

**T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ BİREYLERİN
PSİKODİNAMİK AÇIDAN KİŞİLİK ORGANİZASYONLARININ
İNCELENMESİ**

Merve ERSÖZ

OCAK 2023

ANTALYA

**T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ BİREYLERİN
PSİKODİNAMİK AÇIDAN KİŞİLİK ORGANİZASYONLARININ
İNCELENMESİ**

Merve ERSÖZ

OCAK 2023

ANTALYA

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ BİREYLERİN
PSİKODİNAMİK AÇIDAN KİŞİLİK ORGANİZASYONLARININ
İNCELENMESİ

Merve ERSÖZ

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI / KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI tezi olarak
18/01/2023 tarihinde jüri tarafından (oybirliği / oyçokluğu ile) kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet YUMRU (Danışman)

Dr. Oğuzhan HERDİ

Dr. Aslı Zeynep BAŞABAK BHAIŞ

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT

Tez Teslim Tarihi: / /2023

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Bireylerin Psikodinamik Açıdan Kişilik Organizasyonlarının İncelenmesi” adlı bu çalışmanın hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, bu çalışmanın herhangi bir kısmının başka bir akademik çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

30 /12 /2022

Merve ERSÖZ

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	Error! Bookmark not defined.
ABSTRACT.....	Error! Bookmark not defined.
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	Error! Bookmark not defined.
TABLolar LİSTESİ.....	Error! Bookmark not defined.
ŞEKİLLER LİSTESİ	Error! Bookmark not defined.
ÖNSÖZ	Error! Bookmark not defined.
1. GİRİŞ	Error! Bookmark not defined.
1.1. Problem Durumu	Error! Bookmark not defined.
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi	2
1.4. Problem Cümlesi	2
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	2
1.6. Araştırmanın Varsayımları	3
2. KURAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4
2.1.1. Klinik Belirtileri.....	5
2.1.2. DSM-5'e Göre Tanı Ölçütleri.....	5
2.1.3. Yaygınlık	6
2.1.4. Görülme Nedenleri	6
2.1.5. Eş Tanı	7
2.1.6. Ayırıcı Tanı.....	7
2.1.7. Tedavi Yöntemleri	8
2.2. Psikodinamik Yaklaşım.....	10
2.2.1. Psikodinamik Bakış Açısına Göre Yapı Kuramları ve Anksiyete.....	11
2.2.2. Nesne İlişkileri Kuramı.....	Error! Bookmark not defined.2
2.2.3. Otto Kernberg Bakış Açısından Psikanalitik Kuram.....	Error! Bookmark not defined.8
2.2.4. Kişilik Organizasyonu Düzeyine Göre Anksiyete.....	19
3. YÖNTEM.....	21
3.1. Örnekleme ve Prosedür	21

3.2. Veri Toplama Araçları.....	21
3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF)	22
3.2.2. Endişe ve Anksiyete Ölçeği (EAÖ).....	22
3.2.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7)	23
3.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3	23
3.2.5. Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN)	23
3.3. Veri Analizi	24
4. BULGULAR.....	26
4.1. Betimleyici Verilerin Analizi	25
4.2. Verilen Normal Dağılım Durumunun Analizi.....	25
4.3. Anksiyete Ölçekleri Puanları ile KOREN Ölçeği Alt Kriterleri Ortalama Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	26
4.4. Primitif Savunmalar ve Anksiyete Ölçek Puanları Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi	27
4.5. Kimlik Difüzyonu ve Anksiyete Ölçek Puanları Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi.....	28
4.6. Gerçeklik Testi ve Anksiyete Ölçek Puanları Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi.....	29
4.7. KOREN Ölçeğinde Bulunan Primitif Savunmalar, Kimlik Difüzyonu ve Gerçeklik Testi Kriterlerinin Ortalamaları ile EAÖ, YAB, INDEX-3 Ölçeklerine Göre Anksiyete Düzeylerinin Pairwise Karşılaştırma Sonuçları	30
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	38
7. KAYNAKÇA.....	39
EK 1. Kişilik Organizasyonları Envanteri – KOREN (IPO-TR)	47
EK 2. Endişe ve Anksiyete Ölçeği	49
EK 3. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3.....	50
EK 4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7).....	51
EK 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF)	52
EK 6. ASV Yaşam Hastanesi İzin Belgesi	53
EK 7. Etik Kurul İzni	54

EK 8. Ölçek Kullanım İzni	55
---------------------------------	----

ÖZET

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ BİREYLERİN PSİKODİNAMİK AÇIDAN KİŞİLİK ORGANİZASYONLARININ İNCELENMESİ

Merve ERSÖZ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Mehmet Yumru

Ocak 2023; 55 sayfa

Yaygın anksiyete bozukluğu kontrol edilmesi güç olan gerilim ve endişe duygusunu içeren belirgin sıkıntı ve işlev kaybına yol açan bir bozukluktur. Bu çalışmada amaç, DSM-5 'e göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin ölçek kullanımı yardımıyla psikodinamik açıdan kişilik organizasyonlarının incelenmesi ve kişilik organizasyonunun bireylerin yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin yoğunluğuna herhangi bir katkısı olup olmadığını görmektir. Araştırma ASV Yaşam Hastanesi psikiyatri uzmanına (Ş.A.) başvuran ve DSM-5 tanı ölçütlerine ve uzman tarafından yapılan klinik değerlendirmeye göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konulmuş 127 kadın /57 erkek 183 katılımcı ile yürütülmüştür. Verilerin toplanması Temmuz 2022- Aralık 2022 tarihleri arasında ASV Yaşam Hastanesi'nde gerçekleşmiştir. Örneklemin yaş ortalaması 34,8 olmakla birlikte katılımcıların yaş aralığı 18-65'tir. Gönüllü katılımcılardan Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN), Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7)'den oluşan 4 öz-bildirim ölçeğini doldurulmaları istenmiştir. Ölçeklerden elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26.0 programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Çalışmada elde edilen veriler; DSM-5'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve kişilik örgütlenmesi alt kriterleri (primitif savunmalar, kimlik difüzyonu, gerçeklik testi) arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuş ve farklı kişilik örgütlenmelerine göre anksiyete düzeylerinin değişiklik gösterdiğini belirtmektedir. Araştırma sonucunda edinilen bulgular; nevrotik kişilik örgütlenmesine daha yatkın olan bireylerin anksiyete düzeyleri psikotik kişilik örgütlenmesine sahip kişilere göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Primitif Savunmalar, Kimlik Difüzyonu, Gerçeklik Testi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Psikodinamik Psikoterapi, Kişilik Organizasyonları

JÜRİ: Prof. Dr. Mehmet YUMRU

Dr. Oğuzhan HERDİ

Dr. Aslı Zeynep BAŞABAK BHAIŞ

ABSTRACT

EXAMINATION OF INDIVIDUALS WHO ARE IDENTIFIED WITH GENERALISED ANXIETY DISORDER THROUGH THEIR PERSONALITY ORGANIZATION BY PSYCHODYNAMIC PSYCHOLOGY

Merve ERSÖZ

PhD Thesis in Department of Psychology

Supervisor: Prof. Dr. Mehmet Yumru

January 2023; 55 pages

Generalised anxiety disorder is hard to be controlled, consists stress and feeling of fear, causes significant loss of function. The aim of this study, according to DSM-5, is to see if the examination of the individuals who are identified with one of generalised anxiety disorders through their personality organization by using psychodynamic psychology effects their anxiety levels. The research has been carried out with 183 participants in total of which 127 women and 57 men who got in contact with the Psychiatrist (Ş.A) at Private ASV Yaşam Hospital Antalya and who were identified with generalised anxiety disorder according to the DSM-5 diagnosis criterias. The data collection was completed at Yaşam Hospital from July to December 2022. The average age of the participants in the sampling is 34,8 with a range from 18 up to 65 years old. Voluntary participants were asked to fill in 4 assessments including The Inventory of Personality Organization (IPO), Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ), Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) and Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7). Datas verified from the scales were statistically analysed by using the programme called Statistical Package for the Social Sciences 26.0 (SPSS). Results of the study introduced a meaningful and positive correlation between the Generalised Anxiety Disorder and sub-criterias of personality organization (primitive defences, identity difusion, reality testing) according to DSM-5 and also highlighted that anxiety levels varied according to different personality organizations. Research findings also proved that individuals who are more capable of neurotic personality organization had lower anxiety levels compared with individuals who are more psychotic personality organization.

KEY WORDS: Primitive Defences, Identity Difusion, Reality Testing, Generalised Anxiety Disorder, Psychodynamic Psychotherapy, Personality Organizations.

COMMITTEE: Prof. Dr. Mehmet YUMRU

Dr. Oğuzhan HERDİ

Dr. Aslı Zeynep BAŞABAK BHAIS

SİMGELER VE KISALTMALAR

Simgeler

P : Anlamlılık Düzeyi

N : Toplam Sayı

SD : Standart Sapma

Kısaltmalar

ADİ : Anksiyete Duyarlılık İndeksi

APA : American Psychology Association

ASV : Antalya Sağlık Vakfı

BOF : Bilgilendirilmiş Onam Formu

DSM-5: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

(Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

EAÖ : Endişe ve Anksiyete Ölçeği

GT : Gerçeklik Testi

ICD : International Statistical Classification of Diseases

(Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

KD : Kimlik Difüzyonu

KOREN: Kişilik Organizasyonu Envanteri

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

PDM-2: Psikodinamik Tanı Kılavuzu

SM : Savunma Mekanizmaları

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YAB : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Maddeli

EAÖTOP: Endişe ve Anksiyete Ölçeği Toplam Puan

YABTOP: Yaygın Anksiyete Ölçeği 7 Maddeli Toplam Puan

INDEXTOP: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği Toplam Puan

STD. HATA: Standart Hata

ASYMP. SIG.: Asymptotic Significance

(Anlamlılık Düzeyi)

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Kişilik Organizasyon Düzeylerini Belirleme Kriterleri	16
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Verileri.....	25
Tablo 4.2. Verilerin Dağılımını Belirlemek Üzere One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi.....	26
Tablo 4.3. EAÖ, YAB ve Anksiyete İndeksi Puanlarının Primitif savunmalar, Kimlik Difüzyonu ve Gerçeklik Testine Göre İncelenmesine Yönelik Spearman's Rho Korelasyon Analizi.....	27
Tablo 4.4. Primitif Savunmalar ve EAÖ/YAB/İNDEKS Ölçekleri Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi	28
Tablo 4.5. Kimlik Difüzyonu ve EAÖ/YAB/İNDEKS Ölçekleri Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi	29
Tablo 4.6. Gerçeklik testi ve EAÖ/YAB/İNDEKS Ölçekleri Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi	30
Tablo 4.7. Primitif Savunmalar ve YAB-7 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması	30
Tablo 4.8. Primitif Savunmalar ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması.....	31
Tablo 4.9. Kimlik Difüzyonu ve YAB-7 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması	31
Tablo 4.10. Kimlik Difüzyonu ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması.....	32
Tablo 4.11. Gerçeklik Testi ve Endişe ve Anksiyete Ölçeği Pairwise Karşılaştırması	32
Tablo 4.12. Gerçeklik Testi ve YAB-7 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması.....	33
Tablo 4.13. Gerçeklik Testi ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Pairwise Karşılaştırması	33

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Kernberg Kişilik Bozuklukları Haritası	18
---	----

ÖNSÖZ

Öncelikle bu çalışmanın hayata geçirilmesi sürecinde bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, yüksek lisans eğitimi boyunca değerli bilgilerini bizimle paylaşan, Psikodinamik Psikoterapi Süpervizörüm ve Danışman Hocam Prof. Dr. Mehmet Yumru'ya teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim sürecim boyunca her sorumu sabırla yanıtlayan, samimiyetle yardımcı olmaya çalışan Dr. Klinik Psikolog Cumhuri Avcil'e

Çalıştığım hastaneye başvuran ve araştırmama katılmayı kabul eden tüm gönüllü psikiyatri hastalarına,

Aktif çalışma hayatıma devam ederken yüksek lisans eğitimimi tamamlamak adına beni destekleyen Başhekimim Dr. Yasemin Zennecioğlu'na,

Tezimi hazırlamamda beni yılmadan motive eden ve destekleyen, yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Emrecan, Fatma ve Ecem'e

Beni çalışmam konusunda desteklemesinin yanı sıra tez dışındaki iş akışımı düzenlememe yardımcı olan Fatma Çelik'e,

Eğitimim konusunda bana benden daha çok inanan ve her daim yanımda olan Dilek Hanım'a,

Kendisine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden psikiyatri hastalarını bana yönlendirdiği için çalışma arkadaşım Dr. Şerife Aslan'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca hem bilgilerini benden esirgemeyen hem de her zorlandığımda beni motive eden, iyi ki tanıdım dediğim dönem arkadaşım Esmanur'a,

Hayatımdaki tüm öğrenim süreçlerim boyunca beni destekleyen, her kararında yanımda olan, tezim için en az benim kadar endişelenen, zorlandığım her anda beni iyi hissettirmek için elinden geleni yapan sevgili anne, baba ve kardeşime

En içten sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

1.GİRİŞ

Bu bölümde öncelikle araştırmanın konusu olan problem durumu, araştırmanın amacı ve önemi açıklanmıştır. Bölümün diğer kısmında ise araştırmanın sınırlılıkları belirtilmiş ve varsayımlardan bahsedilmiştir.

1.1 Problem Durumu

Anksiyete; gerginlik duyguları, endişeli düşünceler ve fiziksel değişiklikler ile karakterizedir. Yaygın anksiyete bozukluğu kontrol edilmesi güç olan gerilim ve endişe duygusunu içeren belirgin sıkıntı ve işlev kaybına yol açan bir bozukluktur. YAB olan kişilerde ‘sürekli, aşırı ve duruma uygun olmayan bir endişe durumu’ ortaya çıkmaktadır. YAB gündelik hayat ile ilgili, birden fazla alana yayılmış aşırı ve kontrol edilemeyen endişe ile karakterize olan bir rahatsızlıktır (APA, 2013).

Literatür incelendiğinde yaygın anksiyete bozukluğu ile ilgili yapılmış olan araştırmaların büyük çoğunluğunda daha çok; bilişsel (Arntz, 2002; Hoffart, 2016; Hoffart ve ark., 2008) ve bilişsel davranışçı (Cassielo-Robbins ve ark., 2015; Telch ve ark., 2011; Tully ve ark., 2017) ekoller ile yaklaşıldığı görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu (Leichsenring ve ark., 2009), sosyal kaygı (Yıldırım, 2006) ve panik bozukluğun (Milrod ve ark., 2007) psikodinamik yaklaşım ile ele alındığı çok sınırlı sayıda çalışma olmasına rağmen, bilişsel ve davranışsal yöntemi benimsemiş çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Cuijpers ve ark., 2016; Çıtak, 2018; Özdemir ve ark., 2020; Gündüz, 2019; Koerner ve Dugas, 2006; Wells ve King, 2006).

Özellikle psikodinamik ekolü benimseyen psikoterapistler için psikopatolojilerin arka planında var olan nedenlerin aydınlatılması, anlaşılması her zaman önem taşıyan bir durum olmuştur (McWilliams, 2011).

Kişilik değişimi amacı ile yürütülen bir psikoterapi sürecinde; insanın gelişimsel süreçlerini, bakış açısını, değişken problem çözme yöntemlerini psikolojik doğasını anlamaya çalışmak, semptomları sınıflandırmaktan çok daha önemli olabilir (Amerikan Psikoloji Birliği, 2012; Norcross, 2011). DSM ve ICD gibi sınıflandırma sistemlerinde, araştırmacıların ortak noktada buluşabileceği bozukluk kategorileri ön planda, kişinin bütünü daha arka planda kalmaktadır. Fakat semptomları anlamak için o semptomları taşıyan kişiyi de anlamamız gerekir (Westen, et.al, 2006). Psikoterapistin yalnızca kategorize edilmiş semptom kümelerini dikkate alarak, bireyin kişilik yapısını ve örgütlenmesini dikkate almadan elde edilen değişimler; kalıcı olmayan ve kısa süreli değişimler olarak kalacaktır. Sürece odaklanan araştırmaların bulgularına göre, psikoterapiden nasıl bir sonuç alınacağını tedavi yaklaşımından daha çok psikoterapinin nitelikleri (psikoterapi ittifakı, aktarım-karşı aktarım görüngüleri, hasta ve psikoterapistin karakter özellikleri) belirlemektedir (Betan, et.al, 2005).

Psikodinamik psikoterapi sürecinde; birçok kişi ilk görüşmede psikoterapiye başvurmasına sebep olan semptom ve belirtiler azalmaya başladığı andan itibaren aslında sorunlarının -onların kim olduğu ve kişilik yapılarının onları nasıl etkilediği- ile bağlantılı olduğunu fark etmeye başlar. Son zamanlarda uzun zamandır süregelen ruh sağlığı bozuklukları ve kişilik bozukluklarına odaklanan psikodinamik temelli

psikoterapilerin faydalarını kanıtlamış birçok meta-analiz çalışması yapılmıştır (Fonagy, 2015; Leichsenring ve diğ., 2013; Shedler, 2010; Çıtak, 2018; Ögünç & Eren, 2012).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada amaç, DSM-5 'e göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin ölçek kullanımı yardımıyla psikodinamik açıdan kişilik organizasyonlarının incelenmesi ve kişilik organizasyonunun bireylerin yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin yoğunluğuna herhangi bir katkısı olup olmadığını görmektir. Araştırma yaygın anksiyete bozukluğunun altında yatan psikodinamik kişilik yapısı özelliklerini saptamak amacıyla yürütülmüştür.

1.3. Araştırmanın Önemi

Yaygın anksiyete bozukluğu bugüne kadar birçok ekol tarafından ele alınmasına rağmen; genellikle bilişsel süreçler üzerinde durulmuş (Arntz, 2002; Hoffart, 2016) ancak psikodinamik yaklaşımlar tarafından (Leichsenring ve ark., 2009), ele alınıp incelemek adına az sayıda geçmiş çalışma vardır. Sosyal kaygı (Yıldırım, 2006) ve panik bozukluğu (Milrod ve ark., 2007) psikodinamik yaklaşım ile ele alınan az sayıda kaynakların ele aldığı konulardır ancak yaygın anksiyete bozukluğu bu konuların içerisinde değildir. Bu doğrultuda çalışmanın literatüre katkıda bulunacağı düşünülmüştür. Ruh sağlığı alanında yaygın anksiyete bozukluğu tanısı ve semptomlarıyla sıklıkla karşılaştığı ve kişilerin işlevselliklerini etkilediği düşünülürse; tedavi ve nedensellik açısından çalışmanın bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Problem Cümlesi

Bu araştırmanın problem cümlesi 'yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerin psikodinamik açıdan kişilik organizasyonları nasıldır?' şeklinde düşünülmüştür.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları incelendiğinde;

1. Araştırmada bireyler ASV Yaşam hastanesinde çalışan psikiyatri uzmanına (Ş.A.) başvurmuş ve klinik değerlendirme sonucunda yaygın anksiyete tanısını almış kişilerdir bu nedenle belirtileri yaşayan ancak bir uzmana başvurmamış/tanı almamış kişiler araştırmaya dâhil edilememiştir.
2. Araştırmaya dâhil edilecek kişiler Antalya ili ile sınırlı olup örnekleme oluşturan kişiler yalnızca ASV Yaşam Hastanesi ile sınırlı kalmıştır.
3. Araştırma kullanılan ölçeklerin ölçtüğü kriterlerle sınırlıdır.
4. Katılımcıların herhangi bir eş tanılarının olup olmadığı kriterler içine dâhil edilmemiş olması bireylerin anksiyete düzeylerini daha ileri düzeyde kategorize etmeyi engellemiştir.

5. Araştırmaya dahil edilen bireyler DSM-5 tanı kriterlerine göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış olmalarına rağmen kullanılan üç anksiyete ölçeğinden bir tanesi DSM-IV tanı kriterlerine göre oluşturulmuş bir öz-değerlendirme ölçeğidir.

6. Bilindiği gibi psikodinamik tanı psikodinamik görüşmelere dayalı formülasyon süreçleri sonrası klinik olarak uzun görüşmeler sonrası konulmaktadır. Bu çalışmaya dâhil edilen hastaların, psikodinamik açıdan formülasyon süreçlerinden geçmeden sadece ölçek değerlendirilmesi ile psikodinamik açıdan bir bakış ile ele alınması diğer önemli bir kısıtlılıktır.

1.6. Araştırmanın Varsayımları

1. Bu çalışma DSM-5'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış bireylerin psikodinamik açıdan kişilik organizasyonlarının (nevrotik, psikotik, sınır durum) her üç düzeyde de olabileceği varsayılmaktadır.
2. Psikodinamik açıdan kişilik organizasyonlarının bireylerin anksiyete düzeylerinde ve DSM-5'e göre aldıkları yaygın anksiyete tanı kriterlerinin şiddet düzeyi üzerinde bir etkisi olduğu varsayılmaktadır.
3. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerle yürütülen çalışmada nevrotik kişilik örgütlenmesine yatkın kişilerin diğer kişilik örgütlenme düzeylerine göre anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.
4. Nevrotik kişilik örgütlenmesine daha yatkın bireylerin primitif savunma, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi sonuçlarının normal sınırın altında olacağı öngörülmektedir.
5. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerle yürütülen çalışmada psikotik kişilik örgütlenmesine daha yatkın kişilerde ise anksiyete düzeylerinin daha düşük olması beklenmektedir.
6. Psikotik kişilik örgütlenmesine daha yatkın bireylerin primitif savunma, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi sonuçlarının normal sınırın üzerinde olacağı öngörülmektedir.
7. Sınır kişilik örgütlenmesine daha yatkın bireylerin ise primitif savunma, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi sonuçlarının ortalama ve anksiyete düzeylerinin de diğer iki kişilik yapılanmasına göre yine ortalama sınırda kalacağı düşünülmektedir.
8. Tekrarlayan Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastaların altta yatan herhangi bir düzelmemiş kişilik örgütlenmesi ile ilişkisi olabileceği öngörülmektedir.

2.KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde yaygın anksiyete bozukluğuna ilişkin kuramsal çerçeve ve psikodinamik psikoterapi yaklaşımında kişilik organizasyonları hakkında bilgi sahibi olmanın rolü ve öneminden bahsedilmiştir.

2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), gündelik hayat ile ilgili, birden fazla alana yayılmış aşırı ve kontrol edilemeyen endişe ile karakterize olan bir rahatsızlıktır (APA, 2013). Yaygın anksiyete bozukluğunu teşhis etmesi zor olduğu gibi; anksiyete bozuklukları arasında klinik tablonun en karışık olduğu ruhsal rahatsızlıklardan biridir (Tyrer, 1999). Hissedilen semptomlar diğer anksiyete bozukluklarına göre daha dağınık, gerginlik hissi belki daha hafif ancak kroniktir. Yaygın anksiyete bozukluğunda abartılı bir endişe hali eşlik etmesine rağmen; kişinin panik bozukluk eş tanısı olmadığı sürece hiç panik atağa rastlanmamaktadır.

Endişe duygusu günlük hayatta her zaman kişileri zorlayan ya da işlevselliği bozan bir duygu olmamasına rağmen YAB tanısı alan bireylerde endişeyi kontrol etmek zaman zaman zor olmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğunda endişe süreklidir; bu aşırı endişenin altı aydan daha uzun zamandır mevcut olduğu, kontrol edilemediği ve sadece kişinin güncel ve rutin hayatındaki akut stres durumundan dolayı meydana gelmediği ancak YAB semptomlarından kaynaklanabilir (Robichaud ve Dugas, 2018). Bu endişenin yaygın anksiyete bozukluğu kategorisine girebilmesi için birden fazla alanda görülmesi gerekmektedir. Farklı pek çok konu hakkında- sağlık, ailevi problemler, para, okul, iş vs. kısacası ‘her şey’ ile ilgili olabilmektedir. Aşırı ve kontrol etmekte zorlanılan endişeler, kas gerilmesi, huzursuzluk, çabuk yorulma ve sinirlenme, dikkat ve uyku problemleri gibi fiziksel ve zihinsel şikâyetlere yol açmaktadır (Morrison, 2014).

Yaygın anksiyete bozukluğu kişinin işlevselliğini, günlük rutinini ve hayat kalitesini negatif yönde etkileyebilmektedir. Bu sıkıntı hissi, gerginlik hali veya yeti eksikliği (iş/egitim işlevselliğinde, sosyal veya kişisel işlevsellikte bozulma) 6 ay ve daha fazla süreyle, neredeyse her gün yaşanmaya devam etmesi halinde tanı ölçütlerinin belirli bir kısmının karşılandığı anlamına gelmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler sıkıntı ve huzursuzluk halinin yanı sıra özellikle uyku ve iştah sorunları yaşayabilmektedir. Kişilerin endişeleri gün boyu devam ettiği gibi, geceleri de huzursuzluk hali devam ettiğinden kişiler uykuya dalmada güçlük çekebilir; aynı zamanda geceleri sık sık uyanma, kâbus görme, uyku kalitelerinin azalması dolayısıyla da yorgun ve bitkin uyanmak gibi fiziksel semptomlar yaşayabilirler.

Yaygın anksiyete bozukluğunu teşhis etmek zor olabilmektedir; semptomlar diğer anksiyete bozukluğu türlerine göre daha dağınık olup, bu tanı kriterlerine sahip kişiler yıllarca bir klinisyen tarafından tedavi görmeden semptomatik şekilde yaşayabilirler. Bunun sebeplerinden biri, YAB’nun diğer anksiyete bozukluğu türlerine göre zarar derecesinin çok yoğun ve ciddi seviyelerde olmamasıdır (Morrison, 2014).

2.1.1. Klinik Belirtileri

Yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerin en az 6 aydır devam eden, çoğu günler ve bu sürenin çoğu gününde bazı semptomlar göstermeleri beklenmektedir. Bu semptomlar genellikle; uyku ve iştahta bozulma, huzursuzluk, dikkati toplama ve sürdürmede zorluk, odaklanma güçlüğü, yorgunluk, kas gerginliği, çabuk öfkelenme, kontrol edilmesi zor endişe duygusu, kötü bir şey olacakmış korkusu vs. olabilmektedir. Bu belirtilerden hepsi her bireyde görülmemekle birlikte en az üçünün aynı zaman diliminde eşlik etmesi beklenmektedir. Gerçek olmayan tehlikelere karşı kendini savunma, plan yapma, kaçınma ve güvence arama davranışı fiziksel ve psikolojik belirtilere eşlik edebilmektedir.

2.1.2. DSM-5'e Göre Tanı Ölçütleri

DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA, 2014):

- A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):
Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin bulunması yeterlidir.
 1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
 2. Kolay yorulma.
 3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihin boşalması.
 4. Kolay kızma.
 5. Kas gerginliği.
 6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, ile ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirilme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

2.1.3. Yaygınlık

Yaygın anksiyete bozukluğu tanısının ülkemizdeki genel yetişkin nüfusunda yaşam boyu görülme sıklığı %5-6'dır (Wittchen ve Hoyer, 2001). Diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi kadınlarda daha fazla görülmektedir. Yaşla birlikte anksiyete duyarlılığı artar. YAB yaşlılıkta en sık görülen anksiyete bozukluğudur (APA, 2013).

Klinik gözlemlere dayanarak yapılan araştırmalara göre tedavi amaçlı başvuran hastaların yaklaşık %25'i yaygın anksiyete bozukluğuna sahiptir (Kaplan, 2016). Uzun dönemli YAB çalışmalarında, 5 yıllık süre içinde hastalığın tamamen azalma oranı %38, yüksek nükslerle beraber kısmi azalma oranı %47 olarak bulunmuştur (Yonkers ve ark., 2000). Yaygın anksiyete bozukluğunun cinsiyet farklılıklarına göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir. Ayrıca işsiz, boşanmış, ayrı yaşayan, düşük eğitim seviyesine sahip, düşük sosyoekonomik şartları olan, kronik sağlık problemleri olan bireylerde yaygın anksiyete bozukluğu daha sık görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yarısından fazlasında eş zamanlı olarak başka bir psikiyatrik bozukluk daha görülmüştür. Ayrıca YAB tanısı almış birey sayısına yakın düzeyde bulunan tanı kriterlerini karşılamayan ancak belirtilerin çoğunu eşik altı düzeyde yaşayan bireyler de bulunduğunu unutmamak gerekmektedir.

Genellikle erken erişkinlik döneminde başlamakla birlikte yaygın anksiyete bozukluğu en sık orta yaşlarda görülmektedir. Tedaviye başvuru en erken 20'li yaşlarda başlamakla birlikte, bozukluk sıklıkla 30'lu yaşlarda sık görülmektedir (Morrison, 2014). Kadınların yaşam olaylarına daha duyarlı olmaları ve menstrüel döngülere eşlik eden ruhsal sıkıntılarının varlığı (Howell ve ark., 2002) dolayısıyla erkeklere oranla yaygın anksiyete bozukluğu semptomlarını daha sık yaşamalarına yol açmaktadır (Robichaud ve ark., 2003).

2.1.4. Görülme Nedenleri

Yaygın anksiyete bozukluğunun görülmesinde genetik faktörler önemli rol oynamaktadır (DSM-V, APA, 2013). Toplumda anksiyete bozukluğuna rastlanma oranı %3 iken, YAB tanısı alan hastaların birinci derece akrabalarında yaygın anksiyete bozukluğuna rastlanma oranı %15 olarak bulunmuştur. İkiz çalışmalarında elde edilen bulgular değerlendirildiğinde ise; yaygın anksiyete bozukluğunun kalıtsal geçiş oranı %15-40 arasında olduğu gözlemlenmiştir (Wittchen ve Hoyer, 2001).

Yaygın anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında GABA benzodiazepin kompleksi ve serotonerjik sistemin önemli olduğu düşünülmektedir. GABA-Benzodiazepin Reseptör-Cl⁻ iyonoforu, santral noradrenerjik ve serotonerjik sistemler anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasında ve anksiyete düzeyinin normal seviyenin üzerinde kalmaya devam etmesinde major role sahiptir (Uzbay, 2002). GABA, serotonin ve noroepinefrin gibi beyin kimyasallarındaki dengesizliğin de yaygın anksiyetenin oluşumuna katkı sağladığı bilinmektedir (Mental Illness Research, Education and Clinical Center, 2019).

Geçmişte yapılmış genetik faktörün anksiyete üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar, çevresel faktörlerin de anksiyete bozukluklarında önemli bir yer kapladığını belirtmektedir (Torgersen, 1983). Ebeveyn tutumları, yetiştirme koşulları, sosyoekonomik faktörler, eğitim düzeyi, gözlemlenen anne-baba ilişkisi, öğrenilmiş normlar, rol model alınan kişilerin tutumu vs. kişilerin anksiyete düzeyini etkileyebilir ve yaygın anksiyete bozukluğu açısından önemli birer faktör olabilmektedir. Özellikle en çok dikkat çeken ilişki anksiyete ile aşırı korumacı ebeveyn tutumu arasında bulunmuştur (Kaplan, 2016). Ayrıca geçmiş zamanlarda yapılan boylamsal araştırmalara göre, mizaç ve anksiyete arasında bir ilişki vardır (Öztürk, 2021). Anksiyeteli bireylerin, kontrol grubuna göre çocukluk dönemlerinde daha yüksek anksiyete ve nevrotik mizaç özelliğine sahip olduğu bulunmuştur (Brown ve ark., 1998; Nachmias ve ark., 1996; Pollack ve ark., 1996; Uliaszek ve ark., 2009; Van der Molen ve ark., 1989)

2.1.5. Eş Tanı

Anksiyete semptomları, psikotik, duygu durum (depresif veya manik), yeme, somatizasyon ve bilişsel bozukluklar gibi neredeyse tüm zihinsel bozukluklarda görülebilmektedir (Morrison, 2014). Anksiyete bozuklukları arasında agorafobili panik bozukluğu (%3-27), basit fobi (%21-55), sosyal fobi (%16-59), yaygın anksiyete bozukluğu ile birlikte en sık bulunan bozukluklardan birkaçıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin neredeyse 3'te 1'inde majör depresyon (%8-39) bulunmaktadır (Wittchen ve Hoyer, 2001). Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler depresyon tanısı almasa bile bazıları depresyon tanı ölçütlerinden eşik altı belirtilere sahip olduğunu belirtmektedir. Geçmiş araştırmalardan bir tanesi göstermektedir ki; yaygın anksiyete bozukluğuna sahip hastaların %90.8'i ek bir depresif veya anksiyete bozukluğu tanısı almıştır (Özcan ve ark., 2006).

Distimik bozukluklar, sosyal fobi, özgül fobi (Wittchen ve ark., 1994) gibi ruhsal bozukluklar da yaygın anksiyete bozukluğuna en sık eşlik eden tanılardan bazılarıdır (Angst, 1993). Ayrıca yaygın anksiyete bozukluğu yaşam konforunu bozması, stres, kan basıncı, tansiyon vs. fiziksel etkilere neden olması sebebiyle hipertansiyon, diyabet, çeşitli kalp rahatsızlıkları, egzama/ sedef hastalığı gibi stres ve anksiyete kaynaklı çeşitli deri hastalıklarına da sebep olabilmekte ve eş tanı ihtimalini arttırmaktadır (Kaban, 2021). Yapılan bir çalışmada, erkeklerde YAB ile alkol ve madde kullanımının, kadınlarda ise YAB ile duygu durum ve anksiyete bozukluklarının eş tanı ihtimalinin yüksek olduğu bulunmuştur (Vesga- Lopez ve ark., 2008).

2.1.6. Ayrırcı Tanı

Yaygın anksiyete bozukluğunda yaşanan endişe ve kaygı; başka herhangi bir zihinsel bozukluk ya da ruhsal bozuklukla açıklanamamalıdır. Ayrıca başka bir anksiyete bozukluğu üzerine odaklı olmaması beklenmektedir. Yaygın anksiyete ayrırcı tanısında madde kullanımı ve fiziksel bozukluklar, duygu durum bozuklukları, diğer anksiyete bozuklukları OKB ve TSBB gibi bozukluklar dikkate alınmalıdır. Yaygın anksiyete bozukluğunda endişe 'her şey' ile ilgili olabilirken, diğer anksiyete bozukluklarında endişe konusu tek bir konu üzerinde odaklı olabilmektedir. Örneğin: ayrılma anksiyetesi bozukluğunda; endişe yalnızca 'bağlanma figürlerinden ayrılma' üzerine, obsesif kompulsif bozuklukta; kirlenme-kontrol ihtiyacı-hastalık korkusu vs. üzerine; somatizasyon bozukluğunda, fiziksel semptomlar üzerine, sosyal anksiyete

bozukluğunda; rezil olma-insanlar tarafından nasıl görüldüğü üzerine, anoreksiya nervozada; kilo alma-fiziksel görünüm üzerine olabilmektedir (Morrison, 2014). Tüm bu anksiyete bozuklukları ya da depresif belirtilere ek olarak yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri de eşlik edebilmektedir. Semptomların benzer olduğu panik bozuklukta; beklenmedik ve tekrarlayan panik ataklar, terleme, titreme, kalp çarpıntısı, nefes darlığı, mide bulantısı gibi otonom sinir sistemi belirtilerinin çok daha yoğun görülmesi ve bunlarla birlikte ortaya çıkan ölüm korkusu ayırıcı olabilmektedir. Dolayısıyla yaygın anksiyete bozukluğu semptomları diğer ruhsal bozukluklardan bağımsız olarak meydana gelmektedir diyebiliriz (Morrison,2014). Yaygın anksiyete bozukluğu özgül bir psikiyatrik tanıdır.

Tüm bunlara ek olarak yaygın anksiyete bozukluğuna en benzer semptomları olan anksiyete bozukluklarını ele alırsak; panik bozukluğun beklenmedik ve tekrarlayan panik ataklar içermesi sosyal anksiyete bozukluğunun panik atakların da eşlik edebildiği sosyal ya da performans gerektiren durumlarda korku ve kaçınma içermesi, agorafobinin kalabalık ortamlarda yalnız kalma korkusu ve panik atak sırasında kaçmanın ve bulunduğu yerden çıkamamanın kolay olmadığı yerlerden kaçınma içermesi, çekingen kişilik bozukluğunun reddedilme ve eleştiriye karşı aşırı duyarlılık, yetersizlik hissi içermesi bu bozuklukları YAB tanısından ayırt etmeye yardımcı olmaktadır (Kocabaşoğlu, 2008). Yaygın anksiyete bozukluğuna en sık eşlik eden ve ayırt etmekte zorlanılan bozukluklardan bir diğeri ise depresyondur. Enerji ve ilgi azlığı, mutsuzluk, çökkün duygu durum, isteksizlik, ağlama nöbetleri ve intihar girişimi vs. belirtiler depresyonu daha çok düşündürmekte ve yaygın anksiyete bozukluğundan ayırımında belirleyici olmaktadır (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011).

2.1.7. Tedavi Yöntemleri

Yaygın anksiyete bozukluğu bireylerin günlük yaşam rutinlerinin bozulmasına, yaşam standartlarının düşmesine, konfor alanlarının kısıtlanmasına sebep olabilmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğunda kişilerin yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomlar müdahale edilmediği takdirde kişilerin işlevselliklerinin bozulmasına sebep olacaktır. Bireylerin doğru tanı ve teşhis alabilmeleri için; belirtilerin doğru ölçüm araçları aracılığıyla, ayırıcı ve eş tanıları göz önüne alınarak araştırılması gerekmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu için en etkili tedavinin psikoterapi ve farmakoterapinin aynı zamanda uygulanması olarak bilinmektedir. Tedavi sürecine başlamadan önce doğru tedavi planının yapılması; süreci ve şiddeti belirleme, etiyolojik nedenlere ve uyaranları araştırma, kişinin kronik diğer hastalıklarını öğrenme ve müdahale etme ve son olarak nüksetme ihtimalini önlemek üzere çalışmalar yapılmalıdır.

Farmakolojik tedaviden bahsetmek gerekirse; en sık kullanılan anksiyolitikler benzodiazepinlerdir. Sırasıyla antidepresanlar (doksepin, imipramin, nefazodon, paroksetin ve venlafaksin), GABAerjik ajanlar, 5HT reseptörlerini etkileyen batablökerler, serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) yaygın anksiyete bozukluğunun farmakolojik tedavisinde etki mekanizması en yüksek olduğuna inanılan ilaçlardır.

Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisi için en sık tercih edilen psikoterapi yaklaşımları ise; psikodinamik psikoterapi, bilişsel davranışçı psikoterapi, destekleyici psikoterapi olarak bilinmektedir (Saatçioğlu, 2001).

Çoğu anksiyete bozukluğu tedavisinde olduğu gibi bilişsel-davranışçı psikoterapi yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde de etkin şekilde kullanılmaktadır. Bilişsel psikoterapi yaklaşımı; çeşitli bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri (tehdit uyarılara karşı yorumları, otomatik düşünceleri değiştirmek, kişinin fiziksel belirtileri doğru yorumlamasına yardımcı olmak, anksiyetenin yarattığı fiziksel belirtilerden korkmamayı öğretmek) kullanılarak gerçek olmayan tehlikeler hakkındaki olumsuz inançları ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Davranışçı psikoterapi ise davranışsal teknikler (maruz bırakma, endişe oluşturan durumlarla adım adım karşılaştırma, alışma-söndürme gibi) kullanılarak anksiyeteyi azaltmayı hedeflemektedir. Kafein ve diğer stimülanların miktarının azaltılması, düzenli beslenme ve uyku, hiperventilasyon tedavisi de bilişsel davranışçı psikoterapi modelinin önemli basamaklarından. Psikoterapistin psiko-eğitim vererek; kişiye yaygın anksiyete bozukluğunun nasıl geliştiğini, kişinin nelerle karşılaşabileceğini ve kaygılandığı anda neler yapabileceğinin bilgisini vermesi; bireyin çarpıntı, baş dönmesi, titreme, terleme vs. fizyolojik duyuları yanlış yorumlamasını engellemektedir. Psikoterapistin özellikle bireyin anksiyetesi yükseldiği durumlarda uygulaması amacıyla nefes egzersizleri ve gevşeme tekniğini öğretmesi önemli bir rol oynamaktadır. Bilişsel davranışçı psikoterapinin en önemli amaçlarından biri de kaçınma davranışını ortadan kaldırmak ve bireyin beklenti anksiyetesini azaltmaktır.

Psikodinamik psikoterapinin içeriği ve süreci bilişsel davranışçı psikoterapiden farklılık göstermektedir. Psikodinamik psikoterapi modelinin temelinde çatışmanın çözülmesi, işlev bozukluğuna ait ilişkiler, uyum bozukluğuna yönelik savunmaların ele alınması vardır (Saatçioğlu, 2001). Psikodinamik psikoterapi modelinde güvenli bağlanmanın sağlıklı bir şekilde gelişmediği durumlarda, psikoterapist ile pozitif bir terapötik ilişkinin düzeltici duygusal deneyim yaratmak konusunda yardımcı olduğu vurgulanmaktadır (Çıtak,2018).

Psikodinamik psikoterapiye göre intrapsişik çatışmadan kaynaklanan anksiyetenin sebebi savunma mekanizmalarını devreye sokamamaktır. Psikanalitik literatür kaygıları farklı türlerde tanımlamış olup; bilinçli ve bilinçdışı diye ayrımlar yapmaktadır (Psikodinamik tanı kılavuzu PDM-2, 2017). Ahlaki kaygı, kastrasyon kaygısı, ayrılma kaygısı, yok olma kaygısı, parçalanma kaygısı gibi çeşitli kaygı türleri psikodinamik psikoterapinin ilgilendiği anksiyetenin kökeninde yatan alt başlıklarından bazılardır. Psikodinamik psikoterapi diğer psikoterapi modellerinden farklı olarak yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde yalnızca semptomatik rahatlamayı hedeflemez. Aynı zamanda uzun süreli hedef olan kişilik değişimini de ön planda tutmaktadır.

Psikodinamik yönelimli destekleyici psikoterapi ise çevresel stresin azaltılması ve bozulmaya sebep olan sıkıntılı durumların düzeltilmesini sağlamayı hedeflemektedir (Winston ve ark., 2004). Güvence verme, cesaretlendirme, akla uydurma ve bakış açısını değiştirme vs. teknikler destekleyici psikoterapide sıklıkla kullanılmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu semptomlarını en aza indirmek için psikoterapist, gündemi belirlemeli ve sorunların gerekçelerini açıklamalıdır (Winston ve ark., 2004).

Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisi için kesin bir süre verilememekle birlikte kişilere göre değişkenlik gösterdiği bilinmektedir. Antidepresan tedavisi ile başarılı bir sonuç elde edilen hastaların yaklaşık %50' sinde, ilaç tedavisi kesildikten 6 ay sonra belirtilerin tekrar ortaya çıktığı belirtilmiştir (Rickels, ve ark., 1988). Bu nedenle bazı

araştırmalar en düşük ve etkin dozda farmakolojik tedavinin uygulanmasını ve 6 aylık aralıklarla ilaç tedavisinin bırakılarak yeniden değerlendirilmesinin doğru uygulama olduğunu savunmaktadırlar (Rickels ve ark., 1988). Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerin kısa süreli tedaviden fayda gördüğü, ancak tedavinin uzatılması gerektiğinin sağaltım açısından önemi vurgulanmaktadır (Saatçioğlu, 2021).

2.2. Psikodinamik Yaklaşım

Ruh sağlığı ile ilgili sınıflandırma sistemlerinden biri de psikodinamik yaklaşım bakış açısıyla kişilik yapılarının incelenmesidir. Psikodinamik yaklaşım özellikle bilinçdışı ve ruhsal sorunların kökensele nedenlerine odaklanarak normal ve anormal davranışların altında yatan güçlerin, anlamların ve nedensel etkilerin incelenmesini temel almaktadır. Psikodinamik yaklaşımın amacı yalnızca semptomları sınıflandırma değil; hastanın öyküsünü ve bireysel farklılıkları göz önüne alarak doğru tedavi yöntemini seçmektir.

Hastanın dinamikleri ve karakter yapısı psikoterapistin tedavideki yol haritası için temel yapı taşlarıdır. Dinamik yönelimli bir psikoterapist hastayla tedavi sürecinin en erken aşamasında DSM gibi sınıflandırma sistemlerinin penceresinden hastalık teşhisine bakmanın yanı sıra dinamik çerçevede bireyin karakter yapısının temelinde nevroitik mi, sınır durum mu yoksa psikotik mi? sorusunun cevabı hakkında genel bir değerlendirme yapma eğilimi içinde olmalıdır.

Kişilik sorunları ve semptomların nedenleri üzerine araştırmalar yapan psikanalitik düşünürler, sonuçta psikodinamik kuram olarak adlandırılan zihinsel örgütlenme ve davranış üzerine genel bir kuram geliştirdi (Winston ve ark., 2004). Psikodinamik bakış açısı, zihinsel yaşantının büyük bir kısmının bilinçdışı olduğunu savunmaktadır. Yetişkin bireyi en çok şekillendiren çocukluk çağı yaşantılarıdır. Hastanın psikoterapiste olan aktarımı, psikoterapi sürecine olan direnci, diğer insanlarda ne tür bir etki yarattığını anlamaya dair psikoterapistin karşı aktarımı psikodinamik psikoterapide dikkat edilen en önemli temel kavramlardır. Psikodinamik yaklaşıma göre yetişkin bireylerin davranışlarının altında yatan bir neden olmakla birlikte bu davranışların bir işlevi olduğu ve sıklıkla bilinçdışı güçler tarafından belirlendiğini savunmaktadır (Rockland, 1989). Duygular üzerine odaklanma, kaçınma davranışının nedenlerinin araştırılması, tekrar eden temaların ve örüntülerin araştırılması, geçmiş yaşantıları göz önünde bulundurma, kişilerarası ilişkilerin önemine odaklanma, isteklerin ve düşlerin incelenmesi psikodinamik psikoterapiyi diğer psikoterapi modellerinden ayıran en önemli özelliklerdir (Gabbard, 2004).

Nedensellik ve bilinçdışı zihinsel durumlar dışında, kişiler arası ilişkilerin içsel temsilleri, psişik savunmalar, terapötik ilişkinin önemi ve gelişimsel bakış açısı da psikodinamik yönelimli psikoterapistlerin dikkatle inceledikleri noktalardır (Fonagy ve Target, 2009). Bu incelemenin yoğunluğu psikodinamik psikoterapinin yelpazesi doğrultusunda değişkenlik göstermektedir. Yelpaze destekleyici psikoterapi ile başlar, açıklayıcı psikoterapiye doğru gider. Destekleyici ve açıklayıcı psikoterapiyi net sınırlarla birbirinden ayırmak özellikle yelpazenin ortalarında zorlaşmaktadır. Açıklayıcı uçta en analitik yönelimli psikoterapi bile düşük düzeyde bile olsa destekleyici öğeler içermektedir (Winston ve ark., 2004).

2.2.1. Psikodinamik Kuramı Benimseyen Teorisyenler ve Anksiyete

Freud'un kaygı ile ilgili görüşleri incelendiğinde ortaya attığı iki farklı teori görülmektedir. Freud, ilk teorisinde libidinal enerjinin bastırılmasından kaynaklı kaygının ortaya çıktığını açıklamaktadır. Libidonun sağlıklı bir şekilde bastırılmaması ya da boşaltılmaması, Freud'a göre kaygı nevrozuna neden olmaktadır (Freud, 1962). Kaygının bir tehlike karşısında ortaya çıkan bir sinyal olduğunu vurgular. Freud, daha sonra libidonun bastırılmasının değil kaygının bastırmaya neden olabileceği hakkında bir diğer kaygı teorisini ortaya koymuştur (Freud,2019). Freud kaygıyı, fizyolojik sebeplerle ilişkili bir duygulanım olarak tanımlamaktadır (Hendrickx, 2017).

Freud, bebeklik döneminde kaygının; dış dünyadan gelen tüm uyanları sağlıklı bir şekilde işleyememek ve bebeğin bağımlı olduğu kişilerin sevgi ve ilgisini kaybetmek üzere kaygı yaşadığını açıklamaktadır (Hekimoğlu ve Bilik, 2020). Ödipal dönemde ise, anneye karşı olan cinsel arzular ve anneyi elde etmeye yönelik babayla olan rekabetten dolayı ortaya çıkmaktadır. Bu sebepten dolayı kaygı egonun kendini gerçek bir tehlike altında hissetmesi anında savunma olarak ortaya çıkmakta ve nevrozun temel bir yapısı haline gelmektedir. Çevresel faktörler ve uyanlar ortadan kalksa bile, nevrotik özne tehdit hala devam ediyormuş gibi davranmaya meyillidir (Hekimoğlu ve Bilik, 2020).

Anna Freud, Freud'un yetişkin bireyler üzerinde yaptığı çalışmaları çocuklarla psikanaliz olarak geliştirmiş, psikodinamik oyun terapisini geliştirmiştir. Çocuk psikopatolojisine dair alana birçok katkı sağlayan Anna Freud, çocukluk çağı travmaların bireyin yetişkinlik dönemindeki kişilik yapılarında etkisi olduğunu vurgulamıştır. Anna Freud, normal ve sağlıklı bir gelişim süreci için çocukları analiz etmenin öneminden bahsetmektedir (Karabacak, 2021). Ayrıca Anna Freud'un bir diğer önemli teorisi ise ego ve savunma mekanizmaları üzerine idi. Bireylerin benlik bütünlüğünü koruyabilmek adına tehdit karşısında savunma mekanizmalarını kullandığını ancak bu savunma mekanizmalarının gerçekle yüzleşmeyi engellemek gibi negatif tarafları olduğunu, bireysel gelişime ket vurduklarını savunmuştur

Freud kaygının nedenini kastrasyon korkusu olduğunu açıklarken, Lacan kaygının nedeninin aslında kastre olamama korkusu olduğunu açıklar. Lacan'a göre kaygı, anne tarafından yutulma riski ile oldukça ilişkilidir (Hekimoğlu ve Bilik, 2020).

J. Lacan, ortaya koyduğu kuramı 'Freud'un savunucularından olarak bilinen ve 'Freud'un yeniden yorumlanması' ilkesiyle psikanalizi bilinçdışı bilimi olarak tanımlayan Fransız bir psikanalisttir (Tuzgöl, 2019). İlkel arzular ve sınırlamalar arasındaki bilinçdışı çatışmaların ruhsal hastalıkların kaynağı olduğunu savunmaktadır. Ruhsal gelişimin Öteki ile ilişki içinde gerçekleştiğini ve Öteki'nin etkilerini dikkate almaktadır. Lacancı bir terim olan Öteki, birey anlamında değil; öznenin yetişmesinde faktör olan eğitim, kültür, medya, öğretim vb. tüm unsurlar için kullanılmaktadır. Lacan'a göre öznenin kuruluşunda ilksel ve kökensel olmak üzere iki tür önemli travma temeli oluşturmaktadır: Bebeğin annenin yerine geçen kısmi nesnelere kaybetmesi (arzunun nedeni olan nesnelere) ve anneye bir bütün olma özdeşiminin kaybı (ödipal kayıp) (Williams, 1994). Çaresiz bebek Öteki'ne yönelir, Öteki'nin bebeği içsel gerilimden kurtaracak bazı davranışlarda bulunması beklenir, Öteki'nin yanıt vermediği durumlarda bedensel acı, ruhsal acıya dönüşmeye başlar ve bu ilksel travmatizasyonun

(ayrılığın) ortaya çıkışı olarak kabul edilir. Anksiyetenin çocuklarda ilk ortaya çıkışı böylelikle ‘ayrılık anksiyetesi’dir. Öteki’nin verdiği yetersiz yanıt, gerilimi ortadan kaldıramaz ve kimlik oluşumunda ‘eksikliğe’ neden olur.

Kökensel bastırmanın başarılabilmesi fallik gösteren yerine paternal gösterenin (babanın adı) geçmesidir. Kökensel bastırma; çocuğun kendisini Öteki’nin arzusuna saptanmış olmaktan özne olmaya geçmesidir. Lacan’a göre gerçeklik, kökensel bastırmanın sonucunda simgeselin ötesinde kalmış eksiklik yeridir. Bağlantı noktası yoktur, bilinçdışı arzusunun ötesinde kalmıştır. Gerçeklik’e asla ulaşamayacağı için; bilinçdışı, arzu doyurulamaz. Lacan simgesel özdeşleşmeyi; hoş sevimye değer gözükecek şekilde baktığımız yerle özdeşleşme, imgesel özdeşleşmeyi ise; kendi imgemizle ‘olmak istediğimiz şeyi’ temsil eden imgeyle özdeşleşme olarak açıklar. Lacan bakış açısıyla özdeşleşme süreci; imgesel- ötekinin arzusu (olmak istediğimiz şey), simgesel- sembolik yerine geçen (baktığımız yer), özne-ben (sembolik kastrasyonla ben doğar) olarak özetlenebilir. Bu süreçlerin Freudien bakış açısıyla oral, anal, fallik dönemleri temsil ettiğini söyleyebiliriz (Tuzgöl, 2018; Erkan, 2019). Lacan bu dönemleri parçalanmış beden imgeleri (0-6ay), ayna evresi (7-18) ay, dile giriş (sembolik) (18 ay-) olarak açıklamıştır (Kaçar, 2018).

İşlenemeyen, dil-dışı dışavurum düzeyinde sabitlenir. Lacan ‘işlenemeyen’ tanımını şöyle yapmıştır: dürtünün, Öteki’nin aynasından yansıyan imgelerde temsilcilerini bulamaması. Dürtü ‘işlenerek’ inhibisyon başarılmazsa, özne içsel süreçlere bağlı –serbest bir anksiyete- yaşar. Bu kökensel bastırmanın gerçekleşemediği, Öteki ile ilişkili olmayan, aracı olmayan ‘otomatik anksiyete’ olarak tanımlanır (örn. Panik bozukluk). Birincil bastırma, otomatik anksiyete ile baş etme çabası olarak adlandırılır. Öteki ile ilişkili, nesne veya gösterenlerin aracı işlev olduğu ikincil bastırma ile ilgili olan ‘sinyal anksiyete’dir (örn. Fobik bozukluk).

Kökensel ve ikincil savunma arasındaki ayrım anksiyetelerin farkıyla anlaşılır (otomatik, sinyal) (Williams, 1994). İlkel (otomatik) anksiyetede Öteki ve dil, dürtünün Gerçek’ine yanıt vermede yetersiz kalırken; sinyal anksiyete, simgesel ve imgesel’de dürtünün işlenmesiyle ortaya çıkabilmektedir (Williams, 1994). Lacan’a göre anksiyete Öteki’nin yanıtına göre şekillenmektedir. Örneğin; Ötekinin yanıtı eksik ise –ayrılık anksiyetesi- / Öteki’nin yanıtı aşırı ise –içe alınma/ yabancılaşma + özerklik arayışı anksiyetesi- olarak kendini göstermektedir.

Lacanyen kurama göre anksiyete tanısı söz konusu olduğunda bu üç soru göz önünde bulundurulmalıdır: 1-Anksiyete psikotik, sapkın ve nevrotik yapı ile ilişkili mi? 2-Anksiyete otomatik mi veya ‘işlemden geçmiş’ sinyal anksiyete mi? 3-Anksiyete hangi yöne doğru? Yabancılaşma mı, ayrılık mı? (Williams, 1994)

2.2.2. Nesne İlişkileri Kuramı

Psikanalitik kuramın nesne ilişkisine odaklanan teorileri, insanın birincil dürtülerinden birinin doğuştan gelen nesne arayışı olduğunu açıklar. Bebeğin bakım veren ile ilişki kurmaya yönelik bir dürtüyle doğduğu, bebeklikte yaşanan ilişki deneyimlerinin, yetişkinlikteki kişilik yapısı, bilinçdışı davranışları etkileyeceğini belirtmişlerdir (Uluç ve ark., 2015).

Freud'un biyolojik yaklaşımı ve dürtü doyumundan daha fazlası olduğunu düşünen teorisyenler (*Fairbairn* gibi) bireylerin ilişki arayışlarının daha önemli bir rol oynadığını savunmuşlardır. *Fairbairn*'e göre ego (libido) doğrudan nesne arayışındadır (Karayün,2007). Bu yönde düşünen teorisyenler çocuğun çevresindeki nesnelere, nesnelere nasıl anlamlandırdığı ve bu anlamlandırdığı yönleri nasıl içselleştirdiğini ve içselleştirdiği bu nesne ve imgelerin temsillerinin yetişkinlik hayatlarındaki bilinçdışı davranışlarını nasıl etkilediğini araştırmıştır.

M. Klein, nesne ilişkilerine odaklanan teorisyenlerden biri olarak birincil dürtünün nesne arayışı olduğunu savunmuştur. Bebeğin nesne olarak önce annenin kısımları ve anneye bağlandığını belirten Klein'e göre suçluluk duygusu çok daha erken dönemlerde başlamaktadır. Freud'un cinsellikle ilişkilendirdiği suçluluk duygusunu Klein cinselliğin yanı sıra saldırganlığı da eklemiştir. Klein bebeklikte anne –annenin memesi- bebek arasında geçen bu saldırganlık dönemine paranoid-şizoid pozisyon adını vermiş; yaklaşık 6ay ve 1 yaş arasında süren bu dönemde bebeğin anneyi hem iyi hem de kötü olarak gördüğünü belirtmiştir. Bu ikircikli duyguyu sağlıklı bir şekilde yönetme kapasitesine sahip olduğunda bebek bu pozisyonu aşar ve depresif pozisyon adını verdiği ikinci pozisyona geçer. Bu pozisyonda ise iyi ve kötü nesnelere birleşir, bebek dünyayı tamamen iyi bir yer olarak görmekten vazgeçer, sevgi ve nefreti aynı zamanda yaşayabilir ve insanları bütün bir nesne olarak değerlendirebilir (Karayün, 2007).

Nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde büyük katkı sunan *Winnicott* ve *Kohut* 'a göre erken dönem nesne ilişkileri ileriki zamanda benlik gelişimi için önemli görülmektedir (Uluç vd., 2015). *Winnicott*'a göre çocuğun yaşadığı kategorize edilemeyen deneyimler kendiliğin temellerini oluşturur. Kendiliğin gelişmesinde annenin bebeğe sunduğu sağlıklı çevrenin büyük etkisi vardır (Karayün, 2007). *Winnicott* ayrıca geçiş nesnelere de önemini vurgulamıştır. Bu nesnelere bebeğin ya da evdeki herhangi bir eşya olabilmektedir. Annesi üzerindeki tüm güçlü kontrolünü sağladığı yeni bir nesne aramaktadır. Ebeveynler çocuğun geçiş nesnesi üzerindeki kontrolüne müdahale etmezler, böylece çocuk bütünüyle kontrol ve kontrol edemediği dış dünya arasında bir yerde kalabilir (*Winnicott*, 1998). Aynı şekilde benlik kavramına odaklanana *Kohut* ise bebeklikte bakım verenlerin içselleştirilen farklı kişilik özelliklerinin benlik gelişiminde önemli olduğundan bahsetmiştir (*Kohut*, 1971; 1977).

Çoğu nesne ilişkileri kuramcısı gibi *Jacobson* da çocuk ve annenin ilk iletişimlerinin nesnelere içselleştirilmiş imgeleri ve kendilik gelişiminde büyük ve önemli bir rol oynadığını belirtmiştir (Karayün, 2007). Anne-çocuk arasındaki ilişkinin çocuğun ilk gelişim evresinde en önemli faktör olduğunu ve annenin ego gelişiminde büyük katkısı olduğunu eklemiştir (*Jacobson*, 1964).

Margaret S. Mahler, nesne ilişkileri çerçevesinde anne-bebek ayrılma-birleşme süreçlerine dikkat çekmiştir. *Mahler* ayrılma birleşme döneminin bebek 5 aylık olduktan itibaren geliştiğini bundan önceki dönemin ise ayrılma-birleşme öncesi dönem olarak adlandırılabilirliğini ortaya koymuştur. Ayrılma-birleşme öncesi dönem; normal otistik dönem (ilk 4 hafta) ve normal simbiyotik dönem (4hafta-5ay) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ayrılma-birleşme döneminin ise 4 alt dönemi vardır: farklılaşma (5-10ay), alıştırma (10-16ay), yeniden yakınlaşma (16-24ay) ve nesne sürekliliği (24-36ay). *Mahler*'e göre; bebek ve anne arasında gözlemlenen bu ayrılma-birleşme süreci sağlıklı bir şekilde tamamlandığında nesne sürekliliği sağlanmış olmaktadır. *Mahler*,

bebeklerin dış dünyaya göre ‘ayarlanmadan’ doğduğu ve bebeğin biyolojik doğumu ile psikolojik doğumunun aynı şey olmadığını savunur (Mahler, 1974).

Kernberg ise nesne ilişkileri kuramını, kişilerarası ilişkilerin içe alınmasına ve bu ilişkilerin normal ve patolojik düzeydeki ego/süperego gelişimine odaklanarak geliştirmiştir. İntrapsişik ve kişilerarası nesne ilişkileri arasındaki bağlantı ve etkileşime vurgu yapmıştır. Kernberg, Mahler’in gelişimsel aşamalarına benzer 3 aşama tariflemektedir; simbiyotik, ayrılma-birleşme ve nesne sabitliği. Özellikle borderline patolojiyle ilgilenen Kernberg’e göre; bu patoloji 2-18 aylar arasındaki ayrılma-birleşme döneminde ortaya çıkan aksaklıklarla ilgilidir. Kernberg aynı zamanda ağır patolojilerin nedeni olarak; içe alınmış nesne ilişkilerindeki sağlıklı gelişimi göstermektedir. Bu anormal gelişimin ego bütünleşmesinde tutarsızlıklara sebep olduğunu vurgulamaktadır. Ayrılma-birleşme döneminden sonra gelen Kernberg’e göre kişilik yapılanmasında büyük rol oynayan dönem kendilik ve nesne temsillerinin entegrasyonudur. Bu aşamada ‘iyi’ ve ‘kötü’ nesne temsilleri benlik sistemine entegre edilir ve bütünleşir. Entegrasyonu tamamlayamamış bireyler bir önceki aşamaya geri dönerek regrese olurlar. Kendilik ve nesne temsillerinin entegrasyonunu tamamlayan çocuk ego ve süper ego yapılarını da bütünleştirdiğinde en güçlü kişilik yapısı olan nevrotik kişilik organizasyonunu geliştirir.

Geçmiş araştırmalarda yıllar öncesinde psikiyatrik tanılar nevrotik ve psikotik (gerçeği değerlendirme becerisi ve iç görüşü daha az olan kişiler) olarak sınıflandırılırken nevroz ve psikoz grubuna uymayan sınırdaki kalan bir grup bozukluk keşfedildi ve sınır (borderline) olarak adlandırıldı (Şahin, 2009). Kernberg kişilik organizasyon düzeylerini nevrotik, psikotik ve sınır kişilik örgütlenmesi olmak üzere üç sınıfta toplamaktadır ve bu sınıflamayı *kimlik bütünlüğü, savunma mekanizmaları ve gerçekliği değerlendirme yetisi* ile belirlemektedir (Şahin, 2009).

Bireyin kişilik organizasyonunu belirlemek amacıyla, Kernberg 1995 yılında bir ölçek oluşturmuştur. Kişilik Organizasyonları Envanteri (IPO) adı verilen bu ölçek; kimlik difüzyonu, savunma mekanizmaları ve gerçeklik değerlendirmesi alt ölçümleri ile psikodinamik açıdan kişilik organizasyonlarını belirlemek adına literatürde kullanılan en önemli ölçeklerden biri sayılmaktadır (Ceran Yıldırım, 2021).

Kimlik bütünlüğü, kendilik ve nesne ilişkilerinin tutarlı ve bütünleşmiş olması olarak yorumlanmaktadır. Kimlik difüzyonu, bütünleşmemiş patolojik nesne ilişkileri ve çok idealleştirilmiş veya değersizleştirilmiş nesne ilişkilerinden kaynaklanır. Kimlik bütünlüğü sağlanamamış bireylerin; tutarsız davranışlar, kendisi hakkında değişken tanımlamalar, nasıl biri olduğu ile ilgili sorulara belirsiz ve anlamsız cevaplar vermesi beklenmektedir. Kernberg (1975), bireylerin sadece kendileri hakkındaki görüşleri değil; hayatındaki önemli ilişkiler konusunda da bu bireylerin dağınık, yüzeysel ve belirsiz düşünceleri olabileceğini vurgulamıştır. Kernberg’e göre bütünleştirilememiş iyi ve kötü nesne ilişkileri nedeniyle kimlik bütünlüğü sağlayamayan birey; kendisi, diğerleri ve çevresindeki ortamı da bütünleştiremez ve bu yüzden tutarsız davranışlar ortaya çıkar. Kimlik difüzyonunun çözülmesinin ancak bireyin kendisinin ve ötekilerin bütünleşik temsillerinin geliştirilmesi yoluyla başlayabilecek bir süreç olduğuna inanılmaktadır. Nesne sürekliliği olmayan bireyler bu sebeple tutarlı ve uzun süreli ilişkiler sürdürmekte zorlanır ancak yalnız kalmama ihtiyacı ile de görünürde yüzeysel bir sosyalliğe sahiptirler (Karayün, 2007).

Kimlik bütünlüğünü kişilik yapılarına göre yorumlamak gerekirse; nevrotik kişilik yapısına sahip bireyler ‘güçlü bir ben’ imajıyla kendilik ve nesne ilişkileri ayrılmış ve tutarlı özellikler göstermektedirler. Kimlik difüzyonu (dağınıklığı) olmadığını ve kimlik bütünlüğünü en sağlıklı düzeyde sağlayabilmiş kişilik yapısı olduğu söylenebilmektedir. Sınır durum kişilik yapısına sahip kişiler psikotik yapılanmaya göre daha bütünleşmiş bir ben’e sahip olsa dahi sürekliliği olduğu söylenemeyen, tipik olarak kimlik dağınıklığı sendromu görülen ancak kendilik ve nesne imgeleri büyük oranda ayrılmış kişilerdir. Psikotik kişilik yapılarının kimlik bütünlüğüne bakıldığında ise nevrotik ve sınır durum yapılarından farklı olarak ‘ben gelişimi eksikliği’, ayrışmamış kendilik ve nesne imgeleri ve ben sınırlarının gelişmemiş olduğu görülmektedir. Psikotik kişilik yapılarında kişilik bütünlüğü sağlanamamıştır (Tablo 2.1.).

Savunma mekanizmaları, bireylerin anksiyete ve gerilimle başa çıkmak için ortaya koydukları otomatik davranış olarak bilinmektedir. Savunma mekanizmaları bazen işlevsel ve uyum sağlamaya yönelik olabileceği gibi bazen de uyum bozucu olabilmektedir.

Nevrotik kişilik yapısına sahip kişiler genellikle ikinci düzey/ olgun ancak katı savunma mekanizmaları kullanmaktadır. Ego savunmaları otomatik ve esneklikten uzaktır. Düşünselleştirme, akla uygunlaştırma, özdeşim, içe atım, karşıt tepki kurma vs. nevrotik düzeyde savunma mekanizmaları arasında gösterilebilmektedir. Sınır savunmalar ise; inkâr, yansıtılmalı özdeşim, bölme ve ilkel idealleştirme gibi ilkel savunmalardır. Sınır durum kişilik yapısına sahip kişiler işlevsiz ve katı savunma mekanizmaları hakkında geçici bir farkındalığa sahip olsalar dahi tutarlı bir kavrayış içinde değildirler. Sınır durum kişilerin ‘bölme’ savunma mekanizmasını en sık kullanmalarının sebebi ise tam anlamıyla ayrışmamış nesne ve kendilik imgelerini bölerek birbirinden ayırtmaya ve çatışmayı gidermeye çalışmasıdır. Ancak savunma mekanizması olarak bölmeyi kullanmak kendilik ve temsillerinin ayrışma sürecini geciktirmekte ve kimlik bütünlüğünü bozmaktadır. Psikotik kişilik yapıları ise onları dehşet duygusuna karşı koruduğuna inandıkları tamamıyla ilkel savunma mekanizmaları kullandıkları görülmüştür. Geri-çekilme, inkâr, tüm güçlü kontrol, ilkel idealizasyon ve değersizleşme, ilkel şekilleriyle bazen içe atma ve yansıtma, çözülme örnek olarak kullandıkları savunma mekanizmalarıdır. Ego savunmalarının alt düzey ve zayıf olduğu saptanmıştır (Tablo 2.1.).

Gerçekliği değerlendirme yetisi, bireylerin gerçeklik olgusunu sağlıklı bir şekilde değerlendirip değerlendirememesine odaklanmaktadır. Klinik anlamda gerçeği değerlendirebilmek; paranoyaya kapılmadan, farklı gerçeklik düşüncelerini kabul ederek, normalin ötesinde garip düşünce ve duygulara kapılmamak olarak tanımlanmaktadır (Kernberg 1975).

Nevrotik kişilik yapısında gerçeği değerlendirme kapasitesi bozulmamış ve gerçeklik olgusuna en yakın düşüncelere sahip olan kişilik örgütlenmesidir. Sınır durum kişilerde gerçeği değerlendirme kapasitesi bozulmamış olmasına rağmen stresli, baskı altında ve duygu yoğunluğu arttığı durumlarda bu kişilerin gerçeklik algısı azalmaktadır. Psikotik kişilerde ise gerçekliği değerlendirme kapasitesi bozulmuştur. Bu kişilerin farkındalıkları ve hastalıkları hakkında iç görüleri bulunmamaktadır (Tablo 2.1.).

Tablo 2.1. Kişilik Organizasyon Düzeylerini Belirleme Kriterleri

	Kişilik Örgütlenmesi Düzeyi		
	Nevrotik	Sınır Durum	Psikotik
Kimlik Bütünlüğü	Gelişmiş	Yetersiz	Bozuk
Savunma Mekanizmaları	Bastırmaya dayalı/ ikinci düzey/olgun, sert, katı	İlkel savunmalar (ancak geçici bir kavrayış) / bölmeye dayalı/ aşırı katı	İlkel savunmalar /alt düzey
Gerçekliği Değerlendirme Yetisi	Tam / Gerçeklik olgusuyla temas içinde	Bozulmamış ama duygulanım yoğunluğunda azalıyor /empati yeteneği yetersiz	Bozulmuş, hastalık iç görüsü yok, farkındalıkları yok

Ayrıca sınır kişilik örgütlenmesi kendi içinde de alt düzey sınır durum ve üst düzey sınır durum olmak üzere iki ayrı kategoriye ayrılmaktadır (Şekil 2.1).

Kişilik organizasyon düzeylerinden '*nevrotik kişilik yapısı*' en üst düzeyde bulunan ve sağlıklı gelişim göstermiş bir seviye olarak görülmektedir (Yıldırım, 2020). Nevrotik bir kişi yaşadığı sorunun kendi içinde olduğunu büyük ölçüde bilmektedir. Bu kişiler genellikle olgun ve ikinci düzey savunma mekanizmaları kullanmaktadırlar ancak stresin çok yükseldiği kriz durumlarında nadiren ilkel savunmalar kullandıkları gözlemlenmiştir. Bahsedilen nevrotik savunmalara örnek olarak; bastırma, düşünselleştirme, akla uygunlaştırma, özdeşim, içe atım, karşıt tepki kurma vs. gösterilebilir. Nevrotik kişilerde güçlü, kararlı bir ben görülür, kimlik dağınıklığı yoktur, sınırlar bellidir. Kendilik ve nesne imgeleri tamamen ayrılmıştır yani 'ben' yapıları bütünleşmiş ve bireyselleşmiştir. Yeterli düzeyde akılcı ve nesnel değerlendirme kapasiteleri bulunmaktadır. Nevrotik düzey kişilik yapılanması olan kişiler genellikle kabul görmüş 'gerçeklik' olgusuyla temas halindedirler. Bütünleşmiş bir üst ben gözlenmekte ve hatta üst benleri fazla sert veya sadist olabilmektedir. Ancak ben gelişimi sağlanmış ve bütünleşmiş olduğundan dolayı kısmen de olsa başarılıdır (Kernberg, 1975). Nevrotik kişilerin sağlam bir gözlemleyen egosu vardır. Nevrotik kişiler, ego savunmalarının oldukça otomatik ve sert (esnek olmayan) şekilde ortaya çıkmasından dolayı acı çeken kişiler olarak bilinmektedir.

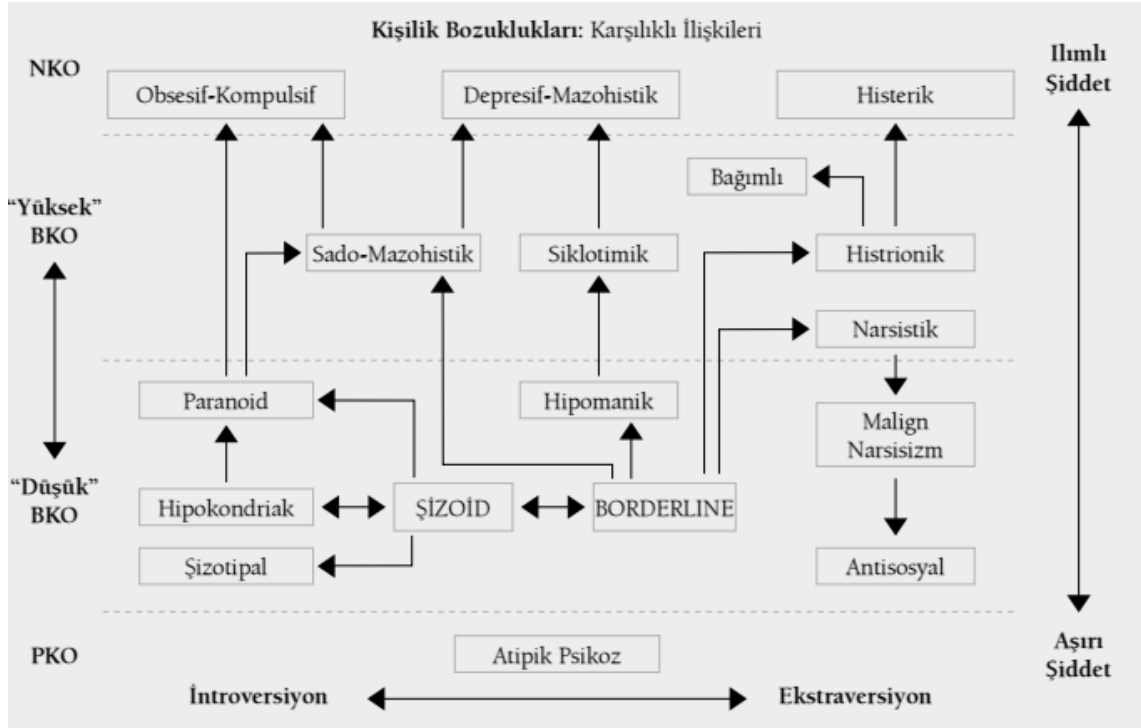
Kişilik organizasyon düzeylerinden bir diğeri de *psikotik düzey kişilik* yapısıdır. Psikotik kişiler kim oldukları konusunda kafa karışıklığı yaşarlar. Savunma mekanizmaları, dil-öncesi veya rasyonel- düşünce öncesidir (dehşet duygusuna karşı korurlar). Geri-çekilme, inkâr, tüm güçlü kontrol, ilkel idealizasyon ve değersizleşme, ilkel şekilleriyle bazen içe atma ve yansıtma, çözülme örnek olarak kullandıkları savunma mekanizmalarıdır. Birincil çatışmanın niteliği, varoluşsaldır (ontolojik güvensizlik). Psikoz yaşayan ya da yaşamaya yakın olan kişiler çoğunlukla korku ve

işsel şaşkınlık duyguları yaşamaktadır. Psikoterapistin karşı-aktarımı genellikle olumlu sonuçlanmaktadır.

Psikotik düzey kişilik yapısına sahip kişilerin kendi yaşadıkları psikolojik sorunlara uzaktan bakabilme ve mental olarak bunlar değerlendirebilme kapasitesi yetersizdir. Ben gelişimi eksikliği olan bu kişilerin kendilik ve nesne imgeleri tamamen ayrışamamış, ben sınırları tam olarak gelişmemiştir. Öyle ki bu durum bazen var olup olmadıkların emin olamamaya kadar gitmektedir. Gerçeklik sınaması olmadığı gibi, hastalık iç görüşü ve farkındalıkları da yoktur.

Sınır durum kişilik yapısı ise bu kategorideki bir diğer seviyedir. Sınır durum kişilik yapılanması düzeyi nevroz ve psikoz arasında görülmektedir (Kernberg, Stone, Masterson). Sınır durum kişilik örgütlenmesi gösteren kişiler ilkel savunma mekanizmaları kullanır (inkâr, yansıtma, özdeşim, bölme). Kullandıkları savunma mekanizmaları açısından psikotik hastalarla arasındaki fark, sınır durum kişiler ilkel savunmalarının işleyişini psikoterapist açıkladığında en azından geçici bir kavrayış gösterir. Sınır durum kişiler de kimlik bütünleşmesi konusunda yetersizlik yaşarlar ancak düşmanca bir savunmayla bununla başa çıkabilmektedirler. Tipik olarak kimlik dağınıklığı sendromları vardır. Acısını çektiği tutarsızlık ve süreksizlik duygusu psikotik hastalardaki varoluşsal dehşet düzeyine göre daha az düzeydedir. Kimlik karmaşaları vardır ancak olduğunu bilirler. Sınır durum danışanlarla karşı-aktarım tepkileri genellikle güçlü ve zorlayıcı olmaktadır. Yakın kişilerarası alanlar dışında ben sınırları sağlamdır, kendilik ve simge imgeleri büyük oranda ayrılmıştır.

Kernberg kişilik örgütlenmelerini boyutsal bir kategoride sınıflandırmak amacıyla bir “organizasyon” şeması tasarlamıştır (Yıldırım, 2020). Kernberg’in ortaya koyduğu bu organizasyon şeması yalnızca kişilik örgütlenmelerinin sınırları (nevrotik, sınır durum, psikotik) değil, aynı zamanda sınır durum kişilik yapılanması içinde alt ve üst kişilik organizasyonlarını da ayırarak patolojinin şiddeti hakkında bilgi sahibi olmayı amaçlamaktadır (Yıldırım, 2020). Boyutsal olarak kişilik örgütlenmelerini nevrotik /sınırdaki kişilik /psikotik olarak sınıflandıran Kernberg, aynı organizasyon şemasında kişilerin patolojik durumlarını içe dönük ve dışa dönük olmak üzere yatay eksen üzerinde belirlenen sınır ile belirtmektedir (Clarkin, 2012). Üst düzey sınır organizasyonuna sahip bireyler kimlik dağınıkları olmasına rağmen nevrotik kişilik alanına yakın oldukları için; ego-superego entegrasyonu daha iyi düzeyde olabilmektedir. Ancak alt düzey sınır organizasyonuna sahip bireylerde kimlik dağınıklığına saldırganlık ve değersizlik eşlik edebilmektedir (Yıldırım, 2020).



Şekil 2.1. Kernberg’in Kişilik Bozuklukları Haritası

Kaynak: Kernberg O. F. ve Caligor E. (2005 s.143)

Psikodinamik psikoterapi için kişilik organizasyonu düzeyi önemlidir. Sınır durum hastalarda destekleyici (egoyu onarmak, reflektif işlevi arttırmak, bölünmüş bakışı bütünleştirmek amacıyla), nevrotik düzeyde kişilik örgütlenmesi olan hastalarda derinliğine araştırmacı / açıklayıcı (explorative) yaklaşım (aktarım analizi ön planda), psikotik düzeyde kişilik örgütlenmesi olan hastalarda ise destekleyici (savunmanın kullanımını desteklemek, ‘ego otonomisi sağlamak amaçlı) psikoterapi modelleri kullanılması öngörülmektedir (Winston, Rosenthal, Pinsker, 2004).

2.2.3. Otto Kernberg Bakış Açısından Psikodinamik Kuram

Borderline kişilik organizasyonu ve narsistik patoloji üzerine yaptığı psikanalitik teoriler ve ego psikolojik nesne kuramlarıyla tanınan Otto Kernberg psikanalist ve psikiyatri profesörüdür. Kernberg, ağır patolojilerin sebepleri arasında içe alınmış nesne ilişkilerinin anormal gelişmiş olmasını ve bunun da ego bütünleşmesi sürecini aksattığını savunmaktadır. Kernberg’e göre dürtüler önce duygulanım olarak dışa vurulurlar, mizaçta olan davranış kalıpları bakım verenle ilişki içinde ortaya çıkar ve duygusal bellek kaydıyla birlikte içselleştirilirler (Kernberg, 1985). Kernberg psikanalitik dürtü kuramıyla (libidinal ve agresif dürtüler), ego psikolojisini bütünleştirir. Freud’un bakış açısından farklı olarak Kernberg, dürtülerin doğuştan gelmediğine, bu libidinal (zevk arayan dürtüler) ve agresif (kötü, sinir bozucu olanlar) dürtülerin zaman içinde başkalarıyla olan etkileşimlerle şekillendiğini açıklamaktadır.

Kernberg’e göre kimlik diffüzyonu, savunma mekanizmaları ve gerçeklik testleri kişilik organizasyonunu belirlemek için temel kişilik özellikleridir. Kimlik diffüzyonu,

nesne ilişkilerinin patolojik durumda olmasından kaynaklanır ve karakter özelliklerini, benliğin tutarsızlığını ya da çok idealleştirilmiş/ değersizleştirilmiş nesne ilişkilerini içermektedir. Savunma mekanizmalarına örnekler ise; bölme, inkar, yansıtma özdeşim, idealleştirme (genellikle sınırda kişilik organizasyonu olan hastalar tarafından kullanılanlar). Kernberg'e göre nesne ilişkileri kuramı, kişilerarası ilişkilerin içe alımına ve buna bağlı olarak normal/anormal ego ve superego gelişimine katkısına değinmektedir. İntrapsişik ve kişilerarası nesne ilişkilerinin karşılıklı etkilerine odaklanır (Kernberg, 1970). Bu bakış açısına göre, kendilik-nesne-duygu terimleri zihinsel yapıların (id-ego-superego) öncelikli belirleyicilerdir.

Başta O. Kernberg olmak üzere bir grup psikoterapist tavsiye, cesaretlendirme, övgü vb. yöntemleri kullanan saf destekleyici psikoterapiden, 'ego otonomisi' amaçlayan açıklayıcı psikoterapiyi ayırdılar. Kernberg, aktarım analizine daha çok önem vererek kullandığı yönteme 'açıklayıcı' ya da 'aktarım odaklı' psikoterapi adını vermiştir. Destekleyici ve açıklayıcı psikoterapi yelpazesi doğrultusunda O. Kernberg doğru yaklaşımı seçebilmek için 3 farklı noktaya değinmiştir; analistin teknik kullanımı, temel teknik olarak yorumu kullanması, aktarım nevrozunun olgunlaşığına emin olduğunda yorumlayarak çözmesi. Kernberg psikanalitik yaklaşımı geliştirirken klasik psikanalizi sadece nevrotik hastalarla uygulamayı doğru bulmuş, daha ağır durumda ancak psikopatolojisi izin veren hastalarla açıklayıcı psikoterapi, bu yaklaşım tekniklerine de uygun değil ise destekleyici psikoterapiyi önermiştir (Winston ve ark., 2004).

2.2.4. Kişilik Organizasyonu Düzeylerine Göre Anksiyete Düzeyi

Nevrotik kişilik organizasyonuna sahip kişilerin yeterli bir anksiyete toleransı, dürtü kontrolü ve sublimasyon / yüceltme kapasitesi olduğu düşünülmektedir (Karayün, 2007). Nevrotik yapıya sahip olan bireyler genellikle üst düzey savunma mekanizmaları kullanırlar. Bu olgun savunma mekanizmalar sayesinde onaylanmayan bilinçdışı dürtüler bilinç düzeyinden uzaklaştırılarak egoyu intrapsişik çatışmalardan korunmaları söz konusudur (Kernberg, 1977).

Bastırmanın aktif olduğu nevroz ve üst düzey sınır kişilik örgütlenmelerinde intrapsişik çatışmaya bağlı, kontrol edilemeyen anksiyete söz konusu olduğunda ego yüzleşmekten kaçınarak, bilinçten uzaklaşarak kendini korur. Bastırma etkili bir savunma mekanizması olmakla birlikte dürtü akışının durdurulması görülebilmektedir (Kernberg, 1990).

Kernberg sınır durum kişilik örgütlenmesi olan hastalarda; nevroz ve karakter bozukluklarına benzer özellikler gösterebildiğini, bu yüzden detaylı görüşmeler yapılmadığı sürece kişilik özelliklerinin gözden kaçabileceğini vurgulamaktadır (Karayün, 2007). Sınır kişilik örgütlenmesi olan bireylerde yoğun, yaygın ve nedeni belli olmayan anksiyete görülebilir (Zimerman ve Mattia 1999). Bu anksiyete bireyler tarafından genellikle; boşluk duygusu, tatminsizlik hissi, anlam arayışı, can sıkıntısı vs. gibi kimlik dağınıklığını ifade eden duygularla ifade edilebilir. Bu anksiyeteye ek olarak ifade edilen bu duyguların eşlik etmesi kişilik özellikleri ile ilgili yorum yapmak açısından önem taşımaktadır. Kernberg sınır kişilik yapılanması olan bireylerin yaşadığı bu yoğun anksiyeteyi kendilik bütünlüklerinin gelişmemiş olmasına, hedeflerinin olmamasına ve nesne açlığına bağlamaktadır. Yaşanan bu yoğun anksiyete karşısında kişinin kullandığı

savunma mekanizmaları sınır bireyin egosunu çatışmalardan korumuş olur ancak bunu katı bir şekilde yapması egoyu zayıflatmaya ve uyum sağlaması gereken durumlarda esnekliğini kaybetmesine sebep olur (Kernberg, 1986).

Bireyin anksiyete toleransının eksik olması, intrapsişik çatışmaları bastırma savunma mekanizmasını kullanarak anksiyeteye başa çıkamaması; belirtilerinin artmasına ve dışa dönük davranışlar sergilemesine sebep olabilmektedir (Karayün, 2007). Bu anksiyete toleransını sergileyemeyen ve alt düzey ilkel savunma mekanizmaları kullanan psikotik kişilik örgütlenmesinin gerçeklik testi zayıf ve kişilik difüzyonu olmadığından dolayı farkındalık düzeyinin düşük olduğu düşünülmektedir. Psikotik kişilik organizasyonuna sahip olan bireyler neyin kendi içlerinde, neyin kendi dışlarında bulunduğunu birbirinden ayırt etmekte zorlandığı için bir iç içe geçmişlik durumu yaşamaktadırlar (Winston ve ark., 2004). Ayrılma öncesi düzeyde saplanmış gibi göründüklerinden dolayı yaşadıkları anksiyete miktarı artabilmektedir. Psikoz yaşayan ya da yaşamaya yakın olan kişiler çoğunlukla korku ve içsel şaşkınlık duyguları yaşamaktadır (Williams, 1994). Güvensizlik, varoluşsal sorgulamaları, korku ve şaşkınlık duygularının anksiyete düzeylerini arttırabileceği düşünülmektedir.

3.YÖNTEM

3.1. Örneklem ve Prosedür

Araştırma ASV Yaşam Hastanesi psikiyatri uzmanına (Ş.A.) başvuran ve DSM-5 tanı ölçütlerine ve uzman tarafından yapılan klinik değerlendirmeye göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konulmuş 183 katılımcı ile yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğünün en az 183 katılımcı olarak belirlenmesinin sebebi; yaygın anksiyete bozukluğu tanısının yaşam boyu görülme sıklığının %5-6 olması, serbestlik derecesi ve yanılma düzeyi teorik değeri ve +/- sapma değeri hesaplamaları sonucunda bulunan verilerdir.

Araştırma için öncelikle Antalya Bilim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü kurum olan ASV Yaşam Hastanesi'nden izin alınmıştır. Araştırma denetiminde gönüllü hastaların öz-bildirim ölçeklerini doldurması şeklinde veriler toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerden ölçeklerin belirli bir süre içerisinde doldurulup, isim yazmaksızın araştırmacıya geri verilmesi istenmiştir. Gönüllü katılımcılardan dört adet öz bilirim ölçeği (Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN), Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 doldurmaları ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları istenmiştir. Verilerin toplanması Temmuz 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında ASV Yaşam Hastanesi'nde gerçekleşmiştir. Örneklem için belirlenmiş kişi sayısına ulaşıldığında veri toplama kısmı sonlandırılmıştır.

Dâhil olma ölçütleri; 18-65 yaş aralığı içerisinde olmak, ASV Yaşam Hastanesi'ne tanı ya da tedavi için başvurmuş olmak, Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış olmak, çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve klinik olarak zeka geriliği gözlemlenmemiş olmasıdır. Bu ölçütleri taşıyan her birey randomize olarak araştırmaya kabul edilmiştir.

Dışta kalma ölçütleri ise; 18 yaşından küçük ya da 65 yaş üzeri olmak, Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almamış olmak, gerçeklik algısını bozacak düzeyde aktif bir psikiyatrik tanısının olması ve klinik olarak zekâ geriliği gözlemlenmiş olmasıdır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu sözlü olarak beyan eden katılımcılar öncelikle yazılı olarak araştırma ile ilgili açıklamaların bulunduğu Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu imzalamışlardır. Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN), Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7)'den oluşan öz-bildirim ölçekleri gönüllü katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuştur. Birden fazla anksiyete ölçeği kullanılarak kişilerin tutarlı olup olmadıkları konusunda fikir edinebilmek amaçlanmıştır. YAB-7 ölçeği daha kısa, net ve kolay anlaşılır olmasından dolayı, Endişe ve Anksiyete Ölçeği ise derecelendirme konusunda daha kapsamlı olmasından dolayı tercih edilmiştir. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeğinin ise daha detaylı maddelere sahip olması ve katılımcıların hiç yaşamadıkları bir durum söz konusu ise böyle bir deneyim yaşamaları halinde hissedebileceklerini temel alarak cevaplayacakları maddelerin olması sebebiyle üçüncü

ölçek olarak araştırmaya eklenmiştir. Kişilerin yaş, cinsiyet ve medeni durumlarına ait bilgiler katılımcıların sözlü onamı ile hasta dosyalarından alınarak not edilmiştir.

3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF)

Çalışmanın amacı, içeriği, konusu ve araştırmacı hakkında bilgi veren, katılımcının haklarını korumasına yardımcı olan bilgilendirme formudur. (EK-5) Katılımcılardan çalışmaya katıldıklarını yazılı şekilde onaylamaları adına formu imzalamaları istenmiştir.

3.2.2. Endişe ve Anksiyete Ölçeği (EAÖ)

Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., vd. (2001) tarafından Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun tanı kriterlerini DSM-IV de tanımlandığı şekilde ölçmek üzere Endişe ve Anksiyete Ölçeğini geliştirmiştir. 2016 yılında A. Akyay tarafından Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Türkçe'ye uyarlanıp, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Akyay, 2016).

“Endişe ve Anksiyete Ölçeği YAB'nun tanı kriterlerini DSM-IV (APA, 1994) de tanımlandığı şekilde ölçmektedir. EAÖ kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Dokuz (0-8) puanlı Likert tipli ölçek EAÖ'nün 11 maddesini ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 80 arasındadır. Ölçek; endişe konularını, edişenin aşırı ve kontrol edilemeyen yönünü, bozukluğun sıklığı ve süresini, somatik belirtileri, endişeye bağlı çaresizliğin kişilerin hayatına olan etkilerini ölçmektedir.

Ölçek puanları: Endişe ve Anksiyete Ölçeğinin toplam puanını hesaplamak için, tüm maddelere verilen cevapların toplamı yapılmalıdır (1. maddedeki yanıtlar hariç).

Kişinin YAB tanısı alması için;

- YAB'a has en azından bir endişe konusu belirtmesi (ör: aile, sağlık, maddi konular, iş ile ilgili konular) gerekmektedir. (Yukarda bahsedilen puanlanmayan ilk madde)

-2, 3, 4 ve 6 numaralı maddelerin her birine en az 4 cevabı vermesi

- 5 numaralı maddedeki somatik belirtilerin en az üçüne 4 veya 4'ün üstünde bir puan işaretlemesi gerekmektedir.

Üç farklı kriter kategorisi daha ortaya çıkabilir: - Bilişsel kriterler (2, 3 ve 4. maddelere “4” veya üzerinde bir skor olursa) - Somatik kriterler (6 somatik semptomdan en az 3 tanesine “4” ya da üzerinde bir skor olursa) - Hiçbir kriter (yukarıdaki kriterlerden herhangi birini karşılamıyor). Birinci maddenin (endişe konuları) hesaplamada bir etkisi yoktur. Ölçek YAB tanı kriterlerine uyan ve uymayan kişileri ayırma olanağı sağlamaktadır.

Ölçeğin iyi bir Test tekrar test güvenilirliği ($r=0,75$; 9 haftalık bir test tekrar test için) bulunmaktadır. Ölçek YAB tanı kriterlerine uyan ve uymayan kişileri ayırmada iyi bir duyarlılığa sahiptir (%89,5)” (Akyay, 2016).

3.2.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7)

“YAB-7 DSM-IV-TR ölçütlerine göre geliştirilmiş, yaygın anksiyete bozukluğunu değerlendiren kısa, öz bildirimle doldurulan bir testtir (Spitzer, Kroenke, Williams, Löwe, 2006). Son 2 hafta içindeki ölçek maddelerinde sorulan yaşantıları değerlendiren 7 maddeli dörtlü likert (0=hiç, 1=Birçok gün, 2=günlerin yarısından fazlasında, 3=hemen hemen her gün), tipi bir ölçektir. Ölçekten edinilen puanların kesme noktalarına bakılacak olursa; 0-4 arası hafif, 5-9 arası orta, 10-14 arası yüksek dereceli, 15-21 arası ciddi anksiyete şeklinde yorumlanmaktadır. Bireylerin alabileceği total puan 21’dir. Toplam puanı 8 ve üzerinde alan hastaların, diğer yöntemlerle YAB tanısının araştırılması ve doğrulanması gereklidir. Toplam puan eşiği 10 olarak seçildiğinde YAB tanısı için duyarlılığı %89, özgüllüğü ise %82 olarak saptanmıştır (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, Löwe, 2007)” (Konkan ve ark., 2013).

3.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

“Ölçek, orijinal Anksiyete Duyarlılığı İndeksi gibi, fiziksel, toplumsal ve bilişsel alt boyutları olan ve her alt boyutta 6’şar madde bulunan toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Bu 18 maddeden 5 tanesi orijinal ADİ’de bulunan maddeleri içermektedir. Ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. ‘0’ çok az anlamına gelirken ‘4’ çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-72 arasındadır.

Uygulayıcılardan her bir maddede yer alan ifadelerle ilgili şimdiye kadar ki deneyimlerini dikkate alarak işaretleme yapmaları istenmiştir. Maddeyle ilgili deneyimi yoksa o durumu yaşaması halinde nasıl hissedebileceğini düşünerek ilgili ifadeyle ne derecede hemfikir olduğunu belirtmesi istenmektedir (Taylor ve ark., 2007).

Geçerlik güvenilirlik çalışması 6 ülkede (Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Fransa, Meksika, Hollanda ve İspanya) klinik ve klinik olmayan grupların alındığı bir örnekleme yapılmıştır. Yapılan doğrulayıcı faktör analizinde 3 faktörlü bir yapı ortaya konmuştur. Üç faktörlü yapının açıkladığı toplam varyans %76’dır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı her bir ülke grubu için ayrı ayrı hesaplanmış ve ADİ ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Sonuç olarak fiziksel belirtileri değerlendiren alt faktörde güvenilirlik katsayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, ancak diğer alt faktörlerdeki cronbach alfa katsayısı ADİ-3’te ADİ’ye göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Taylor ve ark., 2007)” (Mantar ve ark., 2010).

3.2.5. Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN)

Kişilik Organizasyonu Envanteri (Inventory of Personality Organisation-IPO) Kernberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Kişinin kendisinin doldurduğu ve kişilik organizasyonunu değerlendirmek amaçlı kullanılan bu ölçek; psikoanalitik kuram temelinde kişilik yapılarını üç alt maddede (nevrotik, borderline, psikotik) incelemektedir. Kişilik Organizasyonu Envanteri’nin Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlik güvenilirlik çalışması G.G. Ceran Yıldırım tarafından 2020 yılında yapılmıştır (Ceran Yıldırım, 2020).

Envanterin 31 maddelik son halinin sunulduğu ikinci örneklem grubu verisi üzerinde yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, toplam varyansın %41,9’unu

açıklayan üç faktörlü yapı elde edilmiştir. Ölçek 31 sorudan oluşan ve 1 puan: doğru değil, 2 puan: nadiren doğru, 3 puan: bazen doğru, 4 puan: sıklıkla doğru, 5 puan: her zaman doğru şeklinde 5 seçenekli bir öz bildirim ölçeğidir.

Bu ölçekte kimlik difüzyonu, primitif savunmalar ve gerçeklik testi olmak üzere üç özellik değerlendirilmektedir. Kişilik Organizasyonları Envanteri'nde, 5-7-9-12-13-15-19-22 numaralı maddeler primitif savunmaları ölçmek üzere, 4-6-8-11-14-16-24-26-28 numaralı maddeler kimlik difüzyonunu ölçmek üzere, 1-2-10-17-18-20-21-23-25-27-29-31 numaralı maddeler ise gerçeklik testini ölçmek üzere tasarlanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasındaki verilere göre; primitif savunmaları işaret eden maddelerin ortalaması 17.72, kimlik difüzyonunu işaret eden maddelerin ortalaması 23.63, gerçeklik testini işaret eden maddelerin ortalaması ise 19.08 olarak hesaplanmıştır.

Klinik başvuru bildiren grup üzerinde yapılan analiz sonuçlarına göre ise öz değeri 1'in üzerinde toplam varyansın %48.6'sını açıklayan üç faktör elde edilmiştir. Yakınsak geçerlik analizlerinden elde edilen katsayılar -.19 ile .62 arasında değişmiştir (Ceran Yıldırım, 2021).

3.3. Veri Analizi

Ölçeklerden elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26.0 programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Verilerin analiz edilme aşamasında öncelikle değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Spearman's Rho Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Örneklemin dağılıma ne kadar uyduğunu test etmek için One-Sample Kolomogorov Smirnov testi kullanmaya karar verilmiştir. Gözlem sayısının 50'den yüksek olması sebebiyle normallik Kolomogorov Smirnov testi tercih edilmiştir. Bu test sonucuna göre verilerin dağılımının normal gözükmemesi ve dönüşüm ile de normalleştirilememiş olduğundan dolayı parametrik olmayan testlerden Bağımsız-Örneklem Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bağımsız-Örneklem Kruskal Wallis testi uygulandığında değişkenler arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmış ve bu doğrultuda Pairwise Comparisons kullanılarak alt grupların birbiri arasında ikili şekilde karşılaştırılması ve bu anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amaçlanmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Betimleyici Verilerin Analizi

Araştırma 127 kadın (%69,3) 56 erkek (%30,6) katılımcı ile yürütülmüştür. Cinsiyet ayrımı yapılmaksızın seçilen katılımcılardan 94 kişinin evli (%51,3), 89 kişinin ise bekâr (48,6) olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş aralığı 18-65'tir. Örneklemin yaş ortalaması 34,8 olmakla birlikte araştırmaya katılımcıların %45,3'ü 18-30 yaş aralığında, %31,6'sı 30-45 yaş aralığında, %22,9'u ise 45-65 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik verileri

Değişkenler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	127	69,3
Erkek	56	30,6
Yaş		
18-30 yaş arası	83	45,3
31-45 yaş arası	58	31,6
46-65 yaş arası	42	22,9
Medeni Durum		
Bekâr	89	48,6
Evli	94	51,3

4.2. Verilerin Normal Dağılım Durumunun Analizi

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için One-Sample Kolmogorov Smirnov testi yapılmıştır. Bu test sonucunda verilerin normal dağılıma sahip olmadığı sonucuna varılmıştır ($P=0,000<0,05$; $P=0,000<0,05$; $P=0,008<0,05$) (Bkz. Tablo 4.2.). Eaötop, yabtop ve indextop olarak adlandırılmış anksiyete ölçek gruplarının (Eaötop: Endişe ve Anksiyete Ölçeği Toplam Puan, Yabtop: Yaygın Anksiyete Ölçeği 7 Maddeli Toplam Puan, Indextop: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği Toplam Puan istatistiksel karşılaştırmaları (asyp. Sig.) $p<0,05$ düzeyinde anlamlı olduğundan hipotez reddedilir ve dağılımın normal olmadığı kararı verilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan veriler dolayısıyla ilerleyen aşamalarda non-parametrik hipotez testi olan Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.2. Verilerin Dağılımını Belirlemek Üzere One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi

		EAÖ/TOP	YAB/TOP	İNDEX/TOP
N		183	183	183
Parametreler	x	35,4262	7,2711	27,0874
	ss	15,86321	4,43047	13,97144
K-Smirnov Z		,125	,176	,078
P		,000 ^c	,000 ^c	,008 ^c

4.3. Anksiyete Ölçekleri Puanları ile KOREN Ölçeği Alt Kriterleri Ortalama Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Spearman's Rho Korelasyon Analizi sonucunda KOREN ölçeğinin incelediği üç alt özellik olan primitif savunmalar, gerçeklik testi ve kimlik difüzyonu ile YAB-7 ölçeği puanlarının birbiri ile pozitif korelasyon içinde olduğu saptanmıştır. Primitif savunmalar, gerçeklik testi ve kimlik difüzyonu ile Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ölçeği sonuçlarının da aynı şekilde birbiri ile pozitif korelasyon içinde olduğu söylenebilmektedir. Bireylerin bu üç özellikten aldıkları puanlar arttıkça YAB-7 ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ölçek puanlarının da yani anksiyete düzeylerinin de arttığını söyleyebiliriz. Endişe ve Anksiyete Ölçeği puanlarının ise primitif savunmalar ve kimlik difüzyonu maddelerinin ortalama puanları ile pozitif korelasyon göstermediğini ancak gerçeklik testi maddelerinin ortalama puanları ile pozitif korelasyon ilişkisi gösterdiği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. EAÖ, YAB ve Anksiyete İndeksi Puanlarının Primitif savunmalar, Kimlik Difüzyonu ve Gerçeklik Testine Göre İncelenmesine Yönelik Spearman's Rho Korelasyon Analizi

Korelasyonlar		PS	KD	GTEST	EAÖTOP	YABTOP	İNDEXTOP
PS	Spearman's ρ	1,000	,806**	,636**	,074	,287**	,318**
	p	.	,000	,000	,322	,000	,000
	N	183	183	183	183	166	183
KD	Spearman's ρ	,806**	1,000	,648**	,119	,309**	,330**
	p	,000	.	,000	,110	,000	,000
	N	183	183	183	183	166	183
GTEST	Spearman's ρ	,636**	,648**	1,000	,049	,166*	,216**
	p	,000	,000	.	,509	,033	,003
	N	183	183	183	183	166	183
EAÖTOP	Spearman's ρ	,074	,119	,049	1,000	,380**	,196**
	p	,322	,110	,509	.	,000	,008
	N	183	183	183	183	166	183
YABTOP	Spearman's ρ	,287**	,309**	,166*	,380**	1,000	,239**
	p	,000	,000	,033	,000	.	,002
	N	166	166	166	166	166	166
İNDEXTOP	Spearman's ρ	,318**	,330**	,216**	,196**	,239**	1,000
	p	,000	,000	,003	,008	,002	.
	N	183	183	183	183	166	183

Not: * <0.05 ; ** <0.01 , PS =Primitif Savunmalar, KD =Kimlik Difüzyonu, GTEST =Gerçeklik Testi, EAÖTOP = Endişe ve Anksiyete Ölçeği Toplam Puan, YABTOP = Yaygın Anksiyete Ölçeği 7 Maddeli Toplam Puan, İNDEXTOP = Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği Toplam Puan

4.4. Primitif Savunmalar ve Anksiyete Ölçek Puanları Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi

KOREN ölçeğinde bulunan primitif savunmalar maddeleri (5, 7, 9, 12, 13, 15, 19, 22, 30) ortalamalarının Endişe ve Anksiyete Ölçeği (EAÖ) değişkenine göre anlamlı

bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda primitif savunma puanları ve EAÖ puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t(2) = 2,321, p < 0,313$) (Bkz. Tablo 4.4.).

KOREN ölçeğinde bulunan primitif savunmalar maddeleri (5, 7, 9, 12, 13, 15, 19, 22, 30) ortalamalarının Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Maddeli (YAB-7) değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda primitif savunma puanları ve YAB-7 puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t(2) = 14,121, p < 0,001$) (Bkz. Tablo 4.4.).

KOREN ölçeğinde bulunan primitif savunmalar maddeleri (5, 7, 9, 12, 13, 15, 19, 22, 30) ortalamalarının Anksiyete Duyarlılığı İndeks-3 Ölçeği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda primitif savunma puanları ve Anksiyete Duyarlılığı İndeks-3 Ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t(2) = 30,665, p < 0,000$) (Bkz. Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Primitif Savunmalar ve EAÖ/YAB/İNDEKS Ölçekleri Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi

	EAÖ	YAB	İNDEKS
N	183	183	183
<i>t</i>	2,321 ^{a,b}	14,121 ^a	30,665 ^a
<i>Sd</i>	2	2	2
<i>p</i>	,313	,001	,000

4.5. Kimlik Difüzyonu ve Anksiyete Ölçek Puanları Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi

KOREN ölçeğinde bulunan kimlik difüzyonu maddeleri (3, 4, 6, 8, 11, 14, 16, 24, 26, 28) ortalamalarının Endişe ve Anksiyete Ölçeği (EAÖ) değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda kimlik difüzyonu puanları ve EAÖ puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t(2) = 4,326, p < 0,115$) (Bkz. Tablo 4.5.).

KOREN ölçeğinde bulunan kimlik difüzyonu maddeleri (3, 4, 6, 8, 11, 14, 16, 24, 26, 28) ortalamalarının Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Maddeli (YAB-7) değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda kimlik difüzyonu puanları ve YAB puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t(2) = 11,026, p < 0,004$) (Bkz. Tablo 4.5.).

KOREN ölçeğinde bulunan kimlik difüzyonu maddeleri (3, 4, 6, 8, 11, 14, 16, 24, 26, 28) ortalamalarının Anksiyete Duyarlılığı İndeks-3 Ölçeği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal

Wallis-H sonucunda kimlik difüzyonu puanları ve Anksiyete Duyarlılığı İndeks-3 Ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t(2) = 22,275, p < 0,000$) (Bkz. Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Kimlik Difüzyonu ve EAÖ/YAB/İNDEKS Ölçekleri Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi

	EAÖ	YAB	İNDEKS
<i>N</i>	183	183	183
<i>t</i>	4,326 ^{a,b}	11,026 ^a	22,275 ^a
<i>Sd</i>	2	2	2
<i>p</i>	,115	,004	,000

4.6. Gerçeklik Testi ve Anksiyete Ölçek Puanları Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi

KOREN ölçeğinde bulunan gerçeklik testi maddeleri (1, 2, 10, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 31) ortalamalarının Endişe ve Anksiyete Ölçeği (EAÖ) değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda gerçeklik testi puanları ve EAÖ Ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t(2) = 7,405, p < 0,025$) (Bkz. Tablo 4.6.).

KOREN ölçeğinde bulunan gerçeklik testi maddeleri (1, 2, 10, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 31) ortalamalarının Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Maddeli (YAB-7) değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda gerçeklik testi puanları ve YAB-7 puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t(2) = 11,658, p < 0,003$) (Tablo 4.6.).

KOREN ölçeğinde bulunan gerçeklik testi maddeleri (1, 2, 10, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 31) ortalamalarının Anksiyete Duyarlılığı İndeks-3 Ölçeği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda gerçeklik testi puanları ve Anksiyete Duyarlılığı İndeks-3 Ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t(2) = 7,871, p < 0,020$) (Bkz. Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Gerçeklik testi ve EAÖ/YAB/İNDEKS Ölçekleri Açısından Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi

	EAÖ	YAB	İNDEKS
N	183	183	183
<i>t</i>	7,405 ^a	11,658 ^a	7,871 ^a
<i>Sd</i>	2	2	2
<i>p</i>	,025	,003	,020

4.7. KOREN Ölçeğinde Bulunan Primitif Savunmalar, Kimlik Difüzyonu ve Gerçeklik Testi Kriterlerinin Ortalamaları ile EAÖ, YAB, INDEX-3 Ölçeklerine Göre Anksiyete Düzeylerinin Pairwise Karşılaştırma Sonuçları

Bağımsız-Örneklem Kruskal Wallis testi uygulandığında değişkenler arasında anlamlı bir fark olduğu saptandığından dolayı alt grupların birbiri arasında ikili şekilde karşılaştırılması amacıyla Pairwise Comparisons kullanılmıştır.

Primitif savunma maddeleri puanları ile EAÖ ölçek puanları arasında anlamlı derecede bir fark olmamasına rağmen, YAB-7 ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür. Primitif savunma maddelerinin puanı ortalamasının altında olan grubun anksiyete seviyesi ile primitif savunmaları ortalama düzeyde olan grubun anksiyete seviyesi arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($t = -19,605$, $p < 0,129$). (Bkz. Tablo 4.7.). Primitif savunmaları ortalama seviyede olan bireylerin anksiyete düzeyleri ise ortalamasının üzerinde olanlara göre anksiyete düzeyleri daha düşüktür ($t = -29,742$, $p < 0,020$) (Bkz. Tablo 4.7.). Aynı şekilde primitif savunmaları ortalamasının altında olan kişilerin, savunmaları ortalamasının üzerinde olan kişilere göre daha düşük seviyede anksiyeteye sahip oldukları görülmüştür ($t = -49,347$, $p < 0,001$) (Bkz. Tablo 4.7.). Sonuç olarak diyebiliriz ki; primitif savunma maddelerinden anlamlı şekilde yüksek puan almış kişilerin YAB-7 ölçek puanları yani anksiyete düzeyleri de yüksektir.

Tablo 4.7. Primitif Savunmalar ve YAB-7 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması

Gruplar	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	P	Düzeltilmiş P
PS Düşük- PS Ort.	-19,605	9,695	-2,022	,043	,129
PS Düşük- PS Yüksek	-49,347	13,147	-3,753	,000	,001
PS Ort.-PS Yüksek	-29,742	10,936	-2,720	,007	,020

Not: * $p < .05$, PS Düşük= PS puanları ortalamasının altında, PS Ort.=PS puanları ortalama olan bireyler, PS Yüksek=PS puanları ortalamasının üzerinde olan bireyler.

a.Çoklu testler için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır.

Primitif savunma maddeleri puanları ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür. Primitif savunma maddelerinin toplam puanı ortalama düzeyde olan kişilerin, primitif savunma maddelerinin toplamı ortalamanın altında olan kişilere göre anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($t = -57,580$, $p < 0,000$) (Bkz. Tablo 4.8.). Yine aynı şekilde primitif savunma maddeleri puanları ortalamanın üzerinde olan kişiler de puanları ortalamanın altında olan kişilere göre daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu söylenebilmektedir ($t = -53,869$, $p < 0,000$) (Bkz. Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Primitif Savunmalar ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması

Gruplar	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	P	Düzeltilmiş P
PS Düşük- PS Yüksek	-53,869	13,975	-3,855	,000	,000
PS Düşük- PS Ort.	-57,580	10,486	-5,491	,000	,000
PS Yüksek-PS Ort.	3,711	11,409	,325	,745	1,000

Not: * $p < .05$, PS Düşük= PS puanları ortalamanın altında, PS Ort.=PS puanları ortalama olan bireyler, PS Yüksek=PS puanları ortalamanın üzerinde olan bireyler.

a.Çoklu testler için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır.

Kimlik difüzyonu puanları anlamlı şekilde yüksek olan kişilerin YAB-7 ölçeği puanlarının da anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Kimlik difüzyonu puanları ortalamanın üzerinde olan bireylerin anksiyete düzeylerinin, kimlik difüzyonu ortalamanın altında olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu söylenebilmektedir ($t = -41,932$, $p < 0,003$) (Bkz. Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Kimlik Difüzyonu ve YAB-7 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması

Gruplar	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	P	Düzeltilmiş P
KD Düşük- KD Ort.	-18,113	8,616	-2,102	,036	,107
KD Düşük- KD Yüksek	-41,932	12,883	-3,255	,001	,003
KD Ort.-KD Yüksek	-23,819	11,683	-2,039	,041	,124

Not: * $p < .05$, KD Düşük= KD puanları ortalamanın altında, KD Ort.=KD puanları ortalama olan bireyler, KD Yüksek=KD puanları ortalamanın üzerinde olan bireyler.

a.Çoklu testler için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır.

Kimlik difüzyonu puanları ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür. Kimlik difüzyonu puanları ortalama kategoride olan bireylerin, kd puanları ortalamanın altında olan bireylere göre anksiyete duyarlılığı indeksi-3 ölçeğinde anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($t = -43,448$, $p < 0,000$) (Bkz. Tablo 4.10.). Kimlik difüzyonu

puanı ortalamasının üzerinde olan bireylerin anksiyete düzeyleri ile kimlik difüzyonu puanı ortalama kategoride olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($t=7,996$, $p<1,000$) (Bkz. Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Kimlik Difüzyonu ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması

Gruplar	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	P	Düzeltilmiş P
KD Düşük- KD Yüksek	-35,452	13,720	-2,584	,010	,029
KD Düşük- KD Ort.	-43,448	9,234	-4,705	,000	,000
KD Yüksek- KD Ort.	7,996	12,317	,649	,516	1,000

*Not: * $p < .05$, KD Düşük= KD puanları ortalamasının altında, KD Ort.=KD puanları ortalama olan bireyler, KD Yüksek=KD puanları ortalamasının üzerinde olan bireyler.*

a. Çoklu testler için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır.

Gerçeklik testi puanları ortalamasının altında olan bireyler, ortalama ($t= -42,093$, $p<0,020$) ve ortalamasının üzerinde ($t= -39,632$, $p<0,042$) puana sahip kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük Endişe ve Anksiyete Ölçeği puanına sahip olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.11.). Gerçeklik testi puanı ortalama ve ortalamasının üzerinde olan bireylerin EAÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=2,461$, $p<1,000$) (Bkz. Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Gerçeklik Testi ve Endişe ve Anksiyete Ölçeği Pairwise Karşılaştırması

Gruplar	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	P	Düzeltilmiş P
GT Düşük- GT Yüksek	-39,632	16,141	-2,455	,014	,042
GT Düşük- GT Ort.	-42,093	15,534	-2,710	,007	,020
GT Yüksek- GT Ort.	2,461	8,431	,292	,770	1,000

*Not: * $p < .05$, GT Düşük = GT puanları ortalamasının altında, GT Ort.=GT puanları ortalama olan bireyler, GT Yüksek =GT puanları ortalamasının üzerinde olan bireyler.*

Gerçeklik testi puanları ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Maddeli ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür. Gerçeklik testi puanı ortalama seviyede olan bireyler ile gt puanı ortalamasının üzerinde olan bireylerin YAB-7 ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($t= -11,700$, $p<0,456$) (Bkz. Tablo 4.12.). Ancak Gt puanı ortalama olan kişilerin YAB-7 puanları Gt puanı ortalamasının altında olan kişilere göre anlamlı olarak yüksek ($t= -42,348$, $p<0,016$), Gt puanı ortalamasının üzerinde olan kişilerin YAB-7 puanları ise gt puanı ortalamasının altında olan kişilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t= -54,048$, $p<0,002$) (Bkz. Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Gerçeklik Testi ve YAB-7 Ölçeği Pairwise Karşılaştırması

Gruplar	Test	Std. Hata	Std. Test	Düzeltilmiş	
	İstatistiği		İstatistiği	P	P
GT Düşük- GT Ort.	-42,348	15,146	-2,796	,005	,016
GT Düşük- GT Yüksek	-54,048	15,881	-3,403	,001	,002
GT Ort.- GT Yüksek	-11,700	8,167	-1,433	,152	,456

*Not: *p < .05, GT Düşük = GT puanları ortalamasının altında, GT Ort.=GT puanları ortalama olan bireyler, GT Yüksek =GT puanları ortalamasının üzerinde olan bireyler.*

a.Çoklu testler için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır.

Gerçeklik testi puanları ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür. Gerçeklik testi puanı ortalamasının üstünde olan bireylerin Anksiyete duyarlılığı indeksi; gerçeklik testi puanı ortalamasının altında olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t = -41,378$, $p < 0,031$) (Bkz. Tablo 4.13.). Yani gerçeklik testi yükseldikçe anksiyete duyarlılığı indeksi-3 ölçek puanlarının da yükseldiğini söylemek mümkündür. Gerçeklik testi puanı ortalamasının altında ve ortalama olan bireyler arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($t = -25,124$, $p < 0,318$) (Bkz. Tablo 4.13.). Gerçeklik testi ortalama ve ortalamasının üstünde olan bireyler arasında da anksiyete duyarlılığı indeksi-3 ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark görülmemiştir ($t = -16,254$, $p < 0,162$) (Bkz. Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. Gerçeklik Testi ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Pairwise Karşılaştırması

Gruplar	Test	Std. Hata	Std. Test	Düzeltilmiş	
	İstatistiği		İstatistiği	P	P
GT Düşük- GT Ort.	-25,124	15,538	-1,617	,106	,318
GT Düşük- GT Yüksek	-41,378	16,146	-2,563	,010	,031
GT Ort.- GT Yüksek	-16,254	8,434	-1,927	,054	,162

*Not: *p < .05, GT Düşük = GT puanları ortalamasının altında, GT Ort.=GT puanları ortalama olan bireyler, GT Yüksek =GT puanları ortalamasının üzerinde olan bireyler.*

5.TARTIŞMA

Bu çalışma, DSM-5 'e göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin ölçek kullanımı yardımıyla psikodinamik açıdan kişilik organizasyonlarının incelenmesi ve kişilik organizasyonunun bireylerin anksiyete düzeyine herhangi bir katkısı olup olmadığını görmeyi amaçlamıştır. Araştırma ayrıca yaygın anksiyete bozukluğunun altında yatan psikodinamik kişilik yapısı özelliklerini saptama amacını da kapsamaktadır. Kişilik örgütlenmelerinin yaşam boyu yapılanma sürecinin erken dönemlerinde başlayan kimlik bütünlüğü, savunma mekanizmaları, gerçeklik olgusu gibi alt kriterlerinin psikiyatrik tanılarla birlikte değişkenlik gösterdiği, belirli kişilik örgütlenmesi olan bireylerin belirli kriter özellikleri taşıyabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada bu amaçlar referans alınarak; DSM-5'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış bireylerin psikodinamik açıdan kişilik organizasyonları (nevrotik, psikotik, sınır durum) hakkında bilgi edinmeyi ve psikodinamik açıdan kişilik organizasyonlarının bireylerin anksiyete düzeylerinde ve DSM-5' e göre aldıkları yaygın anksiyete tanı kriterlerinin şiddet düzeyi üzerinde bir etkisi olup olmadığı öngörülmüştür. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerle yürütülen çalışmada nevrotik kişilik örgütlenmesine yatkın kişilerin diğer kişilik örgütlenme düzeylerine göre yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin daha şiddetli olup olmadığı ve bireylerin primitif savunma, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi sonuçlarının normal sınırın altında/üzerinde olmasının kişilik örgütlenmeleri arasındaki ilişkinin niteliği sorularına cevap aranmıştır. Tekrarlayan Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastaların altta yatan herhangi bir düzelmemiş kişilik örgütlenmesi ile ilişkisi olabileceği tahmin edilmiştir.

Psikiyatrik tanılarda ve farklı kişilik örgütlenmelerinde yaygın anksiyete bozukluğu eşlik etmesi sık gözlenen bir bulgudur (Kessler ve ark., 2005) ve birçok çalışmada depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğunun en sık gözlemlenen tanılar olduğu bildirilmiştir. (Leon ve ark., 1995; Kebbou ve ark., 1985; Von Korff ve ark., 1987).

Ceran Yıldırım (2022) tarafından yapılan bir çalışma; sınır durum ile psikotik özellikler arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışma, immatür savunma mekanizmaları, bozulmuş gerçeklik testi ve kimlik difüzyonu ile dürtüsellik ve duyarsızlık puanları arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuş ve bu özelliklerin psikotik sınıra daha yakın olduğunu söylemektedir (Chabrol ve Leichsenring, 2006). Yürütülen bu çalışmada ise yaygın anksiyete bozukluğu ve kişilik örgütlenmesini yordayan üç alt kriter arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilmektedir.

KOREN ölçeğinin incelediği üç alt özellik olan primitif savunmalar, gerçeklik testi ve kimlik difüzyonu ile anksiyete ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmeye yönelik yapılan korelasyon analizi sonucunda YAB-7 ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ölçeği puanlarının birbiri ile pozitif korelasyon içinde olduğu saptanmıştır. Bireylerin bu üç özellikten aldıkları puanlar arttıkça YAB-7 ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ölçek puanlarının da yani yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin şiddetinin de arttığını söyleyebiliriz. Endişe ve Anksiyete Ölçeği puanlarının ise primitif savunmalar ve kimlik difüzyonu maddelerinin ortalama puanları ile pozitif korelasyon göstermediğini ancak gerçeklik testi maddelerinin ortalama puanları ile pozitif korelasyon ilişkisi gösterdiği saptanmıştır.

Primitif savunma maddelerinden anlamlı şekilde yüksek puan almış kişilerin YAB-7 ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ölçek puanları yani yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin düzeyi de yüksektir. İlkel savunma mekanizmalarının kullanım sıklığını işaret eden ölçekteki primitif savunma maddelerinden alınan puan arttıkça bireylerin bu iki anksiyete ölçeğinden aldıkları puan da artmaktadır. Primitif savunma mekanizmalarından alınan düşük puanın nevrotik kişileri işaret ettiği düşünülürse; nevrotik kişilik yapılanmasına yatkın olan bireylerin yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin düzeyinin çok yoğun düzeyde olmadığı yorumu yapılabilmektedir. Primitif savunma mekanizmalarından alınan puanın yükselmesi ise, bireyin kişilik örgütlenmesinin psikotik uca daha yaklaştığını ifade etmektedir. Böylece bireyin primitif savunma mekanizmalarını daha sık kullanması yani gittikçe psikotik kişilik örgütlenmesine yaklaşan özellikleri taşıması yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerini daha yoğun yaşamasına sebep olmaktadır. Primitif savunma maddelerinin ortalaması yüksek olan kişilerin Endişe ve Anksiyete Ölçeği puanlarının düşük olmasının sebebi ise maddelerin sayısının ve her maddenin değerlendirme seviyesinin çok kapsamlı olmaması olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen primitif savunmalar ve yaygın anksiyete bozukluğu arasında doğrusal bir ilişki bulgusu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bilge (2007) tarafından yapılan araştırmaya bakılırsa; kişilik bozukları ve ilkel savunma mekanizmaları arasında bir ilişki bulunmuştur (Bond, 2004; Sinha ve Watson 1999; Sinha ve Watson 2004). İlkel savunma mekanizmaları spesifik olarak farklı kişilik bozukluklarıyla pozitif yönde ilişkiler göstermiştir. Yani, her bir kişilik bozukluğunda belli savunma mekanizmalarının kronik bir şekilde kullanılması yoluyla kişinin dışsal tehlike olarak algıladığı durumlar ve kaygıyla başa çıkma yöntemi farklılaşmaktadır. Bu durum savunma mekanizmalarının yoğun ya da sık kullanımının bireylerde psikopatoloji açısından risk oluşturması çıkarımı ile de uyumludur (Bilge, 2018).

Kimlik difüzyonu, rol karmaşası ve şüphecilik problemleriyle yakından ilişkilidir (Archer ve Waterman, 1990). Kimlik difüzyonu yüksek olan hasta gruplarının yani kimlik bütünlüğü sağlanamamış kişilerin tedaviye verdikleri yanıtın, hafif kimlik difüzyonu olan hastalarinkine kıyasla daha olumsuz olduğu bildirilmektedir (Hull ve ark., 1993).

KOREN ölçeğinde bulunan kimlik difüzyonu maddeleri ortalamalarının YAB-7 ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 değişkenleri ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kimlik difüzyonu puanları ortalama kategoride olan bireylerin, kimlik difüzyonu puanları ortalamasının altında olan bireylere göre Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 ölçeğinde yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Kimlik difüzyonu puanı ortalamasının üzerinde olan bireylerin anksiyete düzeyleri ile kimlik difüzyonu puanı ortalama kategoride olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Nevrotik kişilik yapılanmasına daha yatkın yani kimlik difüzyonu düşük seviyede olan bireylerin yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri düzeylerinin psikotik kişilik yapılanmasına yatkın yani yüksek seviyede kimlik difüzyonu olan kişilere göre daha düşük olduğunu söylemek mümkündür. Ancak kimlik difüzyonu puanı ortalama düzeyde olan kişiler ile ortalamasının üzerinde olan kişiler arasında yaygın anksiyete bozukluğu ölçek puanları açısından anlamlı bir fark görülemediği.

Önceki çalışmalardan biri, kimlik difüzyonu alt ölçeğinin tüm kişilik bozuklukları alt ölçekleri ile anlamlı seviyede pozitif yönlü ilişki göstermesi ve tüm kişilik yapıları üzerinde anlamlı seviyede yordama gücüne sahip olması bulguları bu çalışmayı destekler nitelikte sonuçlar elde etmiştir (Ceran Yıldırım, 2022).

Gerçeklik testi puanı ortalamasının üstünde olan bireylerin kullanılan üç anksiyete ölçeğindeki puanları da gerçeklik testi puanı ortalamasının altında olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yani gerçeklik testi yükseldikçe yaygın anksiyete bozukluğu ölçeklerinden alınan puanların da yükseldiğini söylemek mümkündür. Gerçeklik testi puanı ortalamasının altında ve ortalama olan bireyler arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Gerçeklik testi ortalama ve ortalamasının üstünde olan bireyler arasında da anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark görülmemiştir. Sonuç olarak diyebiliriz ki nevrotik kişilik örgütlenmesine yatkın ve psikotik kişilik örgütlenmesine yatkın bireyler arasında yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin seviyeleri açısından önemli bir fark bulunurken (psikotik yapılar daha yüksek); gerçeklik testi ortalama çıkan yani sınır durum kişilik örgütlenmesine yakın kişiler için diğer iki gruba arasında anlamlı bir fark olduğunu söylemek mümkün değildir. Ancak gerçeklik testi puanlarının yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin düzeyini yordadığını ve söylemek mümkündür.

Bu araştırmanın gerçeklik testi seviyesi ve yaygın anksiyete bozukluğu belirti düzeyleri arasındaki ilişkiden ve gerçeklik seviyesi yüksek olan bireyleri psikotik örgütlenme düzeyine yakın varsaydığını göz önüne alırsak; geçtiğimiz aylarda tamamlanmış bir çalışmada bulunan -gerçeklik testi alt ölçeğinin şizoid kişilik bozukluğunu anlamlı seviyede yordamaz- sonucu ile uyum sağlamamaktadır (Ceran yıldırım, 2022).

Primitif savunmaları ortalama seviyede olan bireylerin yaygın anksiyete bozukluğu semptom düzeyleri, ortalamasının üzerinde olanlara göre daha düşüktür. Aynı şekilde primitif savunmaları ortalamasının altında olan kişilerin, savunmaları ortalamasının üzerinde olan kişilere göre daha düşük seviyede yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerine sahip oldukları görülmüştür. Sonuç olarak diyebiliriz ki; primitif savunma maddelerinden anlamlı şekilde yüksek puan almış kişileri YAB ve ADİ-3 ölçek puanları yani yaygın anksiyete bozukluğu semptomlarının yoğunluğu da yüksektir. Geçmiş yıllarda yapılmış bir diğer çalışmaya göre nevrotik savunma mekanizmaları grubu sadece Şizoid Kişilik Bozukluğu ile negatif yönde ve anlamlı derece korelasyon göstermiştir (Bilge,2018). Elde edilen bulgular bu çalışmada ortaya çıkan primitif savunmaları yoğun ve sık derecede kullanan bireylerin psikotik kişilik örgütlenmesine daha yakın düzeyde olduklarını desteklemektedir.

Psikotik kişilik örgütlenmesi ön planda olan bireylerin yaygın anksiyete bozukluğu belirti düzeylerinin, kimlik difüzyonu ortalamasının altında olan nevrotik kişilik örgütlenmesine yatkın bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu söylenebilmektedir. Kimlik bütünlüğü sağlıklı bir şekilde tamamlanamadığında yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri artış göstermektedir. Birey bu belirtileri yönetebilmek ve kendini koruyabilmek adına savunma mekanizmaları kullanır. Kimlik bütünlüğü ise özdeşim savunma mekanizmasıyla yakından ilgilidir. Böylece, kişilik örgütlenmesinden bahsederken, kimlik bütünlüğü, savunma mekanizmaları ve gerçeklik

algısının örgütlenmenin düzeyinden bahsederken önemli yapıtaşları olduğu düşünülmektedir (Ceran Yıldırım, 2022).

Gerçeklik testi puanı ortalamasının üstünde olan bireylerin yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin düzeyi; gerçeklik testi puanı ortalamasının altında olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yani gerçeklik testi yükseldikçe anksiyete ölçek puanlarının da yükseldiğini söylemek mümkündür ancak nevroitik ve psikotik yapılanmaya yatkın gruplar arasında bu yorum yapılabilirken; gerçeklik testi puanları ortalama seviyede olan sınır durum kişilik örgütlenmesine sahip kişiler ve nevroitik-psikotik kişilik örgütlenmesine sahip kişiler arasında yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin düzeyi açısından anlamlı bir fark görülmemiştir.

Borderline kişilik örgütlenmesi olan grubun puanlarının anlamlı olarak yüksek olması beklenen bir sonuç olup çeşitli çalışmalarda Borderline Kişilik Bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu ilişkilendirilmiştir (Zimmerman ve Mattia 1999; Zanarini ve ark., 1998). 2007 yılında yapılan çalışmaya göre ise kaygı envanterinden alınan puanların nevroitik ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak borderline hasta grubunda yüksek olması bu çalışmayı destekler nitelikte iken; psikotik hasta grubu ile ilgili bilgiye ulaşılammıştır (Karayün, 2007). Ancak bu çalışma ek olarak psikotik kişilik örgütlenmesine yatkın grubun diğer iki kişilik örgütlenmesine (nevroitik, borderline) göre daha yüksek seviyede yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri yaşadığını kanıtlar niteliktedir. Psikotik kişilik örgütlenmesine sahip kişiler, primitif savunma mekanizmalarını daha sık kullanmakta ve kişilik örgütlenmeleri sınır durumdan psikotik organizasyona doğru bir kayma göstermektedir (Ressler ve Schactman, 1993).

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma DSM-5'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış kişilerin primitif savunma, kimlik difüzyonu, gerçeklik testi düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuş ve farklı kişilik örgütlenmelerine göre anksiyete düzeylerinin değişiklik gösterdiğini belirtmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerle yürütülen çalışmada nevrotik kişilik örgütlenmesine yatkın kişilerin diğer kişilik örgütlenme düzeylerine göre anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu düşünülmekteyken; elde edilen bulgulara göre nevrotik kişilik örgütlenmesine daha yatkın olan bireylerin anksiyete düzeyleri psikotik kişilik örgütlenmesine yatkın kişilere göre daha düşüktür. Araştırmanın varsayımlarında bahsedildiği üzere; primitif savunmalar, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi maddelerinin ortalaması nevrotik kişilik örgütlenmesi olan kişilerde düşük puanları işaret etmekteyken, sınır durum bireylerde ortalama, psikotik kişilik örgütlenmesi düzeyine doğru ise puanlar artış göstermektedir. Bu verilerden yola çıkarak sınır durum örgütlenmesi seviyesine daha yakın olan bireylerin nevrotik kişilik örgütlenmesine yakın kişilere göre daha yoğun anksiyete yaşadıkları sonucu çıkarılabilmektedir. Ayrıca psikotik kişilik örgütlenmesine yatkın olan kişilerin anksiyete seviyelerinin diğer kişilik örgütlenmesi düzeylerine göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Tekrarlayan Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastaların altta yatan herhangi bir düzelmemiş kişilik örgütlenmesi ile ilişkisi olabileceği; anksiyete düzeyi ve kişilik örgütlenmesi arasındaki anlamlı düzeydeki ilişkiye bakılarak söylenebilmektedir.

Geçmiş yıllarda tamamlanmış araştırmalardan da yola çıkarak kişilik yapıları ve savunma mekanizmaları, kimlik bütünlüğü ve gerçeklik algısı arasında güçlü bir ilişki olduğu; bireylerin patolojileri ve psikiyatrik tanı değerlendirmeleri söz konusu olduğunda tedavi planında bu ilişkinin göz önünde bulundurulması gerektiği söylenebilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen verilen sonucunda psikotik kişilik örgütlenmesine yatkın kişilerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olması, bireylerin yaşadığı zorlukları daha iyi analiz edebilmek ve tedavi aşamasında daha hızlı ve doğru bir yol haritası belirlemek adına büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Hem bu alanda çalışan klinisyenlerin hem de bu konu hakkında ileri araştırmalar yapmayı hedefleyen profesyonellerin kişilik örgütlenmeleri ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı arasındaki ilişkiyi büyük ölçüde göz önüne almaları önerilmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin kontrol etmekte zorlandıkları anksiyete seviyesinin, DSM-5 kriterlerine göre aldıkları tanının yanı sıra kişilik örgütlenmelerinin dinamiğinden kaynaklanan bir durum olabileceği de araştırılmalıdır. Ortaya çıkan anksiyete belirtilerinin altta yatan sebeplerinin titizlikle incelenerek psikodinamik değerlendirmede doğru bir sonuca ulaşılması ruh sağlığı profesyonellerine başvuran bireyler için oldukça ciddi bir önem taşımakta ve klinisyen tarafından uygulanan tedavinin başarısını arttırmaktadır. Bu araştırma konusu hakkında daha detaylı ve kesin bilgilere ulaşmak amacıyla; daha büyük bir örneklem grubu, çeşitli tanı grupları ve çeşitli araştırma çevreleri seçilerek karşılaştırma yapmak gerektiği düşünülmektedir. Tanı almış kişilere ek olarak kontrol gruplarının da çalışmaya eklenmesi araştırmanın doğruluğu açısından önerilmektedir.

7.KAYNAKÇA

Tezler

- Akyay, A. (2016). Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Problemlere Karşı Olumsuz Tutum Ölçeği ve Bilişsel Kaçınma Ölçeği, Türkçe uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Yüksek lisans tezi*. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Battaloğlu, S. (2022). Yaygın Kaygı Bozukluğu Belirtileri İle Aile Öngörülemezliği, Duygu Düzenleme Ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ceran Yıldırım, G. G. (2020). Kişilik Organizasyonları Envanteri'nin Türkçe Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Doktora Tezi*, Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kaban, C. (2021). Depresyon Ve Yaygın Anksiyetenin Belirtilerinin Yordanmasında Algılanan Ebeveynlik Biçimleri Ve Abartılmış Sorumluluk Tutumunun Rolü, *Yüksek Lisans Tezi*, İbn Haldun Üniversitesi, İstanbul
- Karayün, D. (2007). Nevrotik Yapılı Hastaların Ve Ailelerinin Borderline Yapılı Hastaların Ve Ailelerinin Kişilik Özellikleri Ve Aile İlişkilerinin Birbirine Ve Kontrol Grubuna Göre Kıyaslanması. *Uzmanlık Tezi*, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Kaya, S. M. (2020). Panik Bozukluk Tanısı Almış Bireyler İle Sağlıklı Bireylerin Bazı Psikodinamik Yapılarının Objektif Ve Projektif Testler İle Karşılaştırılması. *Doktora Tezi*, İnönü Üniversitesi, Malatya
- Şayın, B. (2022). Yetişkinlerde Bağlanma Stilllerinin Anksiyete Ve Somatizasyon Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul
- Temiz, E. (2004). Sınır Kişilik Bozukluğunda Ayrılma/Birleşme Deneyimleri, Yakın İlişkilerde Yaşanan Kaygı ve Kaçınma Boyutları. *Yüksek Lisans tezi*, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Kitaplar

- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, 4. Baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından, Çev. Köseoğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Dugas, M. J., Francis, K. (2000). Review of the Worry and Anxiety Questionnaire. İn: Maltby, J., Lewis, C. A., and Hill, A. P., Commissioned reviews on 300 Psychological Tests. Lampeter, Wales: Edwin Mellen Press.
- Ersevîm, İ. (1997). Freud ve psikanalizin temel ilkeleri. (7. Baskı). Özgür Yayınları.
- Fonagy, P. & Target, M. (2009). Theoretical models of psychodynamic psychotherapy. İn G. O. Gabbard (Ed.), *Textbook of psychotherapeutic treatments* (pp. 3–42). American Psychiatric Publishing, Inc.

- Gabbard, G.O. (2004). Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text. *American Psychiatric Press*, Washington DC.
- Kernberg, O. F. (1985). Borderline conditions and pathological narcissism. Rowman & Littlefield Publishers, pp. 4-161.
- Kernberg, O.F. (1977). Structural change and its impediments. In: Hartocollis P, editor. *Borderline Personality Disorders*. International Universities Press; New York, 275–306.
- Kernberg, O. (1986). Structural derivatives of object relationships. In P. Buckley (Ed.), *Essential papers on object relations* (pp. 350–384). New York University Press.
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder: The Role of Intolerance of Uncertainty. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 201–216). Wiley Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch12>
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1971). The analysis of the self. *The Psychoanalytic Study of the Child Monograph*. New York (International Universities Press), 4-127.
- McWilliams, N. (2010). Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak (E. Kalem, Çev). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları (1999).
- McWilliams, N. M., & Weinberger, J. (2003). Psychodynamic psychotherapy. In G. Stricker, T. A. Widiger, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Clinical psychology*, 8, 253–277.
- Mitchell S. A., Greenberg J. R., (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Harvard University Press (pp. 9-21).
- Rockland, R. H. (1989). *Supportive therapy. A psychodynamic approach*. New York, Basic Books.
- Summers, F. (1994). *Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text*. London: The Analytic Press.
- Williams, N. M. (1994). *Psychoanalytic diagnosis. Understanding personality structure in teh clinical process*. The Guildford Press.
- Winnicott, W.D. (1998). *Oyun ve Gerçeklik*. Birkan T.(çev.) 1. baskı, İstanbul Metis Yayınları.
- Winston, A., Rosenthal N. R., Pinsker, H. (2004). Destekleyici psikopsikoterapiye giriş. Kaptanoğlu C., Güleç G., Eşsizoğlu, A., Maraş, A. (çev). Ankara, BAYT Bilimsel Arş. Basın Yay. Tanıtım Ltd. Şti.

Makaleler

- Aafjes-van Doorn, K. & Prout, T. A. (2022). Changing attitudes toward evidence-based psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 39(3), 217–225. <https://doi.org/10.1037/pap0000397>
- Akyüz, C. (2018). Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinden Sınır (Borderline) Kişilik Örüntüsüne Bakış: Vaka Örneği ile Temel Savunma Mekanizmalarının Yorumlanması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 5 (3), 1-20. DOI: 10.31682/ayna.468232
- Archer, S. L. & Waterman, A. S. (1990). Varieties of identity diffusions and foreclosures. *Journal of Adolescent Research*, 5, 96–111. <https://doi.org/10.1177/074355489051009>
- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 325-341.
- Aydın, Ç. P. (2017). Kaygı ve Endişe. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 10(4),228-36.
- Betan, E., Heim, K. A., Conklin, Z. C., Westen D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Comment in: Am J Psychiatry*,162(5), 833–835. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.890
- Bilge, Y. (2018). Kişilik Bozuklukları Ve Savunma Mekanizmaları. *Turkish Studies (Elektronik)*, 13(10), 145- 167.
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harvard review of psychiatry*, 12(5), 263-278.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179–192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Bulut, B. P. G. (2017). Lacanyen Bakış Açısından Pervert Yapı Kavramı ve Terapötik Öneriler. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 4(1), 26-38.
- Caligor, E., Kernberg O.F. (2005). A Psychoanalytic theory of personality disorders- Otto F. Kernberg and Eve Caligor. *Major Theories of Personality Disorders*, (2), 114-145.
- Ceran Yıldırım, G. G. (2022). Eksen II Kişilik Özelliklerinin Kişilik Organizasyonları Açısından Değerlendirilmesi. *Journal of History School*, 57, 1383-1406.
- Chabrol, H. & Leichsenring, F. (2006). Borderline personality organization and psychopathic traits in nonclinical adolescents: Relationships of identity diffusion, primitive defense mechanisms and reality testing with callousness and impulsivity traits. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 161–170. <https://doi.org/10.1521/bumc.2006.70.2.160>

- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders, 21*(5), 474-499.
- Clarkin, J. F. (2012). An Integrated Approach to Psychotherapy Techniques For Patients With personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*(1), 43-62.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist, 55*(6), 637-646. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.637>
- Çıtak, S. (2018). Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları: Psikopsikoterapi ve Farmakopsikoterapi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 9*(3), 141-149.
- Devens, M. & Erickson, M. T. (1998). The relationship between defense styles and personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 12*(1), 86-93. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.1.86>
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1355-1381. Doi:10.1017/S0954579409990198.
- Freud, S. (1913) On Beginning the Treatment (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis I). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 12*, 121-144.
- Freud, S. (1938) Splitting of the Ego in the Process of Defence. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 23*, 271-278
- Freud, S. (1896) The Aetiology of Hysteria. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 3*, 187-221.
- Gündoğan, H. (2016). Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinden Borderline (Sınır) Kişilik Örgütlenmesine Bakış: Vaka Örneği ile Psikoterapi Sürecinin Yorumlanması. *Ayna Klinik Psikoloji dergisi, 3*(2), 1-16.
- Gündüz A. (2019). Yaygın anksiyete bozukluğunda bilişsel davranışçı psikoterapiler. Bahadır G, Ertekin E, editörler. *Farklı Tanı Gruplarında Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler.1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 28-34.*
- Gürol, İ. (2014). Borderline Kişilik Örüntüsünde Bölünme Mekanizması ve Psikopsikoterapi Süreci: Vaka Örneği. *Ayna Klinik Psikoloji dergisi, 1*(1), 1-12.
- Hekimoğlu, C. E., Bilik, Z. M. (2020). Freud'dan Lacan'a Kaygı. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi, 7*(3), 336 – 367.
- Henriques, G. (2012). (When) Are You Neurotic? Identifying neurotic patterns. *Psychology Today*. DOI: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/theory-knowledge/201211/when-are-you-neurotic>
- Hoffart, A. (2016). Cognitive models for panic disorder with agoraphobia: A study of disaggregated within-person effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(9), 839.

- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., & Martinsen, E. W. (2008). Mechanisms of change in cognitive therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 262–275.
- Hull, J. W., Clarkin, J. F. & Kakuma, T. (1993). Treatment response of borderline inpatients: a growth curve analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(8), 503–509. <https://doi.org/10.1097/00005053-199308000-00005>
- Jacobson, E. (1954) The Self and the Object World. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 9(1), 75-127, DOI: 10.1080/00797308.1954.11822534
- Kaçar, E. (2018). Lacan Ve Topoloji. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 535–554.
- Karabacak, R. (2001). Oyuna psikanalitik bir bakış: psikanalitik kuramcılarının oyuna yönelik görüşleri, *Psikoteori Dergisi*, 2 (2), 11-15.
- Karamustafaloğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2),65-74.
- Kaya, M. M. (2021). Ayrılma Kaygısı Bozukluğu Üzerine Bir İnceleme, *Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4(2), 209-220.
- Kebbon, L., Swartling, P.G., Smedby, B. ve ark. (1985). Psychiatric symptoms and psychosocial problems in primary health care as seen by doctors. *Scand J Prim Health Care*, 3(1), 23-30.
- Kernberg, O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4), 800-822.
- Kernberg, O. F. (1975) A Systems Approach to Priority Setting of Interventions in Groups, *International Journal of Group Psychotherapy*, 25 (3), 251-275, DOI: 10.1080/00207284.1975.11491899
- Kernberg, O. F. (1975). Further Contributions to the Treatment of Narcissistic Personalities: A Reply to the Discussion by Paul H. Ornstein. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 245-247.
- Kernberg, O. F. (1975). Transference and countertransference in the treatment of borderline patients. *Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals*, 7(2), 14–24.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kolat ve ark. (2015). Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarının mizaç ve karakter özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16 (2), 122-129.
- 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), 53-59.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Monahan, P.O., Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*, 146, 317-325.

- Leichsenring D, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., Rüger, U., Winkelbach, C., Leibing, E. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 875–881.
- Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. & Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factor composition, and criterion relations with affect aggressive yscontrol, psychosis proneness, and self domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess*,13, 577-591.
- Leon, A.C., Olfson, M., Broadhead, W.E. et al. (1995). Prevalence of mental disorders in primary care. *Arch Fam Med*, 4(10),857-861.
- Levy, K. N., Ehrental, J.C., Yeomans, F.E. & Caligor, E. (2014). The Efficacy of Psychotherapy: Focus on Psychodynamic Psychotherapy as an Example. *The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 42 (3). <https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.3.377>
- Mahler, M.S. (1974) Symbiosis and individuation: The psychological birth of the human infant. *Psychoanal Study Child*,29, 89-106.
- Mantar, A., Yemez, B. ve Alkın, T. (2010). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 225-34.
- Öğünç, E. N., Eren, N. (2012). Borderline Kişilik Bozukluğu Gösteren Hastalarda Psikodinamik Grup Psikoterapi Sürecinin Nesne İlişkileri Üzerine Etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 30-37.
- Önder, Y. (2006). Sınır Kişilik Bozukluğu Hastası: Psikodinamik Perspektiften Tanı, Kuram ve Tedavi Üzerine Bir Güncelleme. Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, *Türk Psikoloji Bülteni*, 12,(38), 68.
- Özcan M., Uğuz F., Çilli A. (2006). Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 276- 285.
- Özdemir, N., Şahin, K. Ş., Elboğa, G. & Altındağ, A. (2020). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Bilişsel Çarpıtmaların Tedaviye Uyuma Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(4),380-386.
- Öztürk, G. (2021). Covid-19 Salgınına Yönelik Koruyucu Sağlık Davranışlarının Kişilik Yapıları ve Savunma Mekanizmaları Üzerinden Değerlendirilmesi. *Social Sciences Research Journal*,10 (3), 564-579.
- Pulat, F. (2019). Aktarım Odaklı Psikoterapinin Borderline Patolojilere Bakışı. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*,2 (3), 117-130.
- Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(1), 60-77.
- Sinha, B. K., & Watson, D. C. (1999). Predicting personality disorder traits with the Defense Style Questionnaire in a normal sample. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 281-286.

- Sinha, B. K. & Watson, D. C. (2004). Personality disorder clusters and the Defence Style Questionnaire. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(1), 55- 66
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., Löwe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*,166, 1092-1097.
- Şahin, M. (2019). Korku, Kaygı Ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 6(10), 117-135.
- Taymur, İ., Türkçapar H. M. (2021). Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(2),154-177.
- Telch, M. J., Kamphuis, J. H., & Schmidt, N. B. (2011). The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 469–474.
- Tryer, P. (1999). Borderline personality disorder: a motley diagnosis in need of reform. *The Lancet*, 354(9196), 2095-2096.
- Tully, Phillip J, Sardinha, A., & Nardi, A. E. (2017). A new CBT model of panic attack treatment in comorbid heart diseases (PATCHD): how to calm an anxious heart and mind. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 329–341.
- Tuzgöl, K. (2018). Lacanyen Psikanalitik Kuram ve Öznenin Konumu. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(1), 41-53.
- Tuzgöl, K. (2019). Lacanyen Gerçek ve Gerçekliğin Rüyalarla İlişkisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 2(4), 46-58.
- Uluç, S., Tüzün, Z., Haselden, M., & Erbaş, S. P. (2015). Bell nesne ilişkileri ve gerçeği değerlendirme ölçeğinin (borrtı) Türkçe ‘ye uyarlama çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 112-123.
- Uzbay, T. İ. (2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 1, 5-13.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*, 65(7), 805-815.
- Von Korff, M., Shapiro, S., Burke, J.D. ve ark. (1987). Anxiety and depression in a primary care clinic: Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire, and practitioner assessment. *Arch Gen Psychiatry*, 44(2), 152-156.
- Wells, A., King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212.
- Wittchen, H. U., Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry*,62(11), 9-15.
- Yıldırım, G. G. & Yüksel S. (2021). Kişilik Organizasyonlar Envanteri'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Ulakbilge Sosyal Bilimler Dergisi* (56), 1–19.

- Yıldırım, O. & Kumcağız, H. (2022). Psikodinamik Yaklaşım Göre İnsan Davranışının İncelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 0(40), 103-132. DOI: 10.14520/adyusbd.105
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O., Frankenburg, F.R., (1988). DSM-III disorders in the families of borderline outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 2, 292–302.
- Zimmerman, M., Mattia. J.I. (1999). Differences Between Clinical and Research Practices in Diagnosing Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1570-1574. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1570>

Yayınlanmamış Eserler

- Hendrickx, D. (2017). Freud and Lacan on fetishism and masochism/sadism as paradigms of perversion. *Unpublished doctoral dissertation*. Ghent University, Netherlands. DOI: <https://biblio.ugent.be/publication/8532234/file/8532235.pdf>

EK 1. KİŞİLİK ORGANİZASYONLARI ENVANTERİ – KOREN (IPO-TR)

Yönerge: Bu envanterde insanların hayatları boyunca sergilediği çeşitli tutum, duygu ve davranışlar ile ilgili ifadeler vardır. Lütfen aşağıdaki tüm yönergeleri dikkatle okuyun ve size uygun şekilde tamamlayın. Bu envanteri tamamlamak için uzman olmanız gerekmemektedir. Bu envanter, her bir soruyu olabildiğince dürüstçe ve içtenlikle yanıtlarsanız amacına ulaşacaktır.

Tutum, duygu ve davranışlarınızla ilgili olabildiğince açık şekilde bilgi verin lütfen. Kendinize ve deneyimlerinizi düşünürken, sadece alkol ya da ilaç etkisi altında sergilemiş olabileceğiniz tutum, duygu ya da davranışları dikkate almayın.

1	2	3	4	5
Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru

Kişilik Organizasyonları Envanteri						
1	İnsanları üzen şeyler yaptığımı; ancak bunların insanları neden üzdüğünü anlayamadığımı fark ederim.	1	2	3	4	5
2	Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şey sahiden gerçek mi söyleyemem.	1	2	3	4	5
3	Kaygılıyken ya da aklım karışık olduğunda, dış dünyadaki şeyler de bana anlamsız gelir.	1	2	3	4	5
4	Çevremdeki her şey belirsizleştiyse ve karıştıysa iç dünyam da belirsiz ve karışık bir hal alır.	1	2	3	4	5
5	Yakın bir ilişki içindeyken benlik duygumu yitirmekten korkarım	1	2	3	4	5
6	İnsanlar beni başarılı bulduğunda çok mutlu, başarısız bulduğunda ise mahvolmuş hissederim.	1	2	3	4	5
7	Sıcakkanlı ve fedakâr olmak ile soğuk ve ilgisiz biri olmak arasında gidip gelirim.	1	2	3	4	5
8	İşte ya da okuldaki halime kıyasla evde daha farklı bir kişiymişim gibi hissederim.	1	2	3	4	5
9	İnsanlar hayran olduğum kişilerin eksik yönlerini görmekte zorluk çektiğimi söyler.	1	2	3	4	5
10	Duyduğum bir sesin ya da gördüğüm bir şeyin hayal dünyamın ürünü olup olmadığından emin olamam.	1	2	3	4	5
11	Her nasılsa, insanlarla ilişkilerimi nasıl yürüteceğimi asla tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
12	Benim için önemli olan insanların benimle ilgili duygu ve düşünceleri aniden değişecek diye korkarım.	1	2	3	4	5
13	İnsanlar bana o kadar çok ihanet eder ve düşman olur ki, insanlara güvenmekte zorluk çekerim.	1	2	3	4	5
14	Bir hevesle hobiler ve ilgi alanlarına yönelip sonra onlardan kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5

15	İnsanlar bana, ya sevgiye boğarak ya da terk ederek karşılık verme eğilimindedir.	1	2	3	4	5
16	Kendimi, farklı zamanlarda tamamen farklı huyları olabilen bir insan olarak görüyorum.	1	2	3	4	5
17	Mantıklı bir açıklaması olmayan şeyler duyduğum veya gördüğüm olur.	1	2	3	4	5
18	Bazı fiziksel duyular bedenimde gerçekten var mı yoksa hayal ürünü mü söyleyemem.	1	2	3	4	5
19	Yanıldığım sonradan ortaya çıksa bile, insanlara taparcasına hayranlık duymaya devam ederim.	1	2	3	4	5
20	Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şey sahiden gerçek mi söyleyemem.	1	2	3	4	5
21	Gerçekte var olmayan şeyleri gördüğüm olur.	1	2	3	4	5
22	Güvende hissedebilmem için birisine hayranlık duymam gerekir.	1	2	3	4	5
23	Beni iyi tanıyan kişiler bile nasıl davranacağımı tahmin edemez.	1	2	3	4	5
24	Beni çok iyi tanıyan insanlar da dahil olmak üzere, insanların benimle ilgili düşüncelerinden emin olmam zordur.	1	2	3	4	5
25	Hiç kimsenin göremeyeceği ya da duyamayacağı şeyleri görebilirim ya da duyabilirim.	1	2	3	4	5
26	Kendimi, neredeyse bir başkasıymışım, tanıdığım (arkadaş, akraba gibi) hatta tanımadığım birisiymişim gibi hissederim.	1	2	3	4	5
27	Hiç kimsenin anlayamayacağı ya da bilemeyeceği şeyleri anlarım ya da bilirim.	1	2	3	4	5
28	Davranışlarımdaki değişimlere bir anlam veremem.	1	2	3	4	5
29	Başkalarının gerçekte var olmadığını iddia ettiği şeylerin seslerini duyduğum olur.	1	2	3	4	5
30	Duygularımı aşırı uçlarda, ya çok mutlu olarak ya da derin bir kederle yaşama eğilimindeyim.	1	2	3	4	5
31	Gördüğüm şeylerin, onlara yakından baktığımda, başka şeylere dönüştüklerini düşünürüm.	1	2	3	4	5

EK 2. ENDİŞE VE ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

EAÖ

1. Sizi sıklıkla endişelendiren konular nelerdir? Yazınız

- a) _____ d) _____
 b) _____ e) _____
 c) _____ f) _____

2. Endişeleriniz size aşırı veya abartılı geliyor mu? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiç aşırı değil Orta derecede aşırı Tamamen aşırı

3. Son altı ay süresince, aşırı endişeler sizi kaç gün rahatsız etmiştir? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir zaman İki günde bir Her gün

4. Endişelerinizi kontrol etmekte zorluk yaşıyor musunuz? Mesela, bir şey hakkında endişelenmeye başladığımızda kendinizi durdurmakta zorluk yaşıyor musunuz? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir zorluk Orta derecede zorluk Aşırı zorluk

5. Son altı ay süresince, endişeli veya kaygılı olduğunuzda aşağıdaki hislerden biri sizi rahatsız etmiş midir? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

a) Dinginleşememe (huzursuzluk), gergin ya da sürekli diken üzerinde olma

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir şekilde Aşırılığa kaçmadan Ciddi bir şekilde

b) Kolay yorulma

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir şekilde Aşırılığa kaçmadan Ciddi bir şekilde

c) Odaklanmada güçlük ya da zihin boşalması

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir şekilde Aşırılığa kaçmadan Ciddi bir şekilde

d) Kolay kızma

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir şekilde Aşırılığa kaçmadan Ciddi bir şekilde

e) Kas gerginliği

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir şekilde Aşırılığa kaçmadan Ciddi bir şekilde

f) Uyku sorunları (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen doyurucu olmayan bir uyku uyuma)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir şekilde Aşırılığa kaçmadan Ciddi bir şekilde

6. Kaygımız veya endişemiz hayatınıza yani işinize, sosyal aktivitelere, ailenize, vb. ne ölçüde müdahale ediyor? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir şekilde Aşırılığa kaçmadan Ciddi bir şekilde

EK 3. ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3

EK-3.Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız. Eğer herhangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden eminim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

EK 4. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU-7 (YAB-7)

Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Maddeli (YAB-7) testi

Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorunlar bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkta sizi rahatsız etti?	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen hergün
1. Sinirli, kaygılı, uçurumun kenarındaymış gibi hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama				
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme				
4. Gevşeyip rahatlayamama				
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma				
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma				
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama				

EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (BOF)

Tarih

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Öncelikle çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

'Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Bireylerin Psikodinamik Açısından Kişilik Organizasyonlarının İncelenmesi' konulu yüksek lisans tez çalışması Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji lisansüstü programı öğrencisi Psikolog Merve Ersöz tarafından Prof. Dr. Mehmet Yumru danışmanlığında yürütülmektedir. Bu çalışmanın yürütülebilmesi için Antalya Bilim Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan ve çalışmanın veri toplama aşaması için ASV Yaşam Hastanesi'nden izin alınmıştır.

Bu çalışmada amaç, DSM-5 'e göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin ölçek kullanımı yardımıyla psikodinamik açıdan kişilik organizasyonlarının incelenmesi ve kişilik organizasyonunun bireylerin kaygı düzeyine herhangi bir katkısı olup olmadığını görmektir.

Çalışmanın tamamı yaklaşık 15-20 dakika sürmektedir. Çalışmaya katılımınız dahilinde size doldurmanız için dört(4) ayrı ölçek verilecektir. Tüm öz-bildirim ölçekleri siz gönüllü katılımcılar tarafından doldurulacaktır. Her ölçeğin başında yer alan yönergeleri dikkatle okuyup yönergeye uygun bir şekilde maddeleri cevaplandırmanız çalışmanın bilimselliği için önemlidir. Ölçeklerde size yöneltilen soruların doğru veya yanlış cevapları yoktur. Cevaplarınız gizli tutulacak olup sadece araştırmacı tarafından bu çalışmada kullanılacaktır.

Araştırma sırasında sizden isminiz/soyadınız ya da sizi tanımlayacak bilgiler istenmeyecektir. Doldurulmanız istenilen demografik bilgiler formunda sizi tanımlayıcı bilgiler bulunmamaktadır. Katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı reddetmekte veya yarıda bırakmakta özgürsünüz. Bu durumda katılımınızın herhangi bir sorumluluğu yoktur. Araştırmanın sonuçları yüksek lisans tezi için kullanılacaktır. Çalışmayla ilgili sorularınızı araştırmacıya sorabilirsiniz.

Katılmayı kabul ettiğiniz ve bilime katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcı İmza:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri katılımcıya açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacı İmza:

EK 6. ASV YAŞAM HASTANESİ İZİN BELGESİ

EK.7 ETİK KURUL İZİNİ

EK.8 ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