yaş (yıl)	30,06 (11,42)	28,09 (11,33)	30,83 (11,41)	-1,37	-	0,173
Cinsiyet, Kadın	115 (71,9)	33 (73,3)	82 (71,3)	0,07	-	0,797
Medenî Durum, Evli	62 (38,8)	14 (31,1)	48 (41,7)	1,54	-	0,215
Eğitim Süresi (yıl)	12,56 (3,00)	12,02 (2,97)	12,77 (3,00)	-1,41	-	0,160
Ek Tıbbi Hastalık, Var	36 (22,5)	8 (17,8)	28 (24,3)	0,80	-	0,371
MK, Var	73 (45,6)	19 (42,2)	54 (47,0)	0,29	-	0,589
KB, Var	27 (16,9)	11 (24,4)	16 (13,9)	2,56	-	0,110
Ailede Psikiyatrik Hastalık, Var	57 (35,6)	16 (35,6)	41 (35,7)	0,00	-	0,991
HADÖ Anksiyete	14,36 (2,25)	14,67 (2,27)	14,23 (2,24)	1,09	-	0,276
HADÖ Depresyon	14,28 (3,23)	15,71 (3,15)	13,72 (3,09)	3,64	0,64	<0,001
ÜBÖ Oİ	11,89 (3,41)	12,96 (3,56)	11,47 (3,26)	2,52	0,44	0,013
ÜBÖ KET	14,04 (3,99)	16,07 (2,96)	13,25 (4,08)	4,22	0,79	<0,001
ÜBÖ BG	12,27 (3,73)	13,58 (3,67)	11,76 (3,64)	2,84	0,50	0,005
ÜBÖ DKİ	14,19 (3,86)	16,24 (3,38)	13,39 (3,75)	4,45	0,80	<0,001
ÜBÖ BF	14,16 (3,05)	15,56 (3,00)	13,62 (2,90)	3,76	0,66	<0,001
TAÖ DTG	16,85 (4,96)	21,89 (4,36)	14,88 (3,62)	10,39	1,75	<0,001
TAÖ DSDG	14,03 (2,96)	16,49 (2,39)	13,06 (2,58)	7,70	1,40	<0,001
TAÖ DDD	23,58 (4,08)	25,82 (3,97)	22,70 (3,78)	4,63	0,80	<0,001
TAÖ Toplam	54,58 (8,15)	64,42 (4,82)	50,72 (5,51)	14,62	2,65	<0,001

Veriler ortalama (standart sapma) veya sayı (yüzde) olarak verilmiştir. **EB:** Etki büyüklüğü, **MK:** Madde kullanımı, **KB:** Kişilik bozukluğu, **HADÖ:** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, **ÜBÖ:** Üstbilişler Ölçeği-30, **Oİ:** Olumlu İnanışlar, **KET:** Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, **BG:** Bilişsel Güven, **BF:** Bilişsel Farkındalık, **DKİ:** Düşünceleri Kontrol İhtiyacı, **TAÖ:** Toronto Aleksitimi Ölçeği, **DTG:** Duyguları Tanımda Güçlük, **DSDG:** Duyguları Söze Dökmede Güçlük, **DDD:** Dışa Dönük Düşünme

Tablo 2: Üstbilişsel inanışlar ve aleksitimi arasındaki korrelasyon ilişkisi

	TAÖ DTG		TAÖ DSDG		TAÖ DDD		TAÖ Toplam	
	r	r _p	r	r _p	r	r _p	r	r _p
ÜBÖ Oİ	-0,20	-0,01	0,26	0,29	0,29	0,25	0,30*	0,31*
ÜBÖ KET	0,14	0,13	0,26	0,25	0,06	0,17	0,33*	0,36*
ÜBÖ BG	-0,13	-0,13	0,33*	0,33*	-0,04	-0,04	-0,02	-0,02
ÜBÖ DKİ	0,25	0,25	0,07	0,05	-0,01	0,03	0,18	0,18
ÜBÖ BF	0,07	0,08	0,35*	0,38*	0,16	0,11	0,27	0,28

