



T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
PSİKOLOJİK DANIŞMA VE REHBERLİK BİLİM DALI

PANİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLER İLE SAĞLIKLI BİREYLERİN
BAZI PSİKODİNAMİK YAPILARININ OBJEKTİF VE PROJEKTİF TESTLER İLE
KARŞILAŞTIRILMASI

DOKTORA TEZİ

M. Siyabend KAYA

Malatya – 2020

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
PSİKOLOJİK DANIŞMA VE REHBERLİK BİLİM DALI

PANİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLER İLE SAĞLIKLI BİREYLERİN
BAZI PSİKODİNAMİK YAPILARININ OBJEKTİF VE PROJEKTİF TESTLER İLE
KARŞILAŞTIRILMASI

DOKTORA TEZİ

M. Siyabend KAYA

Danışman: Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM

Malatya – 2020

ONUR SÖZÜ

Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM'ın danışmanlığında Doktora tezi olarak hazırladığım **“Panik bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin bazı psikodinamik yapılarının objektif ve projektif testler ile karşılaştırılması”** başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım bütün yapıtların hem metin içinde hem de kaynakçada, yöntemine uygun biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

M. Siyabend KAYA

ÖN SÖZ

Psikoloji tarihi, tanılama sistemine yönelik eleştiriler ile doludur. Rosenhan Deneyi bunlar arasında en bilindik olanlardan biridir ve deyim yerindeyse psikiyatri dünyasında deprem etkisi yaratarak, onlarca kliniği ve psikiyatristi bu konuda çaresiz bırakmıştır. Özetle bu deney sonrasında Rosenhan, danışanlara konulan tanının her zaman güvenilir olmadığını hatta onları damgalama olasılıklarının daha fazla olduğunu vurgulayarak dikkatli olunması gerektiğini ifade etmiştir. Her ne kadar bu deney yaklaşık 50 yıl önce yapılmış olsa da psikiyatri dünyası hâlâ bu eleştirilerin odağındadır. Çağdaş psikiyatrinin temsili sayılan DSM'nin ard arda yeni sürümlerinin yayınlanması ve önceki sürümlerdeki bazı rahatsızlıkların bir sonraki sürümde değişime uğraması ve muhtemelen bu değişikliklerin son olmayacak olması, modern tıpla karşılaştırıldığında, psikiyatri biliminin zorlama bir tıp dalı olduğu şeklinde iddiaların ortaya atılmasına neden olmuştur. Öyle ki Thomas Szasz, psikiyatrinin kutsal kitabı olan DSM'yi çok daha sert bir dille eleştirerek, DSM'yi rahatsızlıkları teşhis etmek bir yana, bilimsel temelden yoksun ve damgalayıcı bir sistem olarak ifade etmiş, psikiyatriyi ise 'yalanlar bilimi' olarak tanımlamış ve antipsikiyatri akımında yerini almıştır. Ancak nihayetinde, hem DSM taraftarlarının hem de antipsikiyatri taraftarlarının hipotezlerini destekleyecek nitelikte bilimsel çalışmaları literatürde görmenin mümkün olduğu da ifade edilmelidir. Tam da bu noktada, bu çalışmanın yukarıda ifade edilen her iki grubun da 'merkez'inde yer almadığını ifade etmeliyim. Maslow'un (zaman zaman Mark Twain'e atfedildiği de görülmektedir) çok beğendiğim bir sözünü buraya alıntılamağ isterim. Maslow der ki *'Elinizdeki tek alet çekiç ise, bir süre sonra her şey gözünüze çivi olarak görünmeye başlar!'* Bu anlamda, bu çalışma psikiyatri hekiminin elindeki tek alet olan 'DSM'nin bireyi tanıma yeterli olmadığını, 'bireyi tanıma' kaygısının, yerini 'bireyi tanıma'ya ve anlamaya bırakması gerektiğini vurgulamaktadır. Son olarak bu çalışmanın; danışanlarını anlamaya, tanımaya ve zorlu yaşam mücadelelerinde onlara destek olmaya çalışan başta psikolojik danışmanlar olmak üzere diğer ruh sağlığı çalışanlarına klavuzluk etmesini temenni ediyorum.

Teşekkürler,

Sayın Hocam, danışmanım Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM... Hem yüksek lisans hem de doktora eğitimim boyunca akademik gelişimime yaptığınız katkıyı kelimeler ile ifade

edemem. Her fırsatta babacan tavırlarınızla destek olmaya çalıştınız, doktora çalışmam da ilgi duyduğum konuyu çalışmama fırsat verdiniz, desteklediniz ve çalışılabilir hale getirdiniz. Minnettarım...

Başta Değerli hocalarım Dr. Yüksel ÇIRAK ve Doç. Dr. Abdullah ATLI olmak üzere, her ne kadar emekli olup aramızdan ayrılmış da olsa hocam Prof. Dr. Mustafa KILIÇ'a... Prof. Dr. S. Nihat ŞAD ve Doç. Dr. Niyazi Özer'e... Lisans üstü eğitim hayatıma yaptığınız katkılardan dolayı sizlere teşekkür ediyorum.

Çalışmayı farklı bir açıdan değerlendiren, tez izleme komitelerindeki değerli fikirleri ve geri dönütleri ile bu tezin oluşumuna katkı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Mehmet ÜSTÜNER'e, jürime katılarak değerli fikir ve önerilerini paylaşan hocam Prof. Dr. Meral ATICI'ya, kendisinden aldığım 'Projektif Test Eğitimleri'yle ve yayına hazırladığı 'Kişilik Testleri' kitabıyla bu çalışmaya ilham veren Dr. Elif GÜNERİ YÖYEN'e, tez teslim sürecindeki yardımlarından dolayı dostum Ezgi SUMBAŞ'a, çalışma ile ilgili fikirlerini benimle paylaşan dostum Canan ÇİTİL-AKYOL'a ve çalışmayı değerlendirmek ve katkıda bulunmak için değerli vaktini cömertçe harcamaktan çekinmeyen dostum, abim Yavuz KOŞAN'a... Katkılarınızdan dolayı teşekkür ediyorum.

Son olarak ifade edeceğim; ancak hayatımda hep en başta gelen, tüm yazdıklarımın ilk okur'u olan eşime... İnsanın bu dünyadaki en kıymetli sermayesi olan ömrünü, benimle yaşamayı seçtiğin ve bu süreçteki tüm zorluklara göğüs gerdiğin için teşekkür ediyorum... Sana ve çocuklarımıza minnettarım. İyi ki varsınız...

ÖZET

PANİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLER İLE SAĞLIKLI BİREYLERİN BAZI PSİKODİNAMİK YAPILARININ OBJEKTİF VE PROJEKTİF TESTLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

KAYA, M. Siyabend

Doktora, İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM

Temmuz-2020

Panik bozukluk, beklenmedik panik ataklar ile karakterize olan bir tür kaygı bozukluğudur. Panik atak ise çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, uyuşma ya da kötü bir şeylerin olacağı hissini içeren ani korku nöbetleri olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada amaç, anamnestik sorgulama ile objektif ve projektif test kullanımının, panik bozukluk tanısı almış bireylerin bazı psikodinamik yapılarının anlaşılmasına nasıl bir katkı sağladığını araştırmaktır.

Araştırmaya panik bozukluk tanısı almış (n=5) ve tanı almamış (n=5) bireylerden oluşan toplam 10 kişi dahil edilmiştir. Araştırmada karma yöntem desenlerinden olan yakınsayan paralel desen kullanılmıştır. Bu doğrultuda, nitel ve nicel veriler eş zamanlı olarak toplanmıştır. Çalışmanın nicel aşamasında ‘Nedensel Karşılaştırmalı Araştırma’ kullanılırken, nitel aşamasında ‘Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz’ kullanılmıştır. Araştırmanın nitel kısmından elde edilen verilerin analizinde Nvivo 12 nitel analiz programı kullanılırken, nicel kısmından elde edilen verilerin analizinde ise SPSS 25 paket programı kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farkın belirlenmesinde ‘Mann-Whitney U testi’ kullanılırken, tanı almış bireylerin psikolojik belirtileri ve panik şiddeti arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Nicel araştırma bulguları sonucunda, tanı almış grubun panik bozukluk şiddeti ile hostilete, somatizasyon ve depresyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna ek olarak nitel araştırma bulguları sonucunda, tanı almış bireylerin önemli ölçüde ‘regresyon’ savunma mekanizmasını kullandıkları buna karşın tanı

almamış grubun ise 'entellektüalizasyon' savunma mekanizmasını daha yoğun kullandıkları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Panik bozukluk, Tematik algı testi, Projektif yöntemler, Psikodinamik yaklaşım, Psikolojik değerlendirme



ABSTRACT

THE COMPARISON OF SOME PSYCHODYNAMIC STRUCTURE OF INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH PANIC DISORDER AND HEALTHY INDIVIDUALS VIA OBJECTIVE AND PROJECTIVE TESTS

KAYA, M. Siyabend

Ph.D Thesis, Inonu University Educational Sciences Institute

Department of Psychological Counseling and Guidance

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Taşkın YILDIRIM

July-2020

Panic disorder is a type of anxiety disorder that is characterized by unexpected panic attacks. Panic attacks, on the other hand, are defined as sudden seizures that include palpitations, sweating, tremors, shortness of breath, the feeling of numbness, or the feeling that something bad will happen. This study aims to investigate how anamnestic questioning and the use of objective and projective tests contribute to the understanding of some psychodynamic structures of individuals diagnosed with panic disorder.

A total of 10 people who were diagnosed with panic disorder ($n = 5$) and not diagnosed ($n = 5$) were included in the study. Convergent parallel design, one of the mixed-method research, was used in the study. Qualitative and quantitative data were collected simultaneously. While "Causal Comparative Research" was used in the quantitative stage of the study, the interpretive phenomenological analysis was used in the qualitative stage. While Nvivo 12 qualitative analysis program was used to analyse the data obtained from the qualitative part of the research, SPSS 25 statistical package program was used to analyse the data obtained from the quantitative part. Finally, while the 'Mann-Whitney U test' was used to determine the difference between the groups, Pearson correlation analysis was used to determine the relationship between the psychological symptoms and panic severity of diagnosed individuals.

As a result of the quantitative research findings, it was observed that there was a positive relationship with the severity of panic disorder and hostility, somatization and

depression. Besides, as a result of qualitative research findings, it was determined that the individuals who were diagnosed used the 'regression' defence mechanism whereas the undiagnosed group used the 'intellectualization' defence mechanism more intensively.

Keywords: Panic disorder, Thematic apperception test, Projective methods, Psychodynamic approach, Psychological assessment



İÇİNDEKİLER

| | |
|--|----------|
| ONUR SÖZÜ | ii |
| ÖN SÖZ | iii |
| ÖZET..... | v |
| ABSTRACT..... | vii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| TABLolar LİSTESİ | xiii |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | xiii |
| KISALTMALAR LİSTESİ..... | xiv |
| BÖLÜM I..... | 1 |
| GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problem Durumu | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 3 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi | 3 |
| 1.4. Problem Cümlesi | 6 |
| 1.5. Alt Problemler | 6 |
| 1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları | 7 |
| 1.7. Varsayımlar | 7 |
| 1.8. Tanımlar | 7 |
| BÖLÜM II..... | 9 |
| KURAMSAL BİLGİLER VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR..... | 9 |
| 2.1. PANİK BOZUKLUK: ÇOK YÖNLÜ BAKIŞ | 9 |
| 2.1.1. Panik bozukluğun tanımı ve tarihçesi | 9 |
| 2.1.2. Korku ve kaygı tepkileri | 10 |
| 2.1.3. Panik atak tanı kriterleri..... | 11 |
| 2.1.3.1. DSM-IV tanı kriterleri | 11 |
| 2.1.3.2. DSM-V tanı kriterleri | 12 |
| 2.1.3.3. DSM-IV ve DSM V arasındaki farklılıklar | 13 |
| 2.1.4. Panik bozukluğun epidemiyolojisi..... | 14 |
| 2.1.5. Panik bozukluğun seyri ve etiyolojisi | 15 |
| 2.1.5.1. Biyolojik bakış açısı | 15 |
| 2.1.5.1.1. Genetik Etkenler | 17 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.5.1.2. Nörokimya (Nöradrenalin, Serotonin, GABA, Kolesistokin, Adenozin) 18 | |
| 2.1.5.2. Psikolojik bakış açısı | 18 |
| 2.1.5.2.1. Psikodinamik bakış | 18 |
| 2.1.5.2.2. Davranışçı bakış | 19 |
| 2.1.5.2.3. Bilişsel bakış | 20 |
| 2.1.6. Panik bozukluğun tedavisi | 21 |
| 2.1.6.1. Bilişsel-Davranışçı terapi | 22 |
| 2.1.6.2. Farmakoterapi | 23 |
| 2.1.6.3. Psikodinamik terapi | 25 |
| 2.2. KLİNİK GÖRÜŞMELERDE PROJEKTİF TEKNİKLERİN ROLÜ | 26 |
| 2.2.1. Projektif tekniklerin klinik görüşmeler için önemi | 27 |
| 2.2.2. Projektif tekniklerin kullanımının danışanlar ve ruh sağlığı çalışanları açısından yararları 28 | |
| 2.2.3. Projektif tekniklere yöneltilen eleştiriler | 29 |
| 2.2.4. Önemli bir projektif teknik: Tematik algı testi (TAT)..... | 31 |
| 2.2.4.1. Testin Amacı | 31 |
| 2.2.4.2. Testin Uygulanış Biçimi ve Testörün Konumu | 31 |
| 2.2.4.3. Tematik Algı Testinin Önemi..... | 32 |
| 2.3. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR | 34 |
| 1.1.1. Konu ile İlgili Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar..... | 34 |
| 1.1.2. Konu ile İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar | 36 |
| BÖLÜM III..... | 38 |
| YÖNTEM..... | 38 |
| 3.1. Karma Yöntem Araştırmaları | 38 |
| 3.2. Araştırmanın Modeli | 38 |
| 3.2.1. Araştırmanın Nicel Boyutu | 41 |
| 3.2.2. Araştırmanın Nitel Boyutu | 41 |
| 3.3. Katılımcılar..... | 42 |
| 3.3.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri | 42 |
| 3.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri..... | 43 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları..... | 43 |
| 3.4.1. Nicel Veri Toplama Araçları..... | 43 |
| 3.4.2. Nitel Veri Toplama Araçları | 45 |

| | |
|--|------------|
| 3.5. Verilerin Analizi | 47 |
| 3.5.1. Nicel Verilerin Analizi | 47 |
| 3.5.2. Nitel Verilerin Analizi..... | 48 |
| 3.6. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği | 48 |
| BÖLÜM IV | 51 |
| BULGULAR..... | 51 |
| 4.1. Nicel Araştırma Bulguları (Objektif Testler) | 51 |
| 4.1.1. Araştırma Grubuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler | 51 |
| 4.1.2. Araştırma Gruplarına İlişkin Çıkarımsal İstatistikler..... | 57 |
| 4.2. Nitel Araştırma Bulguları (Projektif Testler ve Anamnez) | 61 |
| 4.2.1. TAT Kartlarına İlişkin Bazı Detaylar | 98 |
| BÖLÜM V..... | 105 |
| TARTIŞMA VE YORUM..... | 105 |
| 3.1. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, PB tanısı almış bireylerin kişisel ve sosyal uyumları farklılık göstermekte midir?..... | 105 |
| 3.2. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, PB tanısı almış bireylerin psikolojik belirtileri ve şiddeti farklılaşmakta mıdır? | 111 |
| 3.3. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, PB tanısı almış bireylerin depresyon düzeyi farklılaşmakta mıdır?..... | 114 |
| 3.4. PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişki ne düzeydedir? | 116 |
| 3.5. PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile kişisel, sosyal ve genel uyumu arasındaki ilişki ne düzeydedir? | 118 |
| 3.6. PB tanısı almış ve almamış bireylerin TAT kartlarına verdiği yanıtlarda ortaya çıkan betimlemelerdeki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?..... | 119 |
| 3.7. PB tanısı almış bireylere uygulanan anamnestik görüşmeler ile projektif testler panik atağın doğasının anlaşılmasına katkı sağlamakta mıdır?..... | 129 |
| BÖLÜM VI..... | 132 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 132 |
| 6.1. SONUÇ..... | 132 |
| 6.1.1. Araştırmanın nicel boyutundan elde edilen sonuçlar:..... | 132 |
| 6.1.2. Araştırmanın nitel boyutundan elde edilen sonuçlar: | 132 |
| 6.2. ÖNERİLER: | 133 |
| 6.2.1. Araştırmacılara Öneriler | 133 |

| | |
|--|------------|
| 6.2.2. Uygulamacılara Öneriler..... | 134 |
| KAYNAKÇA | 135 |
| EKLER..... | 157 |
| EK – 1: ETİK KURUL İZİNİ..... | 157 |
| EK – 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU..... | 158 |
| EK – 3: ARAŞTIRMACI ÖZ GEÇMİŞİ | 160 |
| EK – 4: İNTİHAL RAPORU | 163 |



TABLolar LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Murray'ın belirlemiş olduğu 20 maddelik ihtiyaç listesi | 33 |
| Tablo 2. Murray'ın çevresel baskı olarak nitelediği 16 maddelik liste | 33 |
| Tablo 3. Katılımcı grubuna ilişkin tanımlayıcı bilgiler..... | 51 |
| Tablo 4. Grupların depresyon düzeylerinin betimsel istatistiği | 52 |
| Tablo 5. PBŞÖ alınan puanların betimsel istatistiği | 52 |
| Tablo 6 Grupların HKE'den aldıkları puanların betimsel istatistiği..... | 55 |
| Tablo 7. Grupların HKE uyum düzeylerinin Mann Whitney U testi sonuçları | 57 |
| Tablo 8. Grupların KSE değerlerinin Mann Whitney U testi sonuçları..... | 58 |
| Tablo 9. Grupların PBŞÖ değerlerinin Mann Whitney U testi sonuçları | 59 |
| Tablo 10. Grupların Beck D puanlarının Mann Whitney U testi sonuçları | 60 |
| Tablo 11. PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi | 60 |
| Tablo 12. PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile uyum düzeyleri arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi..... | 61 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Şekil 1. Araştırma Diyagramı: Yakınsayan Paralel Desen | 40 |
|--|----|

KISALTMALAR LİSTESİ

- PB** : Panik Bozukluk
- SB** : Sağlıklı Birey
- TAT** : Tematik Algı Testi
- BCTT** : Beier Cümle Tamamlama Testi
- KSE** : Kısa Semptom Envanteri
- HKE** : Hacettepe Kişilik Envanteri
- PBŞÖ** : Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği
- DSM** : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- ICD** : Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
(International Statistical Classification of Diseases)
- WHO** : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde ilk olarak araştırmaya konu olan problem durumu açıklanmıştır. Ardından sınırlılıklar belirtilmiş ve araştırmaya ilişkin temel kavramlar ile araştırmanın gerekçesi ve önemi açıklanmıştır.

1.1. Problem Durumu

Panik bozukluk, beklenmedik panik ataklar ile karakterize olan bir tür kaygı bozukluğudur. Panik atak ise çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, uyuşma ya da kötü bir şeylerin olacağı hissini içeren ani korku nöbetleri (APA, 2013) olarak tanımlanmaktadır. Literatür incelendiğinde panik bozukluk ile ilgili yapılmış olan araştırmaların büyük çoğunluğunda panik bozukluğa daha çok; bilişsel (Arntz, 2002; Hoffart, 2016; Hoffart, Sexton, Hedley ve Martinsen, 2008) ve bilişsel davranışçı (Cassielo-Robbins vd., 2015; Telch, Kamphuis ve Schmidt, 2011; Tully, Sardinha ve Nardi, 2017) ekoller ile yaklaşıldığı görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu (Leichenring vd., 2009), sosyal kaygı (Yıldırım, 2006) ve panik bozukluğun (Milrod vd., 2007) psikodinamik yaklaşım ile ele alındığı çok sınırlı sayıda çalışma olmasına rağmen, bilişsel, davranışsal ve bu iki tedavi yönteminin birleştirilerek yürütüldüğü onlarca çalışma bulunmaktadır (Cuijpers vd., 2016). Benzer şekilde panik bozukluğun tedavisinin başarılı olduğu tek yaklaşımın bilişsel davranışçı terapi olduğunu ifade eden (Alkin, 2002) çalışmalar da bulunmaktadır. Var olduğu ifade edilen yaklaşık 400'den fazla kuramın (Zarbo, Tasca, Cattafi ve Compare, 2016) her birinin psikopatolojilerin nedenselliğine bakışı kendine özgüdür (Sharf, 2011). Özellikle psikodinamik ekolü benimseyen ruh sağlığı çalışanları için psikopatolojilerin arka planında var olan nedenlerin aydınlatılması, anlaşılması her zaman önem arz eden bir durum olmuştur (McWilliams, 2011). Bununla birlikte psikodinamik yaklaşımın, 'yaşanan veya yaşanabilecek olan bütün problemleri çözmek' gibi bir gayesinin olmadığı ifade edilmelidir. Örneğin, sorunlu görülen bir davranışın dinamik nedenselliği yoksa ve bu davranış sadece sosyal öğrenme ile kazanılmış ise bu sorun psikodinamik ekolün ilgi alanına girmemektedir. Bu nedenle etyopatogenez, psikodinamik yaklaşımın vazgeçilmez bir ögesidir (Özakkaş, 2014). Öte yandan DSM ve ICD gibi nozolojik sınıflandırmalar etyopatogeneze değil, tanıya dayalıdır (Hewitt ve Linden, 2013). Tanı ise bazı terapistler de dâhil olmak üzere çoğu insan için 'belâ'lı bir

kavram olarak nitelendirilmektedir. Psikolojik tanı formülasyonlarının zaman zaman yanlış kullanıldığı, ne yapacağı hakkında kaygılı olan görüşmecinin ‘çok boyutlu’ olan insanı, danışanı tanı’yla sınırlandırdığı ve sorunları arasında sıkışıp kalmış olmanın ötesinde, danışanın bir de patolojik etiketle cezalandırıldığı ifade edilmektedir (McWilliams, 2011). Bu nedenle DSM ve ICD gibi batı kaynaklı tanılama sistemleri, batılı olmayan kültürlerde damgalanma, aile ve toplum kaynaklarını marjinalleştiren bireysel yaklaşımları önemseme ve stresle baş etmede mevcut kültürel stratejilerin bozulması gibi riskler taşımaktadır (Timimi, 2014). Bunun sonucu olarak da psikolojik rahatsızlıklara karşı toplumun tutumunu belirlemeye çalışan neredeyse bütün çalışmalarda psikolojik rahatsızlıkların tıbbi modeline karşı olumsuz bir tutumun olduğu (Angermeyer, Holzinger, Carta ve Schomerus, 2011) ifade edilmektedir. Öte yandan bu sınıflandırma sistemleri her ne kadar sosyal, politik ve ekonomik (psikolojik sıkıntıların sigorta ödemelerine dâhil edilip edilmemesi gibi) anlamlar içerse de klinisyen ve araştırmacıların ve diğer birçok insanın yaşamını etkileyen belirli zorlukları saptayıp incelenmesine yardım edecek çalışma ölçütleri de sunmaktadır (Butchler, Mineka ve Hooley, 2013). Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIHM) ve Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) yetkilileri de DSM’nin son halinin, psikolojik rahatsızlıkların teşhisini en iyi temsil eden sistem olduğunu ve en iyi bakımın sağlanmasında kilit bir rol oynadığını ifade etmektedirler (Insel ve Lieberman, 2013). Diğer taftan bu görüşü reddeden, DSM’ye yönelik ciddi eleştiriler ve görüşlerin yanında (Fava, Guidi, Grandi ve Hasler, 2014; Krueger, Watson ve Barlow, 2005) psikiyatrik tanıların yararlı ve geçerli olmadığını; aksine damgalanmaya neden olduğunu, tedavi planlamasına hiçbir katkısının olmadığını iddia eden ve bu nedenle DSM ile ICD gibi sistemlerin tümüyle yürürlükten kaldırılmasını ifade eden görüşler de (Timimi, 2014) bulunmaktadır.

Özetlemek gerekirse, bugün sahip olunan olanaklar el vermese de gelecekte DSM içerisindeki psikolojik rahatsızlıkların bir kısmının yerlerinin değişebileceği ön görülmektedir. Bu gelişim, kaçınılmaz bir biçimde bugün uygulanan tedavi biçimlerini ve stratejilerini de tartışmaya açacaktır. Danışanların değerlendirilmesinde ve tedavi planının oluşturulmasında bu noktanın hatırlanması ciddi bir önem arz etmektedir (Evrensel, 2015). İdeal koşullarda, tıpta tanı ile tedavi arasında doğrudan bir ilişki vardır; ancak bu paralellik psikoterapide, özellikle de kişilik sorunlarında, çoğu zaman kurulamaz (McWilliams, 2011). Bu nedenle psikodinamik yaklaşımın savunucuları için psikolojik rahatsızlığın arka planının aydınlatılması çok önemlidir. Psikodinamik ekol anlayışına göre semptomun

dinamik nedenselliği var ise o zaman danışanların psikolojik süreçleri ve işleyişleri en iyi şekilde açığa çıkarılmalıdır. Bir başka ifadeyle psikodinamik yaklaşım psikoterapi sürecine, semptomatolojiye dayalı tanılama yerine etiyolojiye dayalı bir formülasyon ile yaklaşmaktadır (Özakkaş, 2014). Psikodinamik yaklaşımı benimsemiş ruh sağlığı çalışanlarına göre psikolojik yardım talebinde bulunan bir danışanı yeteri kadar tanımaya başlamak, tüm tanısal kurguların önemsizleşerek bilinçten geri çekilmesini sağlar. Danışanın bireysel karmaşıklığı ortaya çıktığı anda etiketler uygunsuz bir hal alır (McWilliams, 2011). Tam da bu noktada psikanalitik ekolü temel alarak gelişen projektif testlerin; davranışların, kişiliğin ve dolayısıyla bozukluğun etiyolojisinin anlaşılmasında büyük katkılar sağladığı bilinmektedir (Anzieu ve Chabert, 2011). Burada unutulmaması gereken nokta, ‘birine projektif bir test vermenin ona istemediği bir şeyi söyletmeye çalışmak olmadığı, aksine net bir şekilde ifade edemediklerini söyleyebilmesi için izin vermek’ olduğudur (Akt: İkiz, 2011). Bu doğrultuda, diğer bütün psikolojik rahatsızlıklarda olduğu gibi, panik bozukluğun doğasının aydınlatılmasında ve her bir danışana ait psikolojik sürecin ‘biricikliğin’ (unique) anlaşılmasında (objektif testlerden elde edilen verilerin yanında) projektif testlerden faydalanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Projektif testler bireylerin psikolojik işleyişlerinin anlaşılmasına katkı sağlayan, klinik görüşmelerin ayrılmaz ve tamamlayıcı en temel aracıdır (İkiz, 2015). Literatüre bakıldığında projektif testlerin intihar (Daini, Manzo, Pisani ve Tancredi, 2010; Mento ve Settineri, 2016), depresyon (Alsancak Sönmez, 2011; Mondal ve Kumar, 2017), madde bağımlılığı ve diğer tıbbi rahatsızlıklar için (Leibovici vd., 2010; Piotrowski, 2017) kullanıldığı görülmekle birlikte panik bozukluklarda kullanımına rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada amaç, anamnestic sorgulama ile objektif ve projektif test kullanımının, panik bozukluk tanısı almış bireylerin bazı psikodinamik yapılarının anlaşılmasına nasıl bir katkı sağladığını ortaya koymaktır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Ülkeler, dinamik yaşlarda olan ve gelecekteki bilgi ve teknoloji üretimi ve gelecek nesilleri yetiştirecek olan bireylerin biyopsikososyal gelişimlerinin önündeki engelleri ortadan kaldırmakla yükümlüdürler (Yıldırım, 2006). Bu bağlamda ruh sağlığı alanında uzmanlaşan psikolojik danışmanların okullar başta olmak üzere diğer kurumlarda psikolojik yardım talebinde bulunan bireylerin sorunlarını çözmeleri beklenmektedir.

Çünkü psikolojik danışma mesleği yüksek beklentiye sahip ve hassas bir meslektir. Bireyler bir sıkıntıya düştüklerinde yardım almak için psikolojik danışmana başvurular (Voltan-Acar, Yıldırım ve Ergene, 1996). Bir ruh sağlığı hizmeti olarak psikolojik danışmanlık, günümüzde kabul gören ve beden, zihin ve sosyal çevreyi bir bütün olarak ele alan sağlık yaklaşımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Günümüzde değişim gösteren 'sağlık' tanımıyla birlikte sağlıklı yaşam biçimi ve riskli davranışları önleme gibi konuların öneminin arttığı ifade edilmektedir (Erbaydar, 2003). Çünkü insanların yaşamlarını mutlu, huzurlu, başarılı, kaliteli ve düzenli bir biçimde yaşayabilmelerinde sağlıklı olmanın önemi çok büyüktür (Eraslan ve Matyar, 2010). Sağlıklı olmak, eskiden olduğunun aksine, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmak demektir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006). Dolayısıyla bireylerin yaşam dönemlerinde kazanması gereken görevleri tamamlaması, kendini tanıması ve olduğu gibi kabul etmesi, kişisel uyumu kolaylaştıran en temel özelliklerdir. Bu açıdan, yürütülen PDR hizmetlerinin bireyin uyumuna, ruh sağlığının korunmasına ve böylelikle de 'huzurlu bir toplum yaşamı'na katkı sağlayacağı ifade edilmektedir (Kaya, 2015).

Türkiye'de PDR, başlangıcından bu yana önemli gelişmeler sergilese de sunulan hizmetlerin nitelik ve niceliğine bakıldığında çok yeterli olmadığı, meslek elemanlarının kimlik arayışını sürdürdüğü, ülkemize özgü PDR modellerinin geliştirilemediği görülmektedir (Pişkin, 2006). Ülkemizde PDR lisans programlarının daha çok okul psikolojik danışmanı; yüksek lisans ve doktora programlarının ise üniversitelerin akademisyen açığından ötürü akademik personel yetiştirdiği söylenebilir. PDR lisans ve lisansüstü programlarının PDR'nin çeşitli alanlarında uzmanlık hizmeti vermek yerine genel bir eğitim verdikleri bilinmektedir. Oysaki PDR alanı bugün okul psikolojik danışmanlığı dışında, meslek danışmanlığı, evlilik ve aile danışmanlığı, toplum danışmanlığı, rehabilitasyon danışmanlığı, istihdam danışmanlığı ve ruh sağlığı danışmanlığı gibi alt dalları kapsayacak biçimde gelişim göstermektedir (Doğan, 1993). Psikolojik hizmet sunan kurumlarda çalışan psikolojik danışmanların yerine getirdiği görevler uzmanlık alanlarına ve görev yaptıkları kurumlara göre değişkenlik gösterse de psikolojik danışmanlar ruh sağlığı bozuklukları, bağımlılık, engellilik, travmatik yaşantılara müdahale gibi (Schweiger, Henderson ve Clawson, 2008) klinik uygulama gerektiren konularda yine bu alanlarda uzmanlaşmış meslektaşlarının süpervizyonu altında (Türk PDR Der., 2018) çalışırlar. Öte yandan PDR alanına ve bu alanda yapılan çalışmalara

bakıldığında ‘ruh sağlığı danışmanlığı’ alanının ihmal edildiği ve daha çok okul psikolojik danışmanlığı alanına yönelik çalışmaların yapıldığı görülmektedir.

PDR Anabilim Dallarının bölüm haline dönüştürülmesi yolunda yapılan alışmalar (Türk PDR Der., 2017) dikkate alındığında gelecekte PDR bölümünün altında olması planlanan ‘Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı’ Anabilim Dalı’nın oluşumu için ‘ruh sağlığı’ alanında psikolojik danışmanların yapacağı literatür çalışmalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda ‘panik bozukluk tanısı almış bireylerin bazı psikodinamik yapılarının objektif ve projektif testler ve öykü alma yoluyla incelenmesinin panik bozukluğun anlaşılmasına nasıl bir katkısı olacağının incelenmesi’ bu çalışmanın konusunu oluşurmaktadır. Sonuç olarak, yukarıda ifade edilenler doğrultusunda, çalışmanın özgün değeri ve beklenen olası katkıları ayrıca aşağıda sunulmuştur.

Psikolojik danışma ve rehberlik alanı açısından: Amerikan Psikolojik Danışma Derneği (ACA) psikolojik danışmayı: ‘Ruh sağlığı, psikoloji ve gelişim ilkelerinin; bilişsel, duyuşsal, davranışçı veya sistematik müdahale stratejileri aracılığıyla, bireyin iyi oluşu, kişisel ve kariyer gelişimi ile patoloji konularını ele alacak Şekilde uygulanmasıdır’ (Hackney ve Cormier, 2008) Şeklinde tanımlamaktadır. Burada ‘patoloji konuları’ kısmının altı çizilmelidir. Psikolojik danışma normal sorunların ötesinde ciddi problemleri de kapsamaktadır. Ancak lkemizde PDR lisans programlarında ruh sağlığı danışmanlığı ve psikopatoloji eksenli derslerin (yeteri kadar) olmaması psikolojik danışmanların psikopatolojik terminolojiden ve toplum ruh sağlığı danışmanlığı alanından uzak kalmalarına neden olmaktadır. Bu nedenle ‘okul psikolojik danışmanlığı’ ile özdeşleşen PDR alanının okul dışında da profesyonel bir ruh sağlığı hizmeti sunması ve topluma yönelerek gerekli yeni açılımlar yapması bir zorunluluktur (Doğan, 1993). Bu alışma bu açıdan alana katkı getirmeyi amaçlamaktadır.

Psikolojik danışmanlar ve diğer ruh sağlığı çalışanları açısından: Ülkemizde ruh sağlığı alanında yaşanan sorunların giderilmesinde iyi yetişmiş ruh sağlığı çalışanlarının katkısı inkâr edilemez. İnsan gücü, bir ülkenin sahip olduğu en değerli Őeydir. Bu nedenle sahip olunan bu önemli kaynağın geliştirilmesi gerekmektedir (Türk PDR., 2018). Bu anlamda bu çalışma başta psikolojik danışmanlar olmak üzere diğer ruh sağlığı çalışanları için ‘panik bozukluğun’ formülasyonun oluşturulmasına bir örnek teşkil ederek katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Toplum açısından: Türkiye’de ruh sağlığı alanında hizmet vermekte olan meslek elemanı sayısı ve bu elemanların uzmanlaştığı alanlar oldukça sınırlıdır. Toplumda ihtiyaç duyulan ruh sağlığı hizmetlerinin çeşitli meslek grupları tarafından sağlanması ve bu hizmetin, toplumda gereksinim duyan bütün bireylere ulaştırılması gerekmektedir (Türk PDR Der., 2018). Bu bağlamda panik bozukluk gibi önemli bir halk sağlığı sorununun, bu durumdan muzdarip bireylerin yaşamını ciddi bir şekilde etkileyerek aile, iş, okul ve sosyal yaşamını etkilediği (Silove ve Manicavasagar, 2016), danışanlar ile yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve yeterli tedavi olanaklarından yararlanamama olasılıkları düşünüldüğünde (Doğan, 2017) panik bozukluğun doğasının aydınlatılmasına ve panik bozukluk yaşayan bireylerin anlaşılmasına yönelik olan bu çalışmanın toplum ruh sağlığı açısından özgün bir değer ve katkı sağladığı düşünülmektedir.

Literatüre katkı açısından: Yukarıda ifade edildiği gibi, panik bozukluk bilişsel, bilişsel davranışçı ve diğer yaklaşımlar tarafından sıkça ele alınmasına rağmen, söz konusu bozukluğun psikodinamik yaklaşımlar ile ele alınıp incelendiği çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Ayrıca çalışmanın işlem yolu olarak, panik bozukluğu olan ve olmayan iki grup arasındaki farklılıkların ortaya konmasında, istatistiksel analizlerin yanı sıra (nicel aşamanın sınırlı kalabilmesi nedeniyle) projektif testlerin psikodinamik yorumunun içerik analizi ile yapıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bir bütün olarak bu çalışmanın literatürdeki önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

1.4. Problem Cümlesi

Bu araştırmanın problem cümlesi “Panik bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin psikodinamik yapıları nasıldır?” şeklinde belirlenmiştir.

1.5. Alt Problemler

1. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, PB tanısı almış bireylerin kişisel ve sosyal uyumları farklılık göstermekte midir?
2. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, PB tanısı almış bireylerin psikolojik belirtileri ve şiddeti farklılaşmakta mıdır?
3. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, PB tanısı almış bireylerin depresyon düzeyi farklılaşmakta mıdır?
4. PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişki ne düzeydedir?
5. PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile kişisel, sosyal ve genel uyumu arasındaki ilişki ne düzeydedir?

6. PB tanısı almış ve almamış bireylerin TAT kartlarına verdiği yanıtlarda ortaya çıkan betimlemelerdeki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?
7. PB tanısı almış bireylere uygulanan anamnestik görüşmeler ile projektif testler panik atağın doğasının anlaşılmasına nasıl bir katkı sağlamaktadır?

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları şöyle sıralanabilir:

1. Araştırmada panik bozukluk tanısı alan bireyler, psikiyatri kliniğine başvurmuş ve panik bozukluk tanısı almış bireyler ile sınırlıdır.
2. Araştırmanın sağlıklı bireylerden oluşan çalışma grubun psikiyatrik incelemesi, bir devlet hastanesinin psikiyatri kliniğinde görev yapan hekimlerin desteği ile sınırlandırılmıştır.
3. Bu araştırma, araştırmada kullanılan ölçme araçlarının ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

1.7. Varsayımlar

Bu çalışmanın varsayımları şöyle sıralanabilir:

1. Bireylerin psikodinamik yapılarının anlaşılmasında projektif testlerin etkili bir şekilde kullanılabileceği varsayılmıştır.

1.8. Tanımlar

Bu çalışmada işevuruk tanımlar aşağıda verilmiştir:

1. **Panik atak:** Çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, uyuşma ya da kötü bir şeylerin olacağı hissini içeren ani korku nöbetleri (APA, 2013).
2. **Panik bozukluk:** Beklenmedik panik ataklar ile karakterize olan bir tür kaygı bozukluğudur (APA, 2013).
3. **Projektif Yöntemler:** Bireyin gerçekle olan ilişkisinin niteliğini ve aynı zamanda psikolojik gerçekliğinin, kişinin düşünce sistemiyle olan bütünlüğünü sınavan, insanın yaşadığı döngü ile ilişkilerini incelediği kadar ötekiyle olan ilişkilerini de inceleyen; bireyin olmayı reddettiği her şeyi, kendisinde kötü olarak duyduğu ya da zayıf noktası olarak gördüklerini ona sunulan malzemeye boşaltmasını sağlayan klinik yöntemin en temel araçlarından biridir (Anzieu ve Chabert, 2011). Projektif yöntemler aynı zamanda projektif teknikler olarak da adlandırılmaktadır (APA, 2018).
4. **Projektif Testler:** Projektif testler, açık nitelikte olmayan belirsiz uyarıcı veya uyarıcı dizilerinden oluşup, kişinin bilinçdışı korkuları, arzuları, çatışmaları ve

beklentileri gibi bireysel farklılıklarına bağlı olarak Őekilleneceęi ilkesine dayanan m¼rekkep lekeleri, belirsiz Şekiller ve eksik c¼mleler gibi gereğlerle kişilik analizi yapmayı amaçlayan testlerin genel adı (Budak, 2003) olarak ifade edilmektedir.

5. **Objektif Testler:** Psikopatolojinin, zekânın veya kişiliğin bazı yönlerini sınırlı bir oranda (doğru veya yanlış, katılıyorum veya katılmıyorum, birden yediye kadar katılım oranının belirtilmesi gibi) aydınlatmaya çalışan, bireyin bilinçli fonksiyonlarını değerlendirmeyi amaçlayan ‘kendini değerlendirme envanterleri’ olarak adlandırılırlar (Linden ve Hewitt, 2013).
6. **Sağlıklı Birey (SB):** Çalışmada çok sık bir Şekilde vurgulanan bu ifade, dünya sağlık örgütünün vurguladığı anlamda ‘fiziksel ve ruhsal anlamda iyi oluşu’ **değil**, sadece hekim kontrolünden geçen ve panik bozukluk başta olmak üzere hekim tarafından ‘aktif herhangi bir psikopatolojinin rastlanmadığına’ dair yazılı onay alan bireyi ifade etmektedir.

BÖLÜM II

KURAMSAL BİLGİLER VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde önce panik bozukluğa ilişkin kuramsal çerçeve ayrıntılı olarak ortaya konmuş, ardından klinik görüşmelerde projektif tekniklerin rolüne ve önemine değinilmiştir.

2.1.PANİK BOZUKLUK: ÇOK YÖNLÜ BAKIŞ

Panik atak günümüzde hemen herkesin bildiği ya da bir yerlerden duyduğu bir terim olmasına rağmen aynı zamanda hakkında çok az şey bilinen bir duygu durumudur. Bireyin herhangi bir tehlike olmadığını bilmesine rağmen organizmanın adrenalin salınımına devam etmesi ve bunları tekrar tekrar deneyimlemesi panik bozukluğun göstergesi olarak ifade edilir (İskifoğlu, 2016). Bu bölümde temel psikolojik kuramların açıklamaları ışığında, panik bozukluğun nedensel alt yapısına ve tedavisine ilişkin literatür verilmiştir.

2.1.1. Panik bozukluğun tanımı ve tarihçesi

Panik atak çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, uyuşma ya da kötü bir şeylerin olacağı hissini içeren ani korku nöbetleri olarak tanımlanırken; panik bozukluk ise beklenmedik panik ataklar ile karakterize olan bir tür kaygı bozukluğu (APA, 2013) şeklinde tanımlanmaktadır. PB yineleyici bir şekilde devam eden ve umulmadık bir şekilde ortaya çıkan panik nöbetlerinin oluşturduğu ‘kaygı ve korku’ (kontrolü kaybetme korkusu, ölüm korkusu vs.) ile bu kaygıdan uzaklaşmak için gösterilen ‘kaçınma ve davranış değişikliği’ (bulantı, titreme, terleme, bayılma vs) süreçlerini takip eden bir kaygı bozukluğudur. Bu belirtiler aniden ortaya çıkar ve dakikalar içerisinde zirveye ulaşır (Sapmaz vd., 2017).

Panik bozukluğun kavramsal kökenine bakıldığında adını ‘Panikos’tan aldığı, bunun da Antik Yunan’da bir ‘Tanrı’ olduğu ifade edilen ‘Pan’ dan türediği ifade edilmektedir (Altınbaş, 2012). Yalnız yaşayan ‘Pan’ kendini üzgün hissettiği dönemlerde bir mağaraya kapanır, rahatsız edilmek istemez. Rahatsız edilirse eğer, çılgınlığıyla perileri ve sürüleri korkuturdu (Güleç ve Köroğlu, 1997). Çobanların ve sürülerin tanrısı olan Pan yarı insan yarı hayvan olarak bilinen bir daimondur¹. Kılıklı bir vücuda, kırışıklıklar içinde

¹ Daimon, yunan mitolojisinden türemiş, aslında ‘latince’ bir kavramdır. Bu kavram günümüzde farklı bir anlama bürünen ‘Demon’ kelimesine (iblis, şeytan anlamlarına gelir) dönüşse de Daimon, kutsiyet atfedilen bir ruh olarak düşünülebilir (J. Creswell, 2014).

olan bir sakala ve sivri bir çeneye sahip olan Pan'ın altında iki de boynuzu vardır. Teke bacaklı, çatal tırnaklı olan Pan aynı zamanda hızlı ve çevik olması dolayısıyla kayalıklara rahatça tırmanabilmekte ve çalılıkların arasında rahatça gizlenebilmektedir (Grimal, 2012). Yarı insan yarı keçi olan bu orman tanrısı muziplik yapmak adına uyumakta olan kişilerin ya da ormandan geçen insanların karşısına aniden dikilerek çılgınlıklarıyla korkutmaktadır (Altınbaş, 2012). Her ne kadar panik bozukluğun tanımlanmasına bu mitolojik hikaye katkıda bulunmuş olsa da panik bozukluğun psikiyatrik tanımlama sisteminde yer alması uzun yıllar süren çalışmaların ardından DSM'nin (APA, 1980) üçüncü versiyonu ile olmuştur. Bu çalışmaların ilki Jacob Mendes Da Costa'nın kendi adını vermiş olduğu 'Da Costa Sendromu' olarak bilinen irritabl kalp sendromunun 'Amerikan Bağımsızlık Savaşı' sırasında askerlerin bu sendromu yaşamalarıyla başlamıştır. Da Costa, askerlerden sürekli gelen kalp çarpıntısı, boğulma hissi, terleme, titreme gibi şikayetleri incelemiştir; ama herhangi bir kardiyak bulguya rastlamamış ve bunu 'irritabl kalp sendromu' ya da 'da costa' sendromu olarak tanımlamıştır. Freud'un 'anksiyete nevrozu' olarak tanımladığı bu tabloyu William Osler ilerleyen yıllarda 'kalp nevrozu' olarak yeniden adlandırmıştır (Atalay ve Bayraktar, 1992). Son olarak 1980 yılında ilk defa bir tanımlama sisteminde, DSM III'te, yerini alan PB toplumda en sık görülen anksiyete bozuklukları arasındadır. Bir kaygı bozukluğu olmasına rağmen 100 yıldan fazla kronik olarak koroner kalp hastalığıyla ilişkilendirilmiştir (Tully vd., 2015).

2.1.2. Korku ve kaygı tepkileri

Literatüre bakıldığında korku ve kaygı tepkilerinin birbirine karıştırılan iki kavram olduğu ifade edilmektedir (Yıldırım, 2006). Her ne kadar bu karışıklık birbirleriyle ilintili olsa da korku ve kaygı terimleri birbirlerinden farklıdır. Korku dış dünyadan gelen, gözle görülür somut bir tehdit durumuna karşı verilen en ilkel duygusal tepki iken (Oltmanns ve Emery, 2015); kaygı ise yaşanan travmalar sonrasında oluşan 'ilkel korkuların bellek izleri' olarak ifade edilmektedir (Parman, 2004). Freud (1917) ise korku ve kaygıyı yaşanan olayın 'gerçeklik' durumuna göre tanımlamaktadır. Yaşanan korku gerçekte var olan bir nesneye karşı bir tepki olarak veriliyorsa bu, 'korku'; gerçek dışı bir olaya karşılık olarak veriliyorsa bu da 'kaygı' olarak tanımlanmıştır. Kaygı her ne kadar hoş karşılanan bir duygu olmasa da bireyi yaşamındaki olası tehditlere karşı haberdar ettiği için çok işlevseldir. Normal şartlarda bireyin çevreye ve topluma uyum sağlamasında önemli bir rolü olan kaygının, çok aşırı bir şekilde yaşanması sonucunda abartılmış savunma davranışları ortaya çıkabilir. Bunların sürekli bir hal alması sonucunda ise normal dışı

davranışlar oluşmaya başlar (Yıldırım, 2006). Bu durum panik bozukluk hastalarında da benzer şekilde ilerlemektedir. Bilindiği gibi PB psikososyal işlevselliği ve yaşam kalitesini bozan remisyon ve nüks dönemleri ile karakterize olan kronik bir kaygı bozukluğudur (Wesner vd., 2014). PB hastalarının kaygı düzeyi arttıkça, zihinleri atak sırası veya sonrası olabilecek olumsuzluklarla sürekli meşgul olmaktadır. Bu nedenle panik bozukluk yaşayan bireylerin; kalp krizi ve felç geçirme ile bayılma, kontrolünü yitirme ya da delirme ve hatta çoğu kez de ölüm korkusu yaşamalarının, korkuyu bedensel belirtilerde abartılı yaşamaları ile ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (Özsoy ve Kuloğlu, 2017).

2.1.3. Panik atak tanı kriterleri

Bu başlık altında DSM IV, DSM V ve bu iki sürüm arasındaki farklılıklara yer verilmiştir.

2.1.3.1.DSM-IV tanı kriterleri

Tanısal olarak panik bozukluk hiç yoktan ortaya çıkan panik atakların yaşanması sonucu görülür (Butchler vd., 2013). Aniden oluşan bu ataklar bireyler için oldukça rahatsız edicidir ve işlevsellikte bozulmalar meydana gelmektedir (Başaran ve Sütücü, 2016). DSM-IV- TR ölçütlerine göre tekrar eden, beklenmeyen atakların yaşanması ve bireyin yeni bir atak yaşama veya atakların sonuçları hakkında en az bir aydır kaygılanıyor olması gerekir. Panik bozukluk, bir panik atak, bir korku ya da endişe dönemi olan, panik ataktan daha ileri olan bir evreyi vurgular. Ataklar hızlı başlangıçlıdır, 10 dakika içinde zirveye ulaşır ve 13 karakteristik semptomun en az dördü yaşanır. Bu semptomların çoğu, kalp atışı, göğüs ağrısı, terleme, titreme, baş dönmesi, kızarma, mide bulantısı, bayılma ve nefes darlığı gibi bedensel sistemleri içerir. Daha fazla tanınan panik atak semptomları, çökme korkusu, delirmek ya da ölmek ve dermatozlaşma gibi korkutucu bilişleri içermektedir. DSM – IV-TR’ye göre Panik atak tanı kriterleri şu şekildedir (APA, 2000):

Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da huzursuzluk döneminin olması:

1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları
5. Soluğun kesilmesi
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma

9. Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
10. Kontrolünü yitireceği ya da çıldıracağı korkusu
11. Ölüm korkusu
12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
13. Üşüme, ürperme veya ateş basmaları

Panik bozukluk kriterleri ise şu şekilde belirtilmiştir:

A. Aşağıdakilerden hem (1) hem de (2) vardır.

(1) Yineleyen, beklenmedik panik atakları

(2) Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden en az biri (ya da daha fazlası) izler.

i. Başka atakların da olacağına dair sürekli bir kaygı

ii. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örneğin, kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak endişe duyma

iii. Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olması ya da olmaması

C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örneğin, hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik atakları, sosyal fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), özgül fobi (örneğin, özgül bir fobik durumla karşılaşma), obsesif-kompulsif bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), travma sonrası stres bozukluğu (örneğin, ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örneğin, evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.3.2.DSM-V tanı kriterleri

DSM V, agorafobiyi kendi başına bir bozukluk olarak ayrı bir kategoride değerlendirmiş ve böylece panik bozukluk kategorisinden ayırmıştır. DSM'nin son sürümünde belirtilen panik bozukluk kriterlerine aşağıda yer verilmiştir (APA, 2013):

A². Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur:

² Burada ifade belirtilen maddeler ayrıca DSM V içerisinde 'Panik Atağı Belirleyicisi' olarak yer almaktadır. Bu nedenle aynı maddelerin tekrarına yer verilmemiştir. Ancak bu başlık altında ifade edilen not, olduğu gibi aşağıda belirtilmiştir:

Not: Bir panik atağını tanımak amacıyla belirtileri burada verilmektedir, ancak panik atağı ruhsal bir bozukluk değildir ve kodlanamaz. Panik atakları, kaygı bozuklukları bağlamında ortaya çıkabildiği gibi diğer ruhsal bozukluklarda (örn. depresyon bozuklukları, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, madde kullanım bozuklukları) ve birtakım sağlık durumlarında (örn. kalple ilgili, solunumla ilgili, dendeduyumsal [vestibüler], mide-bağırsakla ilgili) da ortaya çıkabilir. Bir panik atağının varlığı tanılandığında, bir belirleyici olarak belirtilmelidir (örn. "panik atakları ile giden örselenme sonrası gerginlik bozukluğu). Panik bozukluğunda, panik atağının varlığı bu bozukluk için tanı ölçütleri içinde kapsar ve panik atağı bir belirleyici olarak kullanılmaz. Dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden (A maddesi altındaki 13 ifadeden en az) dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur (APA, 2013).

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıdığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyuları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılglık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır).

2.1.3.3.DSM-IV ve DSM V arasındaki farklılıklar

DSM'nin dördüncü sürümünde panik bozukluk, agorafobili ve agorafobisiz olmak üzere iki ayrı kategoriye ayrılırken (APA, 1994), DSM'nin beşinci sürümünde bu ayrım ortadan kaldırılmış ve agorafobinin ayrı bir tanı kategorisi olmasına karar verilmiştir (APA, 2013). Agorafobinin oluşmasında panik bozukluğun önemli bir rolünün olabileceği ve

genel popülasyonda panik bozukluğu olan kişilerin yaklaşık dörtte birinin agorafobiye sahip olduğu, ancak bu oranın klinik örneklerde daha da yüksek olduğu bilinmektedir. Dahası agorafobinin varlığı, artan şiddet ve daha kötü sonuçlarla da ilişkilendirilmiştir (Kessler vd., 2006). Agorafobi, kaçmanın zor veya utanç verici olabileceği veya bireyin panik atak geçirmesi durumunda yardımın mümkün olmadığı yerlerde veya durumlarda yalnız kalma endişesi olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000). Agorafobi olsun ya da olmasın panik bozukluğu, ilaç bağımlılığı, majör depresyon, bipolar I bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla oldukça ilişkilidir (Grant vd., 2006). Agorafobinin bağımsız bir tanı kategorisi olarak geçerliliği, on yıllar boyunca tartışma konusu olmuştur. Tanısal İstatistiksel El Kitabının (APA, 1987, 1994) üçüncü ve dördüncü basımlarında Agorafobi, panik bozukluğa bağlı bir alt alan olarak düşünülmüştür. DSM'nin beşinci baskısında (APA, 2013) ise bu durumun tamamen değiştirilmiş, agorafobi ve panik bozukluk bağımsız teşhisler olarak kabul edilmiştir. Agorafobinin genellikle panik bozukluk olmaksızın da ortaya çıkabildiğine dair araştırma sonuçları bu ayırımın oluşmasının temel nedeni olarak ifade edilmektedir. Ayrıca bu durum dünya sağlık örgütü tarafından önerilen (WHO, 1993) tanı kriterleri (ICD-10) ile de uyumlu hale getirilmiştir. Son olarak DSM IV'te belirtilen ve 13 maddeden oluşan 'panik atak tanı kriterleri', DSM V'te 'panik atağı belirleyicisi' olarak yer almıştır.

2.1.4. Panik bozukluğun epidemiyolojisi

PB, genel popülasyonda kadınlarda iki buçuk kat daha fazla görülmekte ve yaşam boyu sıklığı %1.4 – 3.8 olarak ifade edilmektedir. Panik bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %91'i ve agorafobili panik bozukluk yaşayanların da %84'ünde en az bir psikiyatrik eştanı görülmektedir. Bu eştanılar genellikle depresyon, agorafobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hastalık kaygısı bozukluğu (DSM V'ten önceki sürümde hipokondriazis olarak tanımlanmaktadır), alkol ve madde kullanımı gibi psikiyatrik rahatsızlıklardan herhangi biri olmaktadır. PB'nin diğer anksiyete bozukluklarından en az biri ile birlikte görülme olasılığı ise %37 olarak bildirilmiştir (Altıntaş, Uğuz ve Levent, 2015). Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise PB'nin yaşam boyu yaygınlığının ülkemizden daha yüksek olduğu görülmektedir. Kircher ve arkadaşları (2013) panik bozukluğun yaşam boyu prevalansının yaklaşık %3 - 5 arasında olduğunu rapor etmişlerdir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013) ise bu oranların ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiğini ancak bir çok ülkede yaklaşık %2-3 arasında olduğunu belirtmekte ve bu oranın Asya, Afrika ve Latin Amerika ülkelerinde daha az yaşandığını (yaklaşık %1)

ifade etmektedir. Panik bozukluğun erken yetişkinlik döneminde daha sık görüldüğü, PB tanısı almış bireylerin yaklaşık yarısının 24 yaşından önce bu tanıyı aldıkları ve bu durumun özellikle travmatik deneyimlerle ilişkilili olduğu ifade edilmektedir. Ancak genç yetişkinlerin çoğunun PB tanısını ilk defa 25 ile 30 yaşları arasında aldığını ifade eden kaynaklar da mevcuttur (NIHM, 2018). Son olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde panik sendromların yaklaşık % 10'luk bir prevalansa sahip olduğu bildirilmiştir (King vd., 2008).

2.1.5. Panik bozukluğun seyri ve etiyolojisi

Panik bozukluğun başlangıcı ile tedavisi arasında geçen sürenin uzaması ve erken yaşlarda bu bozukluğun deneyimlenmesi, bu rahatsızlığı yaşayan bireylerin işlevselliklerindeki bozulmanın daha ciddi bir boyuta ulaşabileceğine dikkat çekilmektedir. Bu bozukluğun uzun yıllar devam etmesi alkol bağımlılığı, aile-evlilik ve mesleki yaşamda işlevin bozulması, ilaç kullanımı ve acil servis başvurularının artması gibi sorunların artışına neden olabilmektedir. Panik bozukluk tanısı almış ergenler çoğunlukla komorbid major depresif bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları ve/veya bipolar bozukluk ile hastanelere başvurabilmektedirler. Buna ek olarak, ergenlik döneminin sonları ile erişkinlik döneminin başlangıcında yaşanan panik bozukluk belirtileri, intihar düşüncelerine ve girişimine yönelik önemli bir risk faktörü olabilmektedir. Özellikle ergenlerin panik atak başlangıcında, ciddi sorunlar yaşıyor olsalar dahi, yardım arayışında olmamaları, başvuruyu genellikle birkaç yıl ertelemeleri ve çoğunlukla da işlevselliklerinin bozulmuş olduğu dönemlerde yardım arayışında bulunmaları, tedavi sürecinin gecikmesine ve verimliliğin azalmasına neden olabilmektedir (Sapmaz vd., 2017). Bugüne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde panik bozukluğun etiyolojisinin tam olarak anlaşılamadığı ve muhtemelen heterojen bir yapıya sahip olduğu ifade edilmektedir (Pompili vd., 2016). Bu nedenle söz konusu bozukluğun anlaşılması, çoklu bakış açısını zorunlu kılmaktadır.

2.1.5.1. Biyolojik bakış açısı

PB'nin doğasını anlamak için araştırmacılar biyolojik, nörokimyasal ve genetik yaklaşımlar başta olmak üzere birçok farklı alana yönelmişlerdir. Genel olarak PB'nin biyolojisi üzerine yapılan çalışmaların solunum ve hiperventilasyon araştırmalarına dayandığı görülmektedir (Yüksel, 2002). Solunum araştırmalarının genel yöntemi ise provokasyon çalışmalarına dayanmaktadır. Provokasyon çalışmaları, panik atağı kışkırtıcı

bir maddenin deneğe verilmesi ile bu maddenin yarattığı fizyolojik ve psikolojik etkilerin incelenmesiyle gerçekleştirilmektedir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta atak oluşturacak maddenin, atağın duygusal ve fizyolojik belirtilerini oluşturacak yeterlilikte olması ve her uygulandığında tutarlı sonuçlar vermesidir. Provokasyon çalışmasında kullanılan bu madde çoğunlukla Karbondioksit (CO₂) olmaktadır. CO₂'in vücuda verilerek deneysel olarak panik ataklar oluşturulması amaçlanmaktadır. Örneğin, yapılan bir çalışmada (Tamam, 2009) CO₂ seviyesinin denetiminden sorumlu beyin sapındaki kemoreseptörler³ CO₂'ye karşı artmış duyarlılık göstermiş ve CO₂'in denetleme sistemi, hastalarda nedensiz bir şekilde yanlış 'boğulma alarmı' vermiş, ardından solunum sıkıntısı ve hiperventilasyon bulguları ile kendini göstermiştir. Araştırmacı bu normal bireylerde aynı soruna yol açmayan bu durumu 'CO₂ inhlasyonu ile PB arasındaki ilişkinin varlığı' ile açıklamaktadır.

PB'nin biyolojisi üzerine yapılan bir diğer çalışma türü ise daha önce ifade edildiği gibi solunum sistemi çalışmalarıdır. Solunum sistemi hastalıklarıyla panik bozukluk arasındaki bağlantıyı açıklamak için bazı fizyolojik sistemler öne atılmıştır. Örneğin yapılan bir çalışmada (Tural, 2008), PB tanısı alan bireylerin solunum yollarında klinik açıdan tanımlanamayan bir tıkanma görülmüş ve bu tıkanma, havayollarındaki düz kaslarda gerginleşme ile ilişkilendirilmiştir. Buna göre kalp atışı, kas gerginliği, solunum ve sindirim gibi sistemlerin işleyişini düzenleyen Otonom Sinir Sistemi (OSS), bu düz kasların gerginleşmesini optimize eder. Ayrıca OSS'deki olası bir işlevsel bozukluğun hem PB'ye hem de solunum sistemi hastalıklarına sebep olduğu ileri sürülmektedir. Solunumun PB üzerindeki etkisini gösteren bir başka örnek ise solunum zorlama testlerine, PB hastalarının çoğunlukla anormal yanıtlar vermeleri ve testlerde sağlıklı insanlara kıyasla daha fazla panik atak yaşamalarıdır. Tidal hacim⁴ ve solunum hızı gibi değerlerde anlamlı bir farklılık olmasa da PB hastalarının solunumlarında farklılıklar ve düzensizlikler olduğu görülmüştür (Kılıç, 2015). Son olarak bu başlık altında PB üzerinde etkili olduğu düşünülen Genetik Faktörler ile Nörokimya alt başlıklarına yer verilmiş, bu kapsamda yapılmış olan ön klinik⁵ ve klinik çalışmalara değinilmiştir.

³ Kemoreseptörler: kimyasal uyarıcılara ve havadaki gaz moleküllerine duyarlı olan reseptörler (Karakas, 2018).

⁴ Tidal hacim: akciğerin alabileceği soluk hacmi (Dökmeci, 2010).

⁵ Ön Klinik Çalışma: Geliştirilen ilacın ilk fazda hayvanlar üzerinde denenmesi (Dökmeci, 2010).

2.1.5.1.1. Genetik Etkenler

PB'nin doğasını açıklamak için, araştırmacıların yoğunlaştığı bir başka alan da genetik faktörler olmuştur. Genetik etkiyi açıklamak için yapılan araştırmalar çoğunlukla; genlere, kromozomlara, aile ve ikiz çalışmalarına dayandırılmıştır. Panik bozukluk üzerine yapılan genetik temelli kromozomlar ile ilgili çalışmalarda 1, 2q, 3, 7, 9, 10q, 11p, 12q, 13, 15q ve 22. kromozomların üzerinde durulduğu bilinmektedir (Erdoğan, 2007a). Ancak PB'de genetik yatkınlığa sebep olan genlerin ve kalıtımın doğasına ilişkin güçlü sonuçlara henüz ulaşamamıştır. İkizler üzerine yapılan çalışmalar ile aile çalışmalarından elde edilen veriler, ailede PB tahmininin % 50'ye yakın bir oranda genetik faktörlerin yer aldığını düşündürmektedir. Kılıç'a göre (2015) PB olan bireylerin birinci derece yakınlarında, hastalığın görülme riskinin diğer bireylere kıyasla 3-17 kat artmış olduğu ve burada bir ailesel yığılma olduğuna ilişkin bulgular elde edilmiştir. Birinci derece yakınarda görülme riskinin 3-17 kat artıyor olması da genetiğin etkisini ortaya koymaktadır. Ancak bu PB patogenezinin⁶ altında yatan genetik nedenler henüz anlaşılmamıştır. Genetik nedenlere bir açıklama getirmek için 'Linkage' (Bağlantı) çalışmaları yapılmıştır. Örneğin 13q, 14q, 22q, 4q31-q34 ve 9q31 kromozomal bölgelerinin PB fenotiplerinin iletimi ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Fakat bununla birlikte, 350'den fazla aday gen incelenmiş, ancak tutarlı bir sonuca ulaşamamıştır (Hasnat, Maruf ve Nahar, 2011).

İkiz çalışmaları, PB'nin genetiği üzerine yapılan bir diğer araştırma türüdür. Bu çalışmalar tek yumurta ikizlerinin (monozigot) çift yumurta ikizlerinden (dizigot) genetik açıdan daha yakın benzerlikler taşıdığı ve buna bağlı olarak monozigot ikizlerin daha fazla risk barındıracağı varsayımına dayanmaktadır. Dizigot ikizlerle kıyaslandığında monozigot ikizlerin daha fazla PB riski bulundurduğuna ilişkin bulgular elde edilmiştir. Örneğin, Hettema ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir meta-analize göre monozigot ikizlerin konkordans (eş hastalanma) risklerinin %24-73 arasında, dizigot ikizlerin ise eş hastalanma oranlarının %0-17 arasında olduğu ve monozigot eş hastalanma risklerinin dizigot eş hastalanma risklerinden 2-3 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Özetle, monozigot ikizlerde eş hastalanma risklerinin dizigot ikizlerin eş hastalanma risklerinden daha yüksek olması, 'genetik' etkisine bağlanmaktadır.

⁶ Patogenez, bir hastalığın kaynağı ve gelişmesi sırasında organizmada meydana gelen değişiklikler bütünü (Dökmeçi, 2010).

2.1.5.1.2. *Nörokimya (Nöradrenalin, Serotonin, GABA, Kolesistokinin, Adenozin)*

PB'nin nörokimyası üzerine yapılan çalışmalar daha çok nörotransmitter sistemleri ile içerisinde yüksek oranda nöroepinefrin barındıran Lokus Seruleus⁷ bölgesi üzerine yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Serotonin ve Nöroepinefrin nörotransmitterleri ile Kolesistokinin hormonunun PB üzerinde temel rolü olduğu ileri sürülürken; dopaminerjik sistemlerin ise PB üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Erdoğan, 2007a). Ayrıca PB'nin doğasını daha iyi anlayabilmek için üzerinde önemle durulan bir diğer veri kaynağı beynin Lokus Seruleus bölgesidir. Örneğin, hayvanlar üzerinde yürütülen çalışmalarında bu bölgenin uyarılmasıyla hayvanların anksiyete yaşadığı ve deneysel ablasyon uygulandığında ise tam aksine hayvanların anksiyete seviyesinin düştüğü bilinmektedir (Yüksel, 2002). Bir başka anlatımla, bu bölgenin beyinden çıkarılmasının ardından organizma, korkulacak bir olaya maruz bırakılsa bile bu korku duygusunun beklenilenin oldukça altında olduğu ifade edilmektedir (Çeçen, 2015). Dolayısıyla bu bölgedeki bazı reseptörlerin, uyarılmayı artırdığı ve uyanıklığı teşvik ettiği, huzursuzluğu artırarak anksiyeteye neden olduğu ifade ettiği, öte yandan sükunetin sağlandığı ortamlarda ise bu bölgedeki aktivitenin azaldığı tespit edilmiştir (Erdoğan, 2007b).

2.1.5.2. Psikolojik bakış açısı

Literatürde panik bozukluğun etiolojisine dair birçok kuramsal açıklamanın yapıldığı görülmektedir. Burada bütün diğer psikolojik kuramların oluşmasına katkı sağlayan en temel üç kurama (Psikodinamik, Bilişsel ve Davranışçı yaklaşım) yer verilecektir.

2.1.5.2.1. *Psikodinamik bakış*

İnsanların psikolojik belirtileri, hayalleri, kişilikleri, tercihleri, arzuları ve bilinçdışı fantezileri panik semptomların temelini oluşturur. Panik semptomlar her hasta için aynı yoğunlukta kaygı uyandırmaz. Kaygının yoğunluğu kişinin yaşadığı acı verici deneyimlerine, stresli yaşam olaylarına ve bu durumlara karşı geliştirilen başa çıkma stratejileriyle yakından ilişkilidir. Her hasta için panik atakların oluşmasında farklı stresörler etkili olsa da ayrılık ve özerklik ortak çatışma alanıdır. Bu çatışma alanı çocuğun küçük yaşta yaşadığı travmatik olaylar, aşırı kontrol edilme ve yönlendirilme davranışına

⁷ Lokus Seruleus: Beyin sapında yer alan, merkezi sinir sistemindeki norepinefrin nöronlarının yarısından fazlasını içeren bölge (Karakaş, 2018).

maruz kalma, bakıcısıyla geliştirdiği iletişim biçimi etkili olan başlıca sebeplerdendir. Panik atakların oluşmasında bilinçli farkındalığın eksikliği, stresi tetikleyen yaşam olayları ve bilinçdışındaki çatışmalar önemli bir rol oynar (Busch, Milrod ve Singer, 1999). Sevilen birinin kaybı ayrılma ya da endişe verici diğer durumlar panik bozuklukların oluşumunda etkilidir (Kurtz, 2012). Bunların yanı sıra panik bozukluğun psikodinamik temelinde ayrılık anksiyetesi, savunma stilleri, bağlanma biçimleri gibi etkenlerin rolü olabileceği düşünülmektedir (Çeçen, 2015). Psikolojik faktörler, fazla sorumluluk alma hissi, çevresel faktörler ve yaşam evreleri de panik bozukluğun oluşmasında etkilidir (Pilecki, Arentoft ve McKay, 2011). Panik bozuklukları meydana getiren başka unsurlardan bir tanesi de anne ve babanın aşırı sahiplenici, kollayıcı bir tavır sergilemelerinden kaynaklanmaktadır. Ebeveynlerin bu tutumu, doğal olarak, çocuğun kendine özgü bir kimlik geliştirememesine ve 'özerk' olma yolunda atılacak adımların engellenmesine neden olur (Fava ve Morton, 2009). Panikler kişinin geçmiş yaşantı ve deneyimlerinden bağımsız değildir. Erken yaşta paniğe yatkın bireyler yetersizlik duyguları ve güvenlik ihtiyacı ile bakıcılarına yüksek derecede korkunç bir bağımlılık geliştirebilirler. Bakıcının çocuğa yeteri kadar koruma sağlayamaması, çocuğu reddetmesi, dışlaması ya da çocuktan vazgeçmesi öfke ve endişeyi tetikler ve bu da yoğun korku içeren bir bağımlılık yaratır. Burada kişinin verdiği tepki aslında var olan öfkeyi reddetmesidir. Panik bozukluğuna sahip bireyler kendilerini cezalandıran davranışlar sergilese de suçluluk ve pişmanlık duygularından kendilerini kurtaramazlar. Bu yoğun suçlayıcı düşünceler kişinin iş, sosyal yaşam ve aile içi ilişkilerini etkiler (Busch vd., 1999). Nihayetinde, PB yüksek kaygı yoluyla psiko-sosyal işleyişi bozar. Panik ataklar egoyu tehdit eden psikolojik ve fiziksel belirtilerle kendini gösterir. Kişi bu kaygının yoğunluğunu azaltmak için ego savunma mekanizmalarına başvurur. Bu savunma mekanizmaları kişide kaygı uyandıran istenmeyen dürtü ve düşüncelerin, çatışmaların ve cinsel fantezilerin kişinin psikolojik süreçlerinde meydana getirebilecek bozulmaların önüne geçmeyi amaçlamaktadır (Milrod vd., 2007).

2.1.5.2.2. Davranışçı bakış

Bilindiği gibi PB'nin etiyojisine ilişkin açıklama getirmeye çalışan yaklaşımlardan biri de davranışsal kuramdır. PB'nin davranışsal yaklaşımı klasik koşullanmaya dayanır. Bu koşullanma bir dizi örüntüden oluşur. Bu örüntüye göre birey tarafından olumsuz bir yaşam olayı deneyimlenir ve kaygı yaşanır. Bu kaygı esnasında kişi, hızlı kalp atışı gibi kendiliğinden gerçekleşen somatik belirtileri yoğun bir şekilde yaşar ve bu belirtilerin tehlikeli olduğuna ilişkin bir inanç oluşturur. Bu inancın sonraki adımında ilk panik atak yaşanır. Atakların tekrarlamasıyla birlikte bu durum PB'ye

dönüşür. Bunun sonucunda PB hastaları bazı durumlardan korkmayı öğrenerek bu durumlardan kaçınmaya başlar ve bu kaçınma bireyin kaygısını azaltır. Kişinin ilk panