

Transdiyagnostik Bilişsel Davranışçı Yaklaşımın Göre Psikopatolojik Süreçlerin Değerlendirilmesi: Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerliliği ve Güvenilirliği*

Gülşay OĞUZ¹, Sedat BATMAZ²

*Bu araştırmanın ön sonuçları 5-8 Kasım 2015 tarihleri arasında İstanbul'da Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği tarafından düzenlenen 4. Ulusal KDDT Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹Özel Muayenehane, Samsun

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

Correspondence / Yazışma:

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

Phone: +90 356 214 94 44 - 1290

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

Received / Geliş: 09 Mart 2020

Accepted / Kabul: 02 Nisan 2020

Online published / Çevrimiçi yayın: 02 Nisan 2020

©2020 JCBPR, Available online at <http://www.jcbpr.org/>

Öz

Son yıllarda hastalığa özgül yaklaşımların yerine, tanı kategorilerinden bağımsız olarak, psikopatolojik belirti ve bulguların altında yatan ortak süreçlerin tespit edilmesini ve tedavide bu süreçlerin hedef alınmasını savunan transdiyagnostik (tanı ötesi, öte tanısız) yaklaşım (TY) öne çıkmıştır. TY, eşhastalanma durumlarında hangi bozukluğun öncelikli olarak tedavi edileceği ikilemini çözmesi ve eşik altı belirtileri olduğu için herhangi bir tanıyı tam olarak karşılamayan kişilere tedavi önerilebilmesi gibi açılardan önemlidir. Transdiyagnostik süreçlerin neler olduğuna ve transdiyagnostik yaklaşımın etkinliğine dair çok sayıda araştırma alan yazında mevcut olmasına rağmen bu süreçleri toplu şekilde değerlendirmek üzere kullanılacak değerlendirme araçları Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği (BDSÖ) ile sınırlıdır. Bu ölçeğin kullanıma girmesinden önce araştırmacılar farklı yöntemlerle ortak süreçleri saptamaya çalışmışlardır. BDSÖ Patel ve ark. tarafından bilişsel davranışçı kuramı temel alarak kişilerin karşılaştıkları sorun alanlarıyla uyumlu olacak şekilde, daha önce alan yazında tanımlanmış olan çekirdek süreçleri sorgulamaya imkân veren, öz bildirimine dayalı bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu çalışmada BDSÖ'nün Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel ve davranışçı süreçler, geçerlilik, güvenilirlik, psikometri, transdiyagnostik yaklaşım

Abstract

Assessment of Psychopathological Processes According to the Transdiagnostic Cognitive Behavioural Approach: Validity and Reliability of the Turkish Version of the Cognitive and Behavioural Processes Questionnaire

In recent years, regardless of the diagnostic categories instead of disorder-specific approaches, the primary aspects of comorbidity among the prominent aspects of the transdiagnostic approach (TA), which advocates targeting these processes in treatment and identifying common processes underlying psychopathological signs and symptoms is important to solve the dilemma that will be treated as a subthreshold symptoms in order to offer treatment to people who do not fully meet any diagnosis. Although there are many research articles on what are the transdiagnostic processes and the effectiveness of the TA, assessment tools that can be used to evaluate these processes collectively are limited to the Cognitive Behavioral Processes Questionnaire (CBPQ). Before this scale came into use, researchers tried to identify common processes with different methods. CBPQ was developed by Patel et al. as a self-report scale that allows to question the core processes previously defined in the literature, in line with the problematic areas that people face, based on the cognitive behavioral theory. In this study, it was aimed to examine the validity and reliability of the Turkish version of CBPQ.

Keywords: Cognitive and behavioural processes, psychometrics, reliability, transdiagnostic approach, validity

GİRİŞ

Klinisyen ve araştırmacıların ortak bir dil kullanması, ruhsal bozuklukların kategorik olarak sınıflandırılması ve bu kategorilere karşılık gelen tanılara özgül şekilde tedavi önerilmesi özellikle son on yıllık dönemde giderek artan şekilde eleştirilen yaklaşımlardan biri haline gelmiştir (Barlow ve Farchione, 2018; Brown ve Barlow, 2009; McManus ve ark., 2010; Rosellini AJ ve ark., 2015). Bozukluğa özgül yaklaşımların yerine, tanı kategorilerinden bağımsız olarak, psikopatolojik belirti ve bulguların altında yatan ortak süreçlerin tespit edilmesini ve tedavide bu süreçlerin hedef alınmasını savunan transdiagnostik (tanıötesi, ötetanısıl) yaklaşımın (TY) öne çıkan yönleri arasında eşhastalanma durumlarında hangi bozukluğun öncelikli olarak tedavi edileceği ikilemini çözmesi, eşik altı belirtileri olduğu için herhangi bir tanıyı tam olarak karşılamayan kişilere tedavi önerilebilmesi, öfke ve utanç gibi kimi duygusal tepkilere tanı ölçütleri arasında yer verilmemesi, farklı psikopatolojik durumların altında yatan veya onların sürdürücü etmenleri arasında sayılabilen ortak süreçlere odaklanılabilmesi, tedavi sürecinde tanılardan kaynaklanan damgalanmanın önüne geçilebilmesi veya süreç içerisinde değişebilen tanısıl kategorilerden uzak kalınabilmesi, her bir ruhsal bozukluk için geliştirilmiş çok sayıdaki tedavi algoritmasını ve bunların kendi aralarındaki farkları öğrenme gereksinimini ortadan kaldırması, deneyimli olanlar kadar mesleğe yeni adım atan uzmanların da kolayca uygulayabilmesine fırsat vermesi ve böylelikle daha geniş kesimlere ulaşılabilmesi sayılabılır (Barlow ve Farchione, 2018; Batmaz, 2018; Craske, 2012; Mansell ve ark., 2009; McManus ve ark., 2010).

Bahsedilen avantajları göz önünde bulundurulduğunda TY'nin etkinliğinin araştırılması da kaçınılmaz olmuştur ve bu nedenle çok sayıda tedavi araştırmasının konusu haline gelmiştir. TY'nin etkinliğine dair metaanalizler depresyon ve anksiyete bozukluklarında sıklıkla en az bozukluğa özgül tedavilerde elde edilen sonuçlara ulaşıldığını, bu sonuçların internet ortamında sunulan tedavilerde de benzer olduğunu, çocuk ve ergenlerde de benzer bir etkinliğin görüldüğünü, ancak yine de TY'yi bozukluğa özgül tedavilerin yerine önermek için erken olabileceğini ve daha fazla sayıda araştırma sonucuna ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Andersen, ve ark., 2016; Ewing ve ark., 2015; Garcia-Escalera ve ark., 2016; Newby ve ark., 2015; Reinholt ve Krogh, 2014; Sakiris ve Berle, 2019).

Her ne kadar sonradan gelen araştırmacılar tarafından eklemeler yapılmışsa da alanyazında transdiagnostik süreçleri topluca tanımlayan öncü araştırmacılar Harvey

ve ark.'dır (Harvey ve ark., 2004; Mansell ve ark., 2008). Bu araştırmacılara göre kesin olarak transdiagnostik nitelik taşıyan bilişsel ve davranışçı çekirdek psikopatolojik süreçler dışsal ve içsel uyaranlara karşı seçici dikkat, kaçınmaya ve güvenliğe yönelmiş dikkat, açık seçici bellek, yineleyici hatıralar, yorumlama ve beklenti yanlılıkları, duygusal çıkarsama, yineleyici nitelikte olumsuz düşünme tarzı, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışlar, kaçınma davranışları, güvenlik sağlayıcı davranışlar ve yaşantısal kaçınmayı içermektedir (Batmaz, 2018; Harvey ve ark., 2004). Bu süreçlere ilaveten belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal tepkisellikle ilişkili dürtüsellik, mükemmeliyetçilik, nörotisizm, duygu düzenleme stratejileri, anksiyete duyarlılığı, aleksitimi, düşünce - eylem kaynaşması, benlik saygısı, anhedoni, utanç, obsesif inanışlar, intrüzyonların yorumlanması, düşünce baskılama, sorun çözme becerileri, yeniden değerlendirme, kendini eleştirme, uzun vadede kazanılacak ödül için anlık hazzı erteleyebilme gibi pek çok başka sürecin de transdiagnostik doğası olduğu araştırmalarla gösterilmiştir (Aldao, 2012; Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2010; Amlung ve ark., 2019; Batmaz, 2018; Egan ve ark., 2012; Field ve Cartwright-Hatton, 2008; Garcia-Escalera ve ark., 2016; Johnson ve ark., 2013; Mansell ve ark., 2008; McEvoy ve Mahoney, 2012; Sun ve ark., 2017; Zerkowitz ve Cole, 2019).