Parsiyel korrelasyonlar HADÖ Depresyon puanları eşdeğişken alınarak hesaplanmıştır. * p<0,05, ** p<0,01. **HADÖ:** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, **ÜBÖ:** Üstbilişler Ölçeği-30, **Oİ:** Olumlu İnanışlar, **KET:** Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, **BG:** Bilişsel Güven, **BF:** Bilişsel Farkındalık, **DKİ:** Düşünceleri Kontrol İhtiyacı, **TAÖ:** Toronto Aleksitimi Ölçeği, **DTG:** Duyguları Tanımda Güçlük, **DSDG:** Duyguları Söze Dökmede Güçlük, **DDD:** Dışa Dönük Düşünme

Tablo 3: Hiyerarşik doğrusal regresyon analizlerinin son basamakları

	TAÖ DTG ^a				TAÖ DSDG ^b				TAÖ DDD ^c				TAÖ Toplam ^d			
	B	SE	β	t	B	SE	β	t	B	SE	β	t	B	SE	β	t
Sabit	8,78	5,87		1,50	3,59	3,66		0,98	16,47	5,22		3,15**	24,46	9,44		2,59*
Yaş	-0,02	0,04	-0,05	-0,56	0,05	0,03	0,18	1,79	0,08	0,04	0,22	2,16*	0,10	0,07	0,15	1,59
Cinsiyet	-1,41	0,83	-0,13	-1,70	-0,79	0,52	-0,12	-1,52	-1,04	0,74	-0,12	-1,41	-3,15	1,33	-0,18	-2,37*
Medeni Durum	-1,37	0,95	-0,14	-1,44	-1,54	0,59	-0,25	-2,60*	-1,06	0,85	-0,13	-1,26	-4,19	1,53	-0,25	-2,74**
Eğitim Süresi	-0,33	0,16	-0,20	-2,12*	-0,03	0,10	-0,03	-0,28	0,16	0,14	0,12	1,19	-0,11	0,25	-0,04	-0,45
MK	-0,85	0,83	-0,09	-1,02	-0,41	0,52	-0,07	-0,80	-0,72	0,74	-0,09	-0,97	-1,85	1,33	-0,11	-1,39
KB	0,61	0,98	0,05	0,63	0,65	0,61	0,08	1,06	-1,08	0,87	-0,10	-1,24	0,40	1,57	0,02	0,25
Ek Tıbbi Hastalık	1,57	0,88	0,13	1,79	0,88	0,55	0,12	1,60	-0,15	0,78	-0,02	-0,19	2,22	1,41	0,11	1,57
Ailede Psikiyatrik Hastalık	-0,22	0,76	-0,02	-0,29	0,03	0,48	0,01	0,07	0,24	0,68	0,03	0,36	0,29	1,23	0,02	0,23
HADÖ Anksiyete	0,08	0,18	0,04	0,44	0,03	0,11	0,03	0,29	0,33	0,16	0,18	2,01*	0,64	0,29	0,18	2,18*
HADÖ Depresyon	0,25	0,15	0,16	1,62	0,20	0,10	0,22	2,11*	-0,27	0,14	-0,22	-2,00*	0,24	0,25	0,09	0,96
ÜBÖ Oİ	0,01	0,12	0,01	0,07	0,06	0,07	0,07	0,84	0,22	0,10	0,18	2,10*	0,26	0,19	0,11	1,36
ÜBÖ KET	0,26	0,13	0,21	2,00*	0,06	0,08	0,08	0,76	0,13	0,12	0,13	1,16	0,50	0,21	0,25	2,42*
ÜBÖ BG	-0,15	0,12	-0,11	-1,26	0,06	0,07	0,07	0,74	-0,10	0,11	-0,10	-0,94	-0,20	0,19	-0,09	-1,04
ÜBÖ DKİ	0,17	0,13	0,14	1,31	-0,06	0,08	-0,07	-0,66	-0,02	0,12	-0,02	-0,16	0,04	0,21	0,02	0,18
ÜBÖ BF	0,28	0,15	0,17	1,81	0,29	0,10	0,30	2,99**	0,26	0,14	0,19	1,87	0,78	0,25	0,29	3,16**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$. ^a $R^2 = 0,32$, Adj $R^2 = 0,25$, $F(15, 144) = 4,44$, $p < 0,001$; ^b $R^2 = 0,25$, Adj $R^2 = 0,18$, $F(15, 144) = 3,52$, $p < 0,001$; ^c $R^2 = 0,20$, Adj $R^2 = 0,12$, $F(15, 144) = 2,38$, $p = 0,004$; ^d $R^2 = 0,34$, Adj $R^2 = 0,28$, $F(15, 144) = 5,03$, $p < 0,001$. **MK**: Madde kullanımı, **KB**: Kişilik bozukluğu, **HADÖ**: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, **ÜBÖ**: Üstbilişler Ölçeği-30, **Oİ**: Olumlu İnanışlar, **KET**: Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, **BG**: Bilişsel Güven, **BF**: Bilişsel Farkındalık, **DKİ**: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı, **TAÖ**: Toronto Aleksitimi Ölçeği, **DTG**: Duyguları Tanıma Güçlüğü, **DSDG**: Duyguları Söze Dökme Güçlüğü, **DDD**: Dışa Dönük Düşünme

olumlu inanışlar ve kontrol edilemezlik ve tehlike inanışları arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Duyguları tanıma güçlüğünü kontrol edilemezlik ve tehlike inanışlarının, duyguları söze dökme güçlüğünü bilişsel farkındalığın, dışa dönük düşünmeyi olumlu inanışların, genel olarak aleksitimiye ise kontrol edilemezlik ve tehlike inanışları ile bilişsel farkındalığın yordayabildiği gösterilmiştir.

Çalışmamızın hipotezlerinden biri aleksitimi olan bireylerde üstbilişsel inanışların daha sık görüleceği idi. Aleksitimi olan bireylerin ÜBÖ alt ölçek puanlarının aleksitimi olmayan bireylerden daha yüksek olması bu hipotezimizi doğrulamaktadır. Nitekim bu sonuçlarımız Babei ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma ile de uyumludur (Babaei, Ranjbar Varandi, et al., 2015).

Diğer hipotezimiz aleksitiminin alt boyutlarının farklı üstbilişsel inanışlarla ilişkili olacağı idi. Gastrointestinal bozukluklarda üstbilişsel inanışları araştıran bir çalışmada irritabl bağırsak sendromu olan grupta ÜBÖ BG ile TAÖ DTG arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanırken ÜBÖ DKİ ile ters yönde bir ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda da benzer şekilde TAÖ DSDG ile ÜBÖ BG ve ÜBÖ BF alt ölçekleri arasında pozitif bir korelasyon bulundu. Crohn Hastalığı olan grupta ise TAÖ DTG ile ÜBÖ BG ve ÜBÖ KET arasında da pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada ise TAÖ toplam puanı ile ÜBÖ Oİ ve ÜBÖ KET alt ölçekleri arasında da pozitif bir korelasyon olduğu gözlemlendi (Quattropani, 2014).

Aleksitimi alt boyutlarını yordamak için farklı üstbilişsel inanışların devreye gireceği de ayrıca çalışmada gösterilmiştir. Çalışmamızda TAÖ toplam puanını yordamada ÜBÖ KET ve ÜBÖ BF puanları anlamlı düzeyde etkili bulunmuştur. Benzer şekilde madde bağımlılığı olan kişilerde yapılan bir çalışmada, aleksitiminin en iyi yordayıcısı ÜBÖ BF olarak bulunurken aleksitimi ve ÜBÖ KET puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Babaei, Gharechahi, et al., 2015).

Bütün bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, aleksitimi olan bireylerin kendi bilişsel süreçlerine aşırı odaklandığını, hem endişelenmenin olumlu yönlerine, hem de endişelenmenin kontrol edilemez olduğuna ve tehlikeli

sonuçlara yol açabileceğine dair inanışlarının ön planda geldiğini, duyguları söze dökmeye kendi bilişsel süreçlerine sürekli odaklanmalarının ve dikkat ve bellek süreçlerine güvenmiyor olmalarının etkili olduğunu göstermektedir. Bu bilgiler, aleksitimisi olan bireylerin duygusal ifadelerinin kolaylaştırılmaya dönük psikoterapötik müdahalelerin yineleyici tarzdaki olumsuz düşünme örüntülerine, tehdit ve tehlikeyi tarama davranışlarına, yanlış dikkat süreçlerine odaklanması gerektiğini düşündürmektedir. Nitekim, kişilerin kendi içsel süreçleriyle aşırı şekilde meşgul olmalarının önüne mesafeli farkındalık teknikleri ile geçilebilir. Dikkat yanlılığını azaltmak için dikkat eğitimi tekniği devreye sokulabilir. Birey nesne modundan çıkarılarak metakognitif modda kendi bilişsel süreçlerini bu tekniklerle değerlendirmeye başladıktan sonra endişelenmeye dair olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışları da Socrates gibi sorgulama teknikleri ile yeniden ele alınabilir, sözel olarak bu inanışlarının geçerliliği sorgulanabilir, gerektiğinde de endişelenmeyi erteleme görevleri ile endişelerinin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair inanışları tartışmaya açılabilir (Wells, 2011). Görüldüğü gibi metakognitif terapinin bu temel müdahale yöntemleri ile dayanağını aldığı BDS'nin bileşenlerini ortadan kaldırmak veya en azından olumsuz etkilerini azaltmak mümkün olabilir. Bu yönüyle aleksitimisi olan bireylerin de metakognitif terapinin müdahale yöntemlerinden faydalanabileceğine dair bir öngöründe bulunulabilir. Bu çalışmanın sonuçları, aleksitimisi olan bireylerin metakognitif girişimler için uygun adaylar olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bu sonuçlar, Türk toplumunda ilk defa üstbilişsel inanışlar ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi göstermiştir.

Araştırmadaki katılımcıların sayısının az olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca katılımcıların depresyon, anksiyete bozukluğu veya bedensel belirti bozukluğu gibi birbirlerinden farklı tanıların olması ve homojen bir hasta grubuyla çalışılamaması, bununla birlikte aleksitimisi olan grubun, olmayan gruba göre daha az katılımcı içermesi çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Sonuç olarak, bu çalışma aleksitimisi olan bireylerde üstbilişsel inanışların arttığını, aleksitiminin farklı boyutlarının farklı üstbilişsel inanışlarla ilişkili olduğunu ve farklı üstbilişsel inanışlarca yordanabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar metakognitif kurama dair birikimin ve metakognitif terapinin aleksitimisi olan bireyleri daha iyi anlamak için kullanılabilmesini düşündürmektedir. Ancak gelecekte üstbilişsel inanışlar ve aleksitimi arasındaki karmaşık ilişkinin saptanması ve metakognitif terapinin bu popülasyonda uygulanmasına dair daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5)*. Washington, DC.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., & Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
- Babaei, S., Gharechahi, M., Hatami, Z., & Ranjbar Varandi, S. (2015). Metacognition and Body Image in Predicting Alexithymia in Substance Abusers. *Int J High Risk Behav Addict*, 4(3), e25775. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.25775>
- Babaei, S., Ranjbar Varandi, S., Hatami, Z., & Gharechahi, M. (2015). Metacognition Beliefs and General Health in Predicting Alexithymia in Students. *Glob J Health Sci*, 8(2), 117-125. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n2p117>
- Batmaz, S. (2015). Metakognitif Terapi: Uygulama ve Erkinlik. *Türkiye Klinikleri J Psichiatri*, 8(2), 33-38.
- Cameron, K., Ogrodniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in alexithymia following psychological intervention: a review. *Harv Rev Psychiatry*, 22(3), 162-178. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000036>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/brm.41.4.1149>
- Güleç, H. & Yenel, A. (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *J Clin Psy*, 13(3), 108-112.
- Messina, A., Beadle, J.N., & Paradiso S. (2014). Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology*, 20(1), 38-49.
- Motan, İ. & Gençöz, T. (2007). Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 333-343.
- Quattropani, M. C., Lenzo, V., Fries, W., & Belvedere, A. (2014). Dysfunctional metacognitive beliefs and gastrointestinal disorders. Beyond an 'organic'/'functional' categorization in the clinical practice. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2014.2.955>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A., (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *J Psychosom Res*, 55(3), 277-83. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00601-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00601-3)
- Tosun, A. & Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press, New York, 316 p.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42(4), 385-96. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00147-5)
- Yılmaz, A. E. (2016). Depresyonun Üstbilişsel Modeli'nin Türkiye'deki Bir Üniversite Öğrencisi Örneğinde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 100-109.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P., (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 3611-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>