Transdiagnostik süreçlerin neler olduğuna ve transdiagnostik yaklaşımın etkinliğine dair çok sayıda araştırma alanyazında mevcut olmasına rağmen bu süreçleri toplu şekilde değerlendirmek üzere kullanılacak değerlendirme araçları Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği (BDSÖ) ile sınırlıdır (Patel ve ark., 2015). Bu ölçeğin kullanıma girmesinden önce araştırmacılar farklı yöntemlerle ortak süreçleri saptamaya çalışmışlardır. Sıklıkla farklı süreçleri değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin birlikte uygulanması ile bu süreçlerin varlığı ve tedaviyle değişimi sınırlanabilir (örnek olarak bkz. Bird ve ark., 2009; Field ve Cartwright-Hatton, 2008). Bir başka yaklaşım ise farklı ölçeklerin sonradan faktör analizi gibi istatistiksel yöntemlerle bir araya getirilerek değerlendirme yapılmasıdır (örnek olarak bkz. Johnson ve ark., 2013). Ancak bu yöntemlerin kimi kısıtlılıkları vardır. Eğer her bir süreç için farklı değerlendirme ölçeklerine başvurulursa hastalardan çok sayıda ölçeği, oldukça uzun zaman gerektirebilecek şekilde doldurmaları istenmek durumunda kalınmaktadır. Bu nedenle psikopatolojilerin altında yatan anahtar süreçleri değerlendirmede kullanılacak ölçeklere gereksinim doğmuştur. Türkçe'de bu amaçla kullanılacak bir ölçek yoktur.

BDSÖ Patel ve ark. tarafından bilişsel davranışçı kuramı temel alarak kişilerin karşılaştıkları sorun alanlarıyla uyumlu olacak şekilde, daha önce alanyazında tanımlanmış olan çekirdek süreçleri sorgulamaya imkân veren, öz bildirime dayalı bir ölçek olarak geliştirilmiştir (Patel ve ark., 2015). BDSÖ aracılığıyla farklı ruhsal bozukluklar arasında ortak şekilde yer alan anahtar bilişsel ve davranışsal süreçlerin tespit edilmesi, kavramsallaştırılması ve tedavi hedefi olarak belirlenmesinin mümkün hale geleceği düşünülmektedir (Patel ve ark., 2015). Ancak alanyazında BDSÖ'nün kullanıldığı klinik araştırma henüz bulunmamaktadır.

Bu çalışmada BDSÖ'nün Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın varsayımları (i) TY'ye göre psikopatolojinin ortaya çıkması ve sürmesinde etkili olan çekirdek psikolojik süreçlerin Türk toplumunda hem klinik örnekleminde, hem de klinik olmayan örnekleme gösterilebileceği, (ii) BDSÖ'nün hem anksiyete, hem de depresyon belirtileri ile korrele olacağı, (iii) BDSÖ toplam puanının klinik örneklemini klinik olmayan örneklemde ayırt edebileceği ve (iv) klinik tanı kategorileri arasında BDSÖ toplam puanının farklı çıkmayacağıdır.

YÖNTEM

Çeviri İşlemi

Öncelikle BDSÖ'nün geliştiricisi ile e-posta ile temasa geçilerek çeviri izni alındı. Daha sonra iki araştırmacı tarafından BDSÖ İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi. Ölçeğin özgün halinden habersiz olan bir diğer araştırmacı ve İngilizce dil eğitimi veren bir uzman tarafından ölçek maddeleri Türkçe'den İngilizce'ye geri çevrildi. Bu dört metin ile BDSÖ birbirleriyle karşılaştırılarak üzerinde uzlaşılan bir ölçek çevirisi elde edildi. Bu çeviri, çalışmada kullanılmadan önce ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran 20 hastaya verilerek doldurmaları istendi ve anlaşılmakta zorlanılan maddelerin varlığı açısından değerlendirildi. Bu aşamada ölçek maddelerinde bir değişiklik yapılmaya ihtiyacı görülmedi. Ölçek çevirisinin bu son hali, ölçeğin geliştiricisine gönderilerek çalışmada kullanılması için onayı alındı.

Katılımcılar

Araştırma için üç ayrı örneklem oluşturuldu. İlk örnekleme iki ayrı üniversitenin dış hekimliği, psikoloji ve rehberlik ve psikolojik danışma bölümlerinde 2015 – 2016

eğitim – öğretim döneminde öğrenim görmekte olan 168 öğrenci dahil edildi. İkinci ve üçüncü örneklem ilk örnekleme tespit edilen sonuçların yinelenerek geçerliliğini göstermek amacıyla klinik olgulardan ve başvuru anında herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı olmayan ve bu nedenle tedavi görmeyen toplum içerisindeki gönüllü katılımcılardan oluşturuldu. Toplum örneklemine 163 katılımcı, klinik tanı örneklemine ise iki ayrı üniversite hastanesinin ruh sağlığı ve hastalıkları anabilim dalına ayakta başvuran ve demans, mental retardasyon, otizm spektrumu ya da organik kökenli ruhsal bozukluk tanıları almayan, aktif özkıyım düşünce veya planı bulunmayan 156 katılımcı dahil edildi. Bütün katılımcılar 18 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen katılımcıların sayı veya reddetme nedeni gibi nitelikleri kayıt altına alınmadığından bu yöndeki veriler mevcut değildir.

İşlem

Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerle her zamanki sınıf ortamlarında araştırmanın detayları hakkında bilgi verilen kısa bir görüşme yapıldı. Görüşmede araştırmaya katılımın karşılığında öğrencilere ekstra kredi verileceği açıklandı. Toplum içindeki gönüllülere ise poliklinik başvurusu olan hastalar, hasta yakınları, öğrencilerin tanıdıkları aracılığıyla kolayca örnekleme yöntemi yoluyla ulaşıldı. Klinik tanı örnekleme poliklinik başvurusu olan ve tanısız dışlama ölçütlerini karşılamayan hastalardan başvuru sırasına göre oluşturuldu. Araştırmayı kabul eden katılımcılara öğrencilere yapılan bilgilendirmenin aynısı yapıldı, ancak herhangi bir teşvikte bulunulmadı. Görüşmelerin sonrasında araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olan katılımcılara değerlendirme araçları rastgele bir sıra içerisinde verilerek kendi başlarına bunları doldurmaları istendi. Tüm bu işlemler ortalama 25-40 dakika sürdü.

Değerlendirme Araçları

Demografik ve Klinik Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, vb. demografik bilgileri, önceki ruhsal bozukluk ve tedavileri, vb. klinik bilgileri kaydedildi. Katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi, bildirdikleri çocukluk çağına dair travmatik deneyimlerin düzeyi ve genel olarak değerlendirdikleri yaşam kalitelerine dair veriler 0 - 5 arasında bir Likert ölçeği ile öz bildirime dayalı olarak kaydedildi. Bu ölçekte sosyal destek düzeyi ve yaşam kalitesi 0 = çok kötü, 5 = çok iyi, çocukluk çağı travmatik deneyimleri 0 = hiç yok, 5 = çok

fazla olarak kodlanmıştı. Klinik örneklemdaki katılımcılar için ayrıca özbildirimlerine dayalı olarak birincil ruhsal bozukluk tanıları da toplandı. Katılımcılar aynı formda bir eşhastalık olup olmadığını da belirttiler. Ayrıca hasta dosyalarından beyan edilen birincil ruhsal bozukluk ve eşhastalık tanıları kontrol edildi.

Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği (BDSÖ)

Bu özbildirim ölçeği A ve B olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. A kısmı kişinin zihnine giriveren şeyler ya da vücudunda hissettiği duyularla ya da kişi bunları yaşadığında zihninde yaptıklarıyla ilgili olup bunlara atıfta bulunmak için içsel deneyim ifadesi kullanılmaktadır. İçsel deneyimler kişinin düşünce, his, fiziksel ya da beden duyuları, sesler, arzular / şiddetli istekler, anılar ve görüntüler şeklinde sıralanmıştır ve bunların arasındaki farklar kişinin kafasında net bir görüntü oluşturacak şekilde örneklerle açıklanmıştır. A kısmında toplam sekiz madde aracılığıyla kendine / içsel deneyimlere odaklanma, zihinsel kaçınma, zihinsel kontrol, ruminasyon, endişelenme, kendini yargılama / eleştirme, içsel deneyimleri tarafından yönlendirilme, geçmişi analiz etme sorgulanmaktadır. B kısmı ise kişi kendisini sıkıntılı hissettiğinde ne şekilde davrandığı hakkında olup bu durumda neler yapabileceğine dair örnekler verilmiştir. B kısmında toplam yedi maddede tehdit / tehlike tarama, güvenlik sağlayıcı davranış / güvenlik arayışı, davranışsal kaçınma, dikkat dağıtma / gereğinden fazla yapma, eylemsizlik / değerleriyle uyumsuz davranış, kötü hissi durdurma çabası ve alkol ya da madde kullanımı / kontrolsüz yeme / kendine zarar verici davranışlar sorgulanmaktadır. Her iki bölümde de aynı madde içerisinde her iki uçta yer alabilecek seçeneklere 0 - 8 arasında bir puan verilmesi istenmektedir. Her maddede 4 puan her iki uçtaki seçeneğe eşit düzeyde davranıldığına karşılık gelmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0 - 120 arasında değişmektedir ve ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin işlevsel olmayan zihinsel ve davranışsal tepkileri daha sıklıkla tercih ettiğine işaret etmektedir. BDSÖ son bir haftalık süre göz önünde bulundurularak doldurulur. Ölçeğin özgün geçerlilik - güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı öğrenci örnekleminde 0.90, toplum ve klinik örneklemde 0.92 olarak hesaplanmıştır. Ölçek tek bir faktörden oluşmaktadır ve bu faktör varyansın öğrenci örnekleminde %42'sini, toplum örnekleminde %38'ini açıklamaktadır. Ölçek ile BDS-1Ö, PDEÖ, BASE, KEF-II, HSA-9 ve YAB-7Ö ölçekleri arasında öğrenci örnekleminde 0.21 - 0.70, toplum örnekleminde 0.29 - 0.79, klinik örnekleminde (BDS-1Ö PMKİ hariç) 0.18 - 0.70

büyükliğünde ve pozitif yönlü bir korrelasyon saptanmıştır. Ölçek için bir kesme puanı önerisi yoktur (Patel ve ark., 2015).

Bilişsel Dikkat Sendromu - 1 Ölçeği (BDS-1Ö)

Üstbilişsel kurama göre psikopatolojinin ortaya çıkması ve sürmesinde rolü olan psikolojik süreçlere karşılık gelen bilişsel dikkat sendromunun bileşenlerini ve üstbilişsel inanışları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan ve 16 maddeden oluşan bir özbildirim ölçeğidir (Nordahl ve Wells, 2019; Wells, 2011). BDS-1Ö'nün ilk üç maddesi bilişsel dikkat sendromunun bileşenlerini (yineleyici nitelikte olumsuz düşünme, tehdit tarama, işlevsel olmayan ve ters tepen başa çıkma yolları), sonraki maddeleri ise üstbilişsel inanışları sorgular. Bu araştırma kapsamında BDS-1Ö'nün puanlamasında tüm maddeleri 0 - 8 arasında puanlanacak şekilde modifiye edilmiştir ve özgün ölçekteki faktör yapısına göre puanlama yapılmıştır (Nordahl ve Wells, 2019). Ölçekten yüksek puan almak patolojik kabul edilen psikolojik süreçlerin ve üstbilişsel inanışların daha fazla kullanıldığına işaret eder. BDS-1Ö için herhangi bir kesme puanı önerilmemiştir. BDS-1Ö'nün Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Gündüz ve ark., 2019). Bu çalışmada BDS-1Ö'nün iç tutarlılığı 0.765 olarak hesaplanmıştır.

Penn Durumluk Endişe Ölçeği (PDEÖ)

Duruma özgül patolojik endişeyi değerlendirmek için geliştirilmiş olan ve her bir maddesi 1 - 5 arasında değerlendirilen, daha yüksek puan almanın daha fazla endişeyle ilişkili olduğunu gösteren 16 maddeli bir özbildirim ölçeğidir (Meyer ve ark., 1990). Sıklıkla 40 ve 60 puanları farklı şiddet kategorileri için kesme puanı olarak kabul edilir. Bu ölçek aynı zamanda yineleyici nitelikteki olumsuz düşünme tarzının bir göstergesi olarak da kullanılabilir. Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Yılmaz ve ark., 2008). Bu çalışmadaki iç tutarlılığı 0.892 olarak hesaplanmıştır.

Beyaz Ayı Supresyon Envanteri (BASE)

Kişinin istemediği ve kendisine rahatsızlık verdiğini düşündüğü bilişleri istemli olarak bastırma derecesini değerlendirmek için geliştirilmiş, her bir maddesi 1 - 5 arasında değerlendirilen ve yüksek puanların daha fazla bastırma eğilimine işaret ettiği 15 maddeden oluşan bir özbildirim ölçeğidir (Muris ve ark., 1996; Wegner ve Zanakos, 1994). BASE için herhangi bir kesme puanı önerilmemiştir.

BASE'nin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Ağargün ve ark., 2004). Bu çalışmada BASE'nin iç tutarlılığı 0.908 olarak hesaplanmıştır.

Kabul ve Eylem Formu - II (KEF-II)

Kabul ve kararlılık terapisi yaklaşımının temelini oluşturan psikolojik esnekliği ve yaşantısal kaçınmayı değerlendirmek için geliştirilmiş, her maddesi 1 - 7 arasında değerlendirilen, yüksek puanların psikolojik katılığa işaret ettiği, toplam yedi maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Bond ve ark., 2011). Bu ölçeğin de bildirilmiş bir kesme puanı yoktur. KEF-II'nin Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Yavuz ve ark., 2016). Bu çalışmadaki iç tutarlılık 0.880 olarak hesaplanmıştır.

Hasta Sağlık Anketi - 9 (HSA-9)

Depresif belirtileri sorgulamak üzere geliştirilmiş, dokuz maddeden oluşan, her bir maddesi majör depresif bozukluğun bir tanı ölçütüne karşılık gelen ve 0 - 3 arasında değerlendirilen, toplam puanının yüksekliğinin daha şiddetli depresif belirtilere işaret ettiği bir öz bildirim ölçeğidir (Kroenke ve ark., 2001). Sıklıkla 5, 10, 15 ve 20 puanları farklı şiddet kategorileri için kesme puanı olarak kabul edilir. Ölçeğin Türkçe versiyonu da geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Sarı ve ark., 2016). Bu çalışmadaki iç tutarlılığı 0.846 olarak hesaplanmıştır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu - 7 Ölçeği (YAB-7Ö)

Her ne kadar asıl olarak yaygın anksiyete bozukluğunun şiddetini sorgulamak için geliştirilmiş olsa da diğer anksiyete bozukluklarının şiddetini değerlendirmek için de kullanılabilirliği gösterilmiş, anksiyetenin hem ruhsal, hem bedensel belirtilerini sorgulamak için kullanılabilen, her bir maddesi 0 - 3 arasında değerlendirilen, yüksek puanın daha şiddetli anksiyete belirtileri olduğunu gösteren ve toplam yedi maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Spitzer ve ark., 2006). Sıklıkla 5, 10 ve 15 puanları farklı şiddet kategorileri için kesme puanı olarak kabul edilir. Türkçe versiyonunun da geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Konkan ve ark., 2013). Bu çalışmada iç tutarlılığı 0.886 olarak hesaplanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama (standart sapma) veya sıklık (yüzde) sonuçları verildi.

Grup karşılaştırmaları için tek yönlü varyans analizi veya ki-kare testleri kullanıldı. Çoklu grup karşılaştırmalarında Bonferonni düzeltmesi uygulandı. Ölçeklerin birlikte ve ayırt edici geçerliliği için Pearson korrelasyon analizleri kullanıldı. Ayırt edici geçerlilik için ayrıca klinik örneklemi ile klinik olmayan örneklemelerin BDSÖ'den aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldı. BDSÖ 15 maddeden oluştuğundan ve açıklayıcı faktör analizi uygulanırken yeterli istatistiksel güç için madde sayısı başına en az 5 - 10 katılımcı gerektiğinden çalışmanın örneklem büyüklüğü belirlenirken 75 - 150 katılımcıya ihtiyaç olduğu hesaplandı. Açıklayıcı faktör analizi için FACTOR 10.8.04 yazılımı kullanıldı (Lorenzo-Seva ve Ferrando, 2006). Faktör analizi sırasında, ordinal maddelerin tek değişkenli dağılımları simetrik olduğundan Pearson korrelasyon tercih edildi (Muthén ve Kaplan, 1985). Çıkarılacak faktör sayısını belirlemede paralel analizden faydalandı (Timmerman ve Lorenzo-Seva, 2011). Faktörlerin çıkarılmasında ağırlıklandırılmamış en küçük kareler yöntemi, döndürme yöntemi olarak oblik döndürme (*direct oblimin*) kullanıldı. Bütün hesaplamalar için yeniden örnekleme (*bootstrapping*) yöntemi ile %95 güven aralığında *bias-corrected and accelerated* güçlü analizler tercih edildi (Lambert ve ark., 1991). Ölçeğin iç tutarlılığı için Cronbach α değerleri, düzeltilmiş madde - toplam korrelasyonları (DMTK) ve madde silinirse Cronbach α (MSCA) değerleri, açıklanan varyans, özdeğerler, maddelerin faktörlere yüklenme katsayıları ve ortak etken varyansları hesaplandı. Bu analizler için MedCalc 17.2 yazılımı kullanıldı (MedCalc Software, Ostend, Belgium). İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

BULGULAR

Katılımcıların Demografik ve Klinik Özellikleri ve Grup Karşılaştırmaları

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Örneklem gruplarının birbirleriyle karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında cinsiyet ve bedensel hastalıkların varlığı açısından fark olmadığı, toplum örneklemindeki katılımcıların daha sıklıkla evli olduğu, yaş açısından da öğrenci örnekleminin en genç katılımcıları oluşturduğu, klinik verilere bakıldığında ise klinik örneklemini oluşturan katılımcıların diğer gruplardan farklılaştığı ve daha sıklıkla ruhsal bozuklukla ilişkili sonuçlar gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri

	Öğrenci Örnekleme (n = 168)	Toplum Örnekleme (n = 163)	Klinik Örnekleme (n = 156)
Yaş (yıl)	20.43 (1.98)	40.64 (3.63)	35.10 (10.29)
Cinsiyet, kadın	139 (82.7)	137 (84.0)	132 (84.6)
Medeni durum, evli	4 (2.4)	108 (64.3)	60 (38.5)
Bedensel hastalık, var	15 (8.9)	11 (6.7)	24 (15.4)
Ailede ruhsal bozukluk, var	18 (10.7)	17 (10.4)	80 (51.3)
Özgeçmişte depresif bozukluk, var	30 (17.9)	49 (30.1)	100 (64.1)
Özgeçmişte anksiyete bozukluğu, var	50 (29.8)	65 (39.9)	88 (56.4)
Özgeçmişte özkıyım davranışı, var	10 (6.0)	23 (14.1)	60 (38.5)
Özgeçmişte psikiyatrik tedavi, var	14 (8.3)	28 (17.2)	92 (59.0)
Özgeçmişte yatarak tedavi görme öyküsü, var	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (12.8)
Algılanan sosyal destek düzeyi	3.71 (1.21)	3.36 (1.29)	3.33 (1.41)
Çocukluk çağı travmatik deneyim düzeyi	1.87 (1.29)	2.23 (1.43)	2.95 (1.82)
Yaşam kalitesi düzeyi	3.51 (0.91)	3.33 (0.97)	3.21 (1.31)

Açıklama. Sonuçlar ortalama (standart sapma) veya sıklık (yüzde) olarak verilmiştir.

Klinik örneklemdaki katılımcıların birincil ruhsal bozukluk tanıları depresif bozukluklar (n = 54, %34.6), bipolar bozukluklar (n = 22, %14.1), yaygın anksiyete bozukluğu (n = 24, %15.4), obsesif kompulsif bozukluk (n = 16, %10.3), panik bozukluğu (n = 10, %6.4), sosyal anksiyete bozukluğu (n = 8, %5.1), travma sonrası stres bozukluğu (n = 8, %5.1), şizoafektif bozukluk (n = 8, %5.1), şizofreni (n = 4, %2.6) ve bedensel belirti bozukluğu (n = 2, %1.3) olarak dağılıyordu. Katılımcıların 68'i (%43.6) kendilerinde ek bir ruhsal bozukluk tanısı daha olduğunu beyan etmişti. Eşhastalıkların 26'sı (%38.2) depresif bozukluk, 16'sı (%23.5) yaygın anksiyete bozukluğu, 12'si (%17.6) obsesif kompulsif bozukluk, 10'u (%14.7) panik bozukluğu ve 4'ü (%6.0) travma sonrası stres bozukluğu idi.

Katılımcıların değerlendirme araçlarından aldıkları puanların sonuçları Tablo 2'de verilmiştir. Grupların birbirleriyle karşılaştırılmasında, klinik örneklemin BASE hariç bütün değerlendirme araçlarından öğrenci ve toplum örneklemlerine göre daha yüksek puan aldığı görüldü (tüm karşılaştırmalar için $p < 0.001$). Çoklu karşılaştırmalar için Bonferonni düzeltmesi yapıldığında gruplar arasında olumlu üstbilişsel inanışlar açısından istatistiksel fark kalmadı ($p = 0.011$). BDSÖ toplam puanının klinik örnekleminde diğer örneklemlere göre yüksek saptanmış olması ayırt edici geçerliliği desteklemektedir.

Transdiyagnostik süreçlerin tanı kategorileri arasında farklı olup olmadığını sınıyabilmek için klinik örneklemini

Tablo 2: Değerlendirme araçlarından alınan puanların dağılımı

	Öğrenci Örnekleme (n = 168)	Toplum Örnekleme (n = 163)	Klinik Örnekleme (n = 156)	F	post-hoc karşılaştırma
BDSÖ toplam	61.46 (11.75)	66.03 (12.09)	75.36 (12.26)	51.512**	Ö < T < K
BDS-1Ö stratejiler	23.75 (10.16)	27.67 (9.59)	32.51 (13.00)	25.635**	Ö < T < K
BDS-1Ö NMKİ	17.52 (5.79)	19.19 (6.34)	22.34 (6.72)	24.325**	Ö = T < K
BDS-1Ö PMKİ	18.24 (6.02)	17.01 (5.36)	19.02 (6.64)	4.518*	Ö = T < K
BDS-1Ö toplam	59.48 (16.90)	65.88 (18.01)	71.86 (15.28)	21.878**	Ö < T < K
PDEÖ toplam	46.38 (12.01)	52.86 (12.17)	58.00 (8.73)	21.322**	Ö < T < K
BASE toplam	48.91 (10.49)	53.67 (9.81)	54.67 (5.04)	11.231**	Ö < T = K
KEF-II toplam	22.54 (9.98)	29.66 (8.93)	35.33 (7.49)	41.817**	Ö < T < K
HSA-9 toplam	10.73 (4.90)	14.88 (4.12)	21.00 (1.65)	111.096**	Ö < T < K
YAB-7Ö toplam	8.22 (4.68)	12.63 (3.92)	16.67 (2.08)	90.486**	Ö < T < K

Açıklama. * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$. Sonuçlar ortalama (standart sapma) olarak verilmiştir. Bonferonni düzeltmesi sonrasında istatistiksel anlamlılık için $p = 0.005$ değeri kabul edilmiştir.

oluşturan katılımcılar duygudurum bozuklukları (n =76, %48.7; depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklar), anksiyete bozuklukları (n = 68, %43.6; yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu) ve psikotik bozukluklar (n = 12, %7.7; şizofreni, şizoaffektif bozukluk) olarak üç gruba ayrıldı. Gruplar arasında BDSÖ toplam puanı açısından istatistiksel fark saptanmadı ($F(2,153) = 2.931$, $p = 0.056$). Bu sonuç, BDSÖ'nün tanı kategorilerinden bağımsız olduğunu ve çekirdek transdiyagnostik süreçleri değerlendirmede kullanılabileceğini göstermektedir.

Güvenilirlik İncelemeleri

BDSÖ'nün iç tutarlılığı her üç örnekleme de kabul edilebilir düzeydeydi. Cronbach α değerleri öğrenci örnekleminde 0.797, toplum örnekleminde 0.785, klinik örnekleme ise 0.816 olarak hesaplandı. Her bir örneklem için ayrı ayrı hesaplanmış madde ortalama puanları, standart sapmaları, DMTK ve MSCA değerleri Tablo 3'te verilmiştir. DMTK incelendiğinde korrelasyonların öğrenci örnekleminde 0.306 - 0.502, toplum örnekleminde 0.301 - 0.486, klinik örnekleminde ise 0.403 - 0.489 arasında değiştiği görüldü. Hiçbir örnekleme herhangi bir maddenin ölçeğin bütünü ile 0.300 değerinden daha zayıf bir korrelasyon

göstermediği ve herhangi bir maddenin silinmesiyle ölçeğin iç tutarlılığında önemli bir artış sağlanmadığı görüldü.

Yapı Geçerliliği İncelemeleri

Verilerin faktör analizi için uygunluğuna dair bakılan Kaiser-Meyer-Olkin testinin sonuçları öğrenci örnekleminde 0.80, toplum örnekleminde 0.84 ve klinik örnekleminde 0.87 saptandı. Bartlett küresellik istatistiği öğrenci örnekleminde ($\chi^2(105) = 899.7$, $p = 0.00001$), toplum örnekleminde ($\chi^2(105) = 909.3$, $p = 0.00001$) ve klinik örnekleminde ($\chi^2(105) = 1010.1$, $p = 0.00001$) anlamlıydı. Paralel analiz sonuçları her üç örnekleme de tek faktör çıkarılmasının uygun olacağını gösterdi. Maddelerin yüklenme katsayıları öğrenci örnekleminde 0.278 - 0.589, toplum örnekleminde 0.334 - 0.754 ve klinik örnekleminde 0.428 - 0.812 aralığında değişti. Öğrenci örnekleminde madde 1, 2, 3 ve 10, toplum örnekleminde madde 1 ve 3, 0.400 değerinden daha düşük bir faktör yüklenme katsayısına sahipti. Klinik örnekleminde böyle bir madde saptanmadı. Öğrenci örnekleminde çıkarılan faktörün özdeğeri 5.57, toplum örnekleminde 5.63 ve klinik örnekleminde 6.02 idi. Faktör analizi sonrasında açıklanan varyans öğrenci örnekleminde %43.8, toplum örnekleminde %45.9 ve klinik örnekleminde %48.1 idi. Ölçek maddelerinin faktörlere yüklenmeleri ve ortak etken varyansları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 3: BDSÖ'nün maddelerinin ortalama puanları, standart sapmaları, DMTK ve MSCA değerleri

Madde no	Öğrenci Örnekleme				Toplum Örnekleme				Klinik Örnekleme			
	Ort	SS	DMTK	MSCA	Ort	SS	DMTK	MSCA	Ort	SS	DMTK	MSCA
1	4.94	1.59	0.364	0.797	4.94	1.83	0.361	0.781	5.54	2.25	0.480	0.813
2	4.28	1.94	0.342	0.792	4.48	1.80	0.438	0.784	5.33	2.11	0.481	0.818
3	4.48	1.84	0.384	0.797	4.25	1.90	0.333	0.783	4.03	1.76	0.413	0.817
4	4.13	1.87	0.412	0.795	4.63	1.83	0.326	0.781	5.15	2.40	0.427	0.816
5	3.94	2.02	0.470	0.798	4.93	1.89	0.486	0.786	5.33	2.13	0.458	0.811
6	4.24	1.68	0.438	0.794	4.75	1.71	0.374	0.783	5.62	1.85	0.424	0.811
7	4.60	1.58	0.360	0.799	4.85	1.67	0.334	0.788	5.13	2.41	0.440	0.812
8	4.31	1.81	0.425	0.794	4.99	1.64	0.405	0.780	4.87	2.44	0.438	0.814
9	3.67	1.80	0.465	0.790	4.21	1.81	0.370	0.783	4.05	2.40	0.490	0.814
10	4.86	1.91	0.341	0.793	5.17	1.79	0.303	0.784	5.44	2.01	0.418	0.810
11	2.92	1.90	0.379	0.798	3.82	2.09	0.341	0.783	4.21	2.28	0.489	0.816
12	3.56	1.85	0.452	0.791	3.92	1.77	0.343	0.789	3.85	1.59	0.470	0.812
13	3.94	1.86	0.502	0.796	4.69	1.74	0.417	0.787	5.33	1.86	0.453	0.817
14	3.08	1.79	0.400	0.797	3.63	1.96	0.400	0.788	3.77	2.70	0.403	0.815
15	2.24	2.28	0.306	0.790	2.88	2.61	0.301	0.782	4.56	2.82	0.490	0.813

Açıklama. Ort, ortalama; SS, standart sapma; DMTK, düzeltilmiş madde toplam korrelasyonu; MSCA, madde silinirse Cronbach alfa

Tablo 4: Açıklayıcı faktör analizinin sonuçları

Madde no	Öğrenci Örnekleme		Toplum Örnekleme		Klinik Örnekleme	
	Faktör yükü	h^2	Faktör yükü	h^2	Faktör yükü	h^2
1	0.359	0.125	0.353	0.103	0.430	0.201
2	0.336	0.113	0.532	0.283	0.539	0.319
3	0.278	0.106	0.334	0.118	0.428	0.252
4	0.446	0.199	0.478	0.243	0.648	0.420
5	0.586	0.343	0.754	0.569	0.430	0.217
6	0.517	0.267	0.470	0.221	0.445	0.221
7	0.420	0.203	0.493	0.243	0.517	0.314
8	0.473	0.224	0.453	0.205	0.704	0.495
9	0.553	0.306	0.466	0.217	0.812	0.659
10	0.399	0.190	0.432	0.154	0.446	0.221
11	0.473	0.224	0.464	0.204	0.704	0.495
12	0.534	0.285	0.481	0.233	0.466	0.271
13	0.589	0.347	0.471	0.274	0.585	0.348
14	0.464	0.215	0.535	0.287	0.467	0.204
15	0.460	0.267	0.453	0.264	0.569	0.329

Açıklama. h^2 , ortak etken varyansı

Birlikte ve Ayırt Edici Geçerlilik İncelemeleri

Birlikte geçerlilik incelemeleri için BDSÖ ile BDS-1Ö, PDEÖ, BASE, KEF-II, HSA-9 ve YAB-7Ö ile olan korrelasyonlarına bakıldı. Bu sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir. Her üç örnekleme de üstbilişsel inanışların dışındaki tüm değerlendirme araçları ile BDSÖ arasında orta büyüklükte ve pozitif yönlü korrelasyon ilişkisi saptandı (tüm p değerleri < 0.01). Bu korrelasyon sonuçları BDSÖ ile araştırmadaki diğer ölçekler arasında birlikte geçerliliği desteklemektedir.

BDSÖ'nün algılanan sosyal destek, çocukluk çağı travmatik deneyimleri ve yaşam kalitesi ile olan ilişkisi incelendiğinde, korrelasyon katsayılarının sırasıyla öğrenci

örnekleminde -0.160 ($p = 0.061$), 0.172 ($p = 0.044$), -0.217 ($p = 0.011$); toplum örnekleminde -0.165 ($p = 0.037$), 0.190 ($p = 0.016$), -0.241 ($p = 0.002$) ve klinik örnekleminde -0.169 ($p = 0.046$), 0.195 ($p = 0.021$), -0.252 ($p = 0.003$) olduğu görüldü. Bu sonuçlar da BDSÖ toplam puanlarının algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ile zayıf büyüklükte ve negatif yönlü, çocukluk çağı travmatik deneyimleri ile ise zayıf büyüklükte ve pozitif yönlü bir ilişkisi olduğunu göstermiştir.

Olumlu üstbilişsel inanışlar ile BDSÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değilken, olumsuz üstbilişsel inanışlar ile BDSÖ arasında öğrenci ve toplum örneklemlerinde

Tablo 5: Değerlendirme araçları arasındaki korrelasyon ilişkileri

	Öğrenci Örnekleme BDSÖ Toplam	Toplum Örnekleme BDSÖ Toplam	Klinik Örnekleme BDSÖ Toplam
BDS-1Ö Stratejiler	0.332*	0.319*	0.578*
BDS-1Ö NMKİ	0.234*	0.289*	0.389*
BDS-1Ö PMKİ	0.131	0.125	0.177
BDS-1Ö Toplam	0.322*	0.318*	0.579*
PDEÖ Toplam	0.377*	0.415*	0.526*
BASE Toplam	0.406*	0.335*	0.488*
KEF-II Toplam	0.493*	0.446*	0.570*
HSA-9	0.457*	0.326*	0.561*
YAB-7Ö	0.473*	0.444*	0.556*

Açıklama. * $p < 0.01$. BDSÖ, Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği; BDS-1Ö, Bilişsel Dikkat Sendromu - 1 Ölçeği; NMKİ, Negatif Metakognitif İnanışlar; PMKİ, Pozitif Metakognitif İnanışlar; PDEÖ, Penn Durumluk Endişe Ölçeği; BASE, Beyaz Ayı Supresyon Envanteri; KEF-II, Kabul ve Eylem Formu - II; HSA-9, Hasta Sağlık Anketi - 9; YAB-7Ö; Yaygın Anksiyete Bozukluk - 7 Ölçeği

zayıf büyüklükte, klinik örnekleminde ise orta büyüklükte ve pozitif yönlü korrelasyon mevcuttu (tüm p değerleri < 0.01). Üstbilişsel inanışlar ile BDSÖ arasındaki korrelasyonun diğer psikopatolojik süreçlere göre daha zayıf olması, ölçeğin ayırt edici geçerliliğine işaret etmektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada BDSÖ'nün Türkçe versiyonunun klinik ve klinik olmayan örneklemdeki geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir ve araştırmanın başlangıcındaki dört varsayımın da elde edilen bulgularla doğrulandığı gösterilmiştir.

BDSÖ'nün Güvenilirliği

Ölçeğin iç tutarlılığı her üç örnekleme de yeterli bulunmuştur (Cronbach $\alpha = 0.785 - 0.816$), tüm maddeleri ölçeğin bütünü ile yeterli korrelasyona ulaşmıştır (DMTK 0.301 - 0.502) ve ölçek maddelerinden herhangi birinin silinmesi ile iç tutarlılıkta anlamlı değişiklik gözlenmemiştir. Özgün geçerlilik - güvenilirlik çalışmasında Cronbach α değerleri 0.90 - 0.92 olarak bildirilmiştir (Patel ve ark., 2015). Her ne kadar iç tutarlılık değeri Türkçe versiyonda görece daha düşük tespit edildiyse de sonuçlar kabul edilebilir - iyi aralığına karşılık gelmektedir ve alanyazında psikometrik testler için genel olarak bildirilen değerlerle uyumludur (Nunnally, 1978). Özgün çalışmada DMTK sonuçlarına yer verilmemiştir, ancak MSCA ile iç tutarlılıkta değişiklik olmadığı ifade edilmiştir (Patel ve ark., 2015). Mevcut araştırmanın sonuçları da bu ikinci bulguyla, DMTK sonuçları ise alanyazında bildirilenlerle uyumludur (Kline, 1986).

BDSÖ'nün Yapı Geçerliliği

Açıklayıcı faktör analizi sonuçları ölçeğin tek faktörlü bir yapısı olduğunu her üç örnekleme de göstermiştir. Bu sonuç özgün çalışmadaki sonuçlarla tutarlıdır (Patel ve ark., 2015). Özgün çalışmada hem klinik örnekleminde, hem de öğrenci örnekleminde ilk üç maddeye yüklenme katsayıları düşük saptanmışken (Patel ve ark., 2015) mevcut çalışmada öğrenci örnekleminde 1, 2, 3 ve 10. maddeler, toplum örnekleminde ise 1 ve 3. maddeler düşük yüklenme katsayısına sahiptir. Klinik örnekleminde tüm maddelerin faktöre yüklenme katsayıları 0.400'ün üzerinde saptanmıştır. Öğrenci örnekleminde 10. maddenin yüklenme katsayısı 0.399 olup beklenen en düşük katsayıya yakınlığı nedeniyle ihmal edilirse 1 ve 3. maddelerin özgün çalışmadakine benzer şekilde sonuç gösterdiği söylenebilir.

Ölçeğin geliştiricileri bu maddelerin özellikle görece daha soyut içerikleri nedeniyle yeterince anlaşılammış olabileceğinden, ölçeğin başında yer aldıkları için katılımcıların doldurmada ilk etapta zorlanmış olabileceklerinden, ancak ölçeği doldurmaya devam ettikçe bu yabancılaşmayı üzerlerinden atarak maddeleri daha iyi anlayabilir hale gelmiş olabileceklerinden bahsetmişlerdir (Patel ve ark., 2015). Ayrıca ilgili maddelerin faktör analizi sırasında tek bir küme oluşturmuyor olmalarından hareketle bu maddelerin ayrı bir kavramsal sürece karşılık gelmediğine inandıklarını belirtmişlerdir (Patel ve ark., 2015). Mevcut çalışmada da aynı olasılıkların düşük faktör yüklenme katsayılarını açıklaması mümkündür. Ayrıca çeviri süreci ve kültürler arasındaki farklılıklar da ek olarak bu çalışmada ilgili maddelerdeki düşük katsayılarla ilişkili olabilir.

Faktör analizi sonrasında tek bir faktörün çıkarılmış olması TY'yi destekleyen bir bulgu olarak görülebilir. Ancak bu tek faktörün tam olarak hangi çekirdek bilişsel davranışçı psikopatolojik sürece karşılık geldiğine dair net bir çıkarımda bulunmak mümkün değildir. Öte yandan bu faktörün açıkladığı varyansın her üç örnekleme de %50'nin altında kalmış olması (%43.8 - %48.1) BDSÖ tarafından kapsanmayan kimi ek süreçlerin de mevcut olduğunu düşündürmektedir. Nitekim özgün çalışmada da açıklanan varyans %38 - %42'de kalmıştır ve araştırmacılar tanımlanıp sorgulanması gereken farklı çekirdek süreçlerin olabileceğini vurgulamışlardır (Patel ve ark., 2015). Giriş bölümünde kısaca özetlenmeye çalışıldığı haliyle, BDSÖ tarafından sorgulanmayan çok sayıda farklı transdiagnostik sürecin araştırmalarla gösterilmiş olması bu vurguyu desteklemektedir.

Ayrıca elde edilen tek faktörün tam olarak neye karşılık geldiğiyle ilgili olarak da bir yorumda bulunmak mümkün görünmemektedir. Özgün çalışmanın yazarları daha üst düzeyde yer alan soyut bir yapı olarak, kökenini algısal kontrol kuramından alan keyfi kontrolden bahsetmektedirler (Higginson ve ark., 2011; Mansell, 2005; Mansell ve ark., 2012; Patel ve ark., 2015; Powers 1973). Araştırmacıların bu savına göre kişinin önemli addettiği kişisel hedefleriyle örtüşmeyen her tür durum çekirdek psikopatolojik süreçlerin etkinleşerek bir çatışma yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu çatışmanın ne kadar ısrarcı şekilde devam edeceği ve kişilerin kendi yaşamlarının kontrolünü yeniden ellerine alabilmeleri ise ancak hedefler arasındaki çatışmanın fark edilmesi ve olabildiğince çözülmesi ile ilişkilidir (Carey, 2006; Mansell ve ark., 2012; Patel ve ark., 2015). Yine de araştırmacıların

bu açıklamaları algısal kontrol kuramının uygulamaya dönük örnekleri ve düzeyler yöntemi adı verilen psikoterapi yaklaşımına dayanan daha fazla çalışmanın sonuçları ile desteklenmelidir (Carey, 2006; Mansell ve ark., 2012; Powers, 1973).

BDSÖ'nün Birlikte ve Ayırt Edici Geçerliliği

BDSÖ hem depresif bozukluğun, hem de anksiyete bozukluğunun şiddetini değerlendirmede kullanılan ölçeklerle pozitif yönlü ve orta büyüklükte korrelasyon ($r = 0.326 - 0.561$) gösterdi. Böylelikle BDSÖ'nün transdiagnostik bir değerlendirme için uygun olduğu desteklenmiştir. Benzer sonuçlara özgün geçerlilik - güvenilirlik araştırmasında da ulaşılmıştır (Patel ve ark., 2015). Benzer şekilde BDSÖ toplam puanlarının klinik örneklem içerisinde oluşturulan tanı kategorileri arasında istatistiksel olarak farklı sonuçlar göstermemesi de BDSÖ'nün transdiagnostik bir değerlendirme için kullanılabilmesine işaret etmektedir. Bu sonuç da özgün ölçek araştırmasında elde edilen sonuçla tutarlıdır (Patel ve ark., 2015).

BDSÖ'nün kapsamındaki benzer psikopatolojik süreçlere karşılık gelen diğer ölçeklerle de beklendiği üzere pozitif yönlü ve orta büyüklükte korrele olması ($r = 0.318 - 0.579$), birlikte geçerliliğini göstermiştir. Özgün araştırmada da bu araştırmada kullanılmış olan ölçeklere yer verilmiştir ve aynı sonuçlar elde edilmiştir (Patel ve ark., 2015).

Ayırt edici geçerlilik için BDSÖ ile bu ölçeğin maddeleri arasında yer almayan üstbilişsel inanışlar arasındaki korrelasyon ilişkisine bakılmıştır ve daha zayıf büyüklükte bir ilişki ($r = 0.125 - 0.389$) tespit edilmiştir. Benzer sonuç özgün araştırmada da aynı şekilde gösterilmiştir (Patel ve ark., 2015). Ayırt edici geçerlilik ayrıca klinik örnekleminde BDSÖ toplam puanının klinik olmayan örneklere göre daha yüksek olmasıyla da desteklenmiştir. Aynı sonuç özgün ölçek araştırması için de geçerlidir (Patel ve ark., 2015).

BDSÖ ile algılanan sosyal destek, çocukluk çağı travmatik deneyimleri ve yaşam kalitesi arasında saptanan zayıf büyüklükteki korrelasyonlar da bu ölçeğin kapsadığı maddelerin gerek sosyal destek, gerekse çocukluk çağı travmatik deneyimlerinden farklı bir kavramı ele alması nedeniyle BDSÖ'nün ayırt edici geçerliliğini, yaşam kalitesi açısından düşünüldüğünde ise hem BDSÖ'nün temsil ettiği çekirdek psikopatolojik sürecin transdiagnostik niteliğini doğrulayıcı, hem de birlikte geçerliliği lehine bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bulguların Klinik Uygulamalara Olası Yansımaları

BDSÖ'nün gerek tedavi öncesinde değerlendirmede, gerekse tedavi sonrasında değişimi takip etmek amacıyla kullanılması mümkündür. Üstelik transdiagnostik süreçler sadece TY uygulanan hastalar için değil, bozukluğa özgül tedavi yaklaşımları sunulan hastalarda da değerlendirme ve takip için kullanılabilir. Böylelikle tedavi sonrasında psikopatolojinin ortaya çıkması veya sürmesinde etkili olduğu düşünülen süreçlerin hangilerinin ve ne kadar etkin şekilde ele alınabilmiş olduğu da anlaşılacaktır. BDSÖ'den bu amaçlarla hem klinik uygulamalar, hem de araştırmalar için faydalanılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca BDSÖ'nün transdiagnostik süreçlerin en azından bir kısmını tek bir ölçek aracılığıyla değerlendirebiliyor olması araştırmacıların ölçek seçimlerinde yardımcı olabilir. Öte yandan kendileri de aslında birer TY olan metakognitif terapi, kabul ve kararlılık terapisi gibi yaklaşımların (Hayes ve ark., 2011; Wells, 2011) sonlanım ölçütü olarak BDSÖ'yi kullanmaları seçenek olabilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Özgün Yönleri

Bu araştırmada test - tekrar test güvenilirlik incelemelerinin yapılmamış olması, klinik örnekleme için yapılandırılmış tanı görüşmelerinin eksikliği, klinik örnekleme içerisindeki tanı kategorilerinin her biri için yeterince büyük bir örnekleme sahip olunmaması, sadece öz bildirim ölçeklerinin kullanılması veya katılımcıların beyanlarına dayanılması, bir izlem döneminin olmayıp sadece kesitsel değerlendirme yapılmış olması, herhangi bir TY uygulaması yapılmadığından TY'nin etkinliği ile transdiagnostik süreçlerde bir değişiklik gerçekleşip gerçekleşmeyeceğinin tespit edilememesi gibi kısıtlılıklar mevcuttur.

Öte yandan BDSÖ'nün geliştiren araştırmacıları dışında ilk defa kullanılıyor olması, Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğinin gösterilmiş olması aracılığıyla transkültürel psikiyatri alanı için katkıları, TY ile ilgili alanyazına bu yaklaşımın geçerliliğini destekleyecek ek kanıtların sunulmuş olması, yaşam kalitesi ile transdiagnostik süreçlerin olumsuz ilişkisinin gösterilmiş olması gibi özgün yönleri ve katkıları da bu araştırma vesilesiyle gerçekleştirilmiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak BDSÖ'nün Türkçe versiyonunun klinik ve klinik olmayan örneklemlerde geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Alanyazında BDSÖ ile yapılacak

araştırmalar TY'nin yaygınlaşmasına ve transdiyagnostik süreçler hakkındaki farkındalığın artmasına aracılık edebilir.

Teşekkür: Veri toplama aşamasındaki katkıları için Uzm. Dr. Uğur ÇAKIR'a teşekkür ederiz.

Etik Kurul Onayı: Çalışma, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (onay tarihi ve sayısı: 26.05.2015 / 83116987-241).

Hasta Onamı: Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Clinical Research Ethics Committee of Tokat Gaziosmanpaşa University (date and number of approval: 26.05.2015 / 83116987-241).

Informed Consent: Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial disclosure was received.

KAYNAKLAR

- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 17(3), 261-77. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Aldao, A. ve Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Amlung, M., Marsden, E., Holshausen, K., Morris, V., Patel, H., Vedelago, L., . . . & McCabe, R. E. (2019). Delay discounting as a transdiagnostic process in psychiatric disorders: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1176-1186. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2102>
- Andersen, P., Toner, P., Bland, M. ve Mcmillan, D. (2016). Effectiveness of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in adults: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(6), 673-690. <https://doi.org/10.1017/s1352465816000229>
- Barlow, D. H. ve Farchione, T. J. (2018). Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. New York: Oxford University Press.
- Batmaz, S. (2018). Ergen Psikopatolojisine Transdiyagnostik Yaklaşım. İçinde: Bildik, T., editör. Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar. Ankara: Türkiye Klinikleri, pp. 74-83.
- Bird, T., Mansell, W. ve Tai, S. J. (2009). Method of levels: Initial steps in assessing adherence and the development of a qualitative framework for mapping clients' control hierarchies. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(3), 145-166. <https://doi.org/10.1017/s1754470x09990158>
- Bond, Fw., Hayes, S. C., Baer R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... ve Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*, 42(4), 676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, T. A. ve 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), 256-271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Carey, T. A., (2006). The methods of levels: How to Do Psychotherapy Without Getting in the Way. Hayward, CA: Living Control Systems Publ.
- Craske, M. G. (2012) Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749-753. <https://doi.org/10.1002/da.21992>
- Egan, S. J., Wade, T. D. ve Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 17(3), 279-94. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11844>
- Ewing, D. L., Monsen, J. J., Thompson, E. J., Hatton SC ve Field A. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(5), 562-77. <https://doi.org/10.1017/s1352465813001094>
- Field, A. P. ve Cartwright-Hatton, S. (2008). Shared and unique cognitive factors in social anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 206-222. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.206>
- Garcia-Escalera, J., Chorot, P. ve Valiente, R. M., Reales, J. M. ve Sandin B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 21, 147-175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- Gündüz, A., Gündoğmuş, İ., Sertçelik, S., Engin, B. H., İşler, A., Çipil, A., ... ve Sungur, M. Z. (2019). Validity and Reliability of Cognitive Attentional Syndrome-1 Questionnaire. *Psychiatry investigation*, 16(5), 355-362. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.02.11.1>
- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W. ve Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A Transdiagnostic Approach in Research and Treatment. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. ve Wilson, K. G. (2011). Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. Guilford Press.
- Higginson, S., Mansell, W. ve Wood, A. M. (2011). An integrative mechanistic account of psychological distress, therapeutic change and recovery: The perceptual control theory approach. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 249-259. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.005>
- Johnson, S. L., Carver, C. S. ve Joormann, J. (2013). Impulsive responses to emotion as a transdiagnostic vulnerability to internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 872-878. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.004>
- Kline, P. (1986). A Handbook of Test Construction. London, Methuen Publ.

- Konkan, R., Şenormancı, Ö., Güçlü, O., Aydın, E. ve Sungur, M. Z. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği. *Noropsikiyatri Arşivi*, 50(1), 53-58. <https://doi.org/10.4274/npa.y6308>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. ve Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lambert, Z. V., Wildt, A. R. ve Durand, R. M. (1991). Approximating confidence intervals for factor loadings. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 421-434. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_3
- Lorenzo-Seva, U. ve Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods*, 38(1), 88-91. <https://doi.org/10.3758/bf03192753>
- Mansell, W. (2005). Control theory and psychopathology: An integrative approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(2), 141-178. <https://doi.org/10.1348/147608304x21400>
- Mansell, W., Carey, T. A. ve Tai, S. (2012). A Transdiagnostic Approach to CBT Using Method of Levels Therapy. East Sussex, Routledge.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R. ve Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R. ve Shafran, R. (2008). Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: a Review of the Utility and Validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181-191. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.181>
- Mcevoy, P. M. ve Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43(3), 533-545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>
- Mcmanus F., Shafran R. ve 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. <https://doi.org/10.1348/014466509x476567>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. ve Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Muris, P., Merckelbach, H. ve Horselenberg, R. (1996) Individual differences in thought suppression. The White Bear Suppression Inventory: factor structure, reliability, validity and correlates. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5-6), 501-513. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00005-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00005-8)
- Muthén, B. ve Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38(2), 171-189. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x>
- Newby, J. M., Mckinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. ve Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Nordahl, H. ve Wells, A. (2019). Measuring the Cognitive Attentional Syndrome Associated with Emotional Distress: Psychometric Properties of the CAS-1. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(4), 292-306. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00056-4>
- Nunnally, J. C. (1978). Assessment of Reliability. In: *Psychometric Theory* (2nd ed.). New York, McGraw-Hill. pp.245-246.
- Patel, T., Mansell, W. ve Veale, D. (2015). The cognitive behavioural processes questionnaire: a preliminary analysis within student, mixed clinical and community samples and the identification of a core transdiagnostic process. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 193-203. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9641-9>
- Powers, W. T. (1973). *Behavior: The Control of Perception*. Chicago: Aldine Publishing Co.
- Reinholt, N. ve Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 171-184. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.897367>
- Rosellini, A. J., Boettcher, H., Brown, T. A. ve Barlow, D. H. (2015). A transdiagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: An update. *Psychopathology Review*, a2(1), 110-128. <https://doi.org/10.5127/pr.036014>
- Sakiris, N. ve Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the unified protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sarı, Y. E., Kokoğlu, B., Balcıoğlu, H., Bilge, U., Çolak, E. ve Ünlüoğlu, I. (2016). Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. *Biomedical Research, Special Issue*, S460-S462. <https://www.biomedres.info/biomedical-research/turkish-reliability-of-the-patient-health-questionnaire9.pdf>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams J. B. ve Löwe, B. A. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Sun, X., Zhu, C. ve So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45, 139-153. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.029>
- Timmerman, M. ve Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220. <https://doi.org/10.1037/a0023353>
- Wegner, D. M. ve Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 615-640. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x>
- Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. UK: Guilford Press.
- Yavuz, F., Ulusoy, S., Işkın, M., Esen, F. B., Burhan, H. S., Karadere, M. E. ve Yavuz, N. (2016). Turkish version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): a reliability and validity analysis in clinical and non-clinical samples. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 26(4), 397-408. <https://doi.org/10.5455/bcp.20160223124107>
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T. ve Wells, A. (2008) Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Meta-Cognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish Sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 15(6), 424-439. <https://doi.org/10.1002/cpp.589>

Yücel Ağargün, M., Beşiroğlu, L., Kemal Kıran, Ü., Kara, H., Akil Özer, Ö. (2004). Beyaz Ayı Supresyon Envanteri'nin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bir ön çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 282-290. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/beyaz-ayi-supresyon-envanteri-toad.pdf>

Zelkowitz, R. L. ve Cole, D., A. (2019). Self-Criticism as a Transdiagnostic Process in Nonsuicidal Self-Injury and Disordered Eating: Systematic Review and Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 310-327. <https://doi.org/10.1111/ltb.12436>

EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

INTRODUCTION

The dilemma of which disorder will be primarily treated in cases of comorbidity among the prominent aspects of the transdiagnostic approach (TA), which defines the common processes underlying psychopathological signs and symptoms and targeting these processes in treatment, irrespective of the diagnostic categories rather than specific approaches to the disorder. solving, the ability to offer treatment to people who do not fully meet any diagnosis because they have sub-threshold symptoms, eliminating the many treatment algorithms developed for each mental disorder and their need to learn the differences between them, giving them the opportunity to easily apply experts who are new to the profession as well as experienced ones. and thus reaching larger sections can be counted (Batmaz, 2018; Mansell et al., 2009; Barlow and Farchione, 2018; Craske, 2012; McManus et al., 2010). Although there are many research literature on what are the transdiagnostic processes and the effectiveness of the transdiagnostic approach, the assessment tools that can be used to evaluate these processes collectively are limited to the Cognitive and Behavioral Processes Questionnaire (CBPQ) (Patel et al., 2015). For this purpose, the Turkish validity and reliability study of the CBPQ scale was conducted.

METHOD

The first sample included 168 students studying in the dentistry, psychology and guidance and psychological counseling departments of two different universities in the 2015-2016 academic year. The second and third samples were composed of clinical cases and volunteer participants in the community who were not diagnosed with any psychiatric disorder at the time of admission and did not receive treatment, in order to demonstrate the validity of the results determined in the first sample. This is a methodological study with students in dentistry, psychology and guidance and psychological counseling departments of two separate universities. Also, Cognitive Attention Syndrome - 1 Scale (CAS-1), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), White Bear Suppression Inventory (WBSI), Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II), Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder - 7 Scale (GAD-7) was applied. This self-report scale consists of two parts, A and B. The part A is related to the things that go into the mind of the person or the sensations he feels in his body or what he does in his mind when he experiences them, and the expression of internal experience is used to refer to them. The inner experiences are listed as thoughts, feelings, physical or body sensations, sounds, desires / intense desires, memories and images, and the differences between them are explained with examples in a way that creates a clear image in the person's head. In section A, a total of eight items focus on self / inner experiences, mental avoidance, mental control, rumination, anxiety, self-judgment / criticism, guidance by internal experiences, and analyzing the past. Part B is about how he behaves when the person feels distressed, and examples of what he can do in this situation are given. Part B of seven items on threat / hazard screening, safety-seeking behavior / security seeking, behavioral avoidance, distraction / oversupply, inaction / behavior incompatible with values, effort to stop bad sensation, and alcohol or substance use / uncontrolled eating / self-harming behaviors are questioned. In both sections, it is desired to give a score between 0 and 8 to the options that can be placed at both ends within the same article. In each item, 4 points correspond to the options at both ends being treated equally. The score

that can be obtained from the scale varies between 0 and 120, and as the score obtained from the scale increases, it indicates that the person prefers dysfunctional mental and behavioral responses more frequently. The CBPQ is filled in considering the last period. In the validity and reliability study of the scale, the internal consistency was calculated as 0.90 in the student sample and 0.92 in the community and clinical samples. The scale consists of a single factor, which explains 42% of the variance in the student sample and 38% in the community sample. Between the scale and CAS-1, PSWQ, WBSI, AAQ-II, PHQ-9 and GAD-7 scales, the student sample was 0.21 - 0.70, the community sample was 0.29 - 0.79, and in the clinical sample (except CAS-1 PMCB), it was 0.18 - 0.70. a directional correlation was detected. There is no cut-off score recommendation for the scale (Patel et al., 2015).

RESULTS

In order to test whether the transdiagnostic processes differ among the diagnostic categories, the participants forming the clinical sample are mood disorders (n=76, 48.7%; depressive disorders and bipolar disorders), anxiety disorders (n=68, 43.6%; generalized anxiety disorder, panic disorder, social anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, somatic symptom disorder) and psychotic disorders (n=12, 7.7%; schizophrenia, schizoaffective disorder). There was no statistical difference between the groups in terms of CBPQ total score (F (2.153)=2.931, p=0.056). This result shows that CBPQ is independent of the diagnostic categories and can be used to evaluate core transdiagnostic processes.

Internal consistency of CBPQ was acceptable in all three samples. Cronbach α values were calculated as 0.797 in student sample, 0.785 in community sample and 0.816 in clinical sample. Item average scores, standard deviations, CITC and CAID values calculated for each sample are given in Table 3. When CITC was examined, it was seen that correlations ranged from 0.306 - 0.502 in student sample, 0.301 - 0.486 in community sample, and 0.403 - 0.489 in clinical sample. In any sample, it was seen that any item did not show a correlation weaker than the total scale of 0.300 and no significant increase in the internal consistency of the scale was deleted by deleting any item. Parallel analysis results showed that single factor extraction would be appropriate in all three samples. Correlations with CBPQ and CAS-1, PSWQ, WBSI, AAQ-II, PHQ-9 and GAD-7 were examined for concurrent validity. These results are given in Table 5. In all three samples, a medium-sized and positive correlation relationship was found between all assessment tools other than metacognitive beliefs and CBPQ (all p values <0.01). These correlation results support concurrent validity between CBPQ and other scales in the study.

The results of the Kaiser-Meyer-Olkin test, which was evaluated regarding the suitability of the data for factor analysis, were 0.80 in the student sample, 0.84 in the community sample and 0.87 in the clinical sample. Bartlett's spherical statistics was significant in the student sample ($\chi^2(105)=899.7$, p=0.00001), in the community sample ($\chi^2(105)=909.3$, p=0.00001) and in the clinical sample ($\chi^2(105)=1010.1$, p=0.00001).

DISCUSSION

The internal consistency of the scale was found to be sufficient in all three samples (Cronbach α = 0.785 - 0.816), all items reached sufficient correlation with the whole scale (CITC 0.301 - 0.502) and no significant change was observed in internal consistency by deleting any of the scale

items. In the original validity and reliability study, Cronbach α values were reported as 0.90 - 0.92 (Patel et al., 2015). Although the internal consistency value was found to be relatively lower in the Turkish version, the results are acceptable - corresponds to the good range and are consistent with the values generally reported for psychometric tests in the literature (Nunnally, 1978).

Explanatory factor analysis results showed that the scale has a single factor structure in all three samples. This result is consistent with the results in the original study (Patel et al., 2015). While the loading coefficients of the first three items were low in both the clinical sample and the student sample in the original study (Patel et al., 2015), the 1st, 3rd and 10th items in the student sample and the 1st and 3rd items in the community sample had a low loading coefficient. CBPQ showed a positive and moderate correlation ($r=0.326 - 0.561$) with the scales used to assess the severity of both depressive disorder and anxiety disorder. Thus, it was supported that CBPQ is suitable for a transdiagnostic evaluation. Similar results were obtained in the original validity and reliability study (Patel et al., 2015). Similarly, the fact that BDSS total scores did not show statistically different results among the diagnostic categories created in the clinical sample indicates that CBPQ can be used for a transdiagnostic evaluation. This result is consistent with the result obtained in the original scale research (Patel et al., 2015).

Considering the differentiated validity of CBPQ in terms of quality of life, considering the social support, childhood traumatic experiences and poor correlation between the quality of life and perceived weakness correlations between the CBPQ and the items covered by this scale are different from their experiences. It can be considered as both a confirmatory of the transdiagnostic nature of the core psychopathological process represented by the CBPQ, and a finding in favor of their co-validity.

It is possible to use CBPQ both in the evaluation before the treatment and to follow the change after the treatment. Moreover, transdiagnostic processes can be used for evaluation and follow-up not only for patients undergoing TA, but also for patients who are offered treatment-specific treatment approaches for the disorder.

In addition, the fact that CBPQ can evaluate at least some of the transdiagnostic processes through a single scale can help researchers choose their scale. On the other hand, it may be an option for approaches such as metacognitive therapy, acceptance and determination therapy (Wells, 2011; Hayes et al., 2011), which are actually TA, to use CBPQ as the outcome measure.

Keywords: Cognitive and behavioural processes, psychometrics, reliability, transdiagnostic approach, validity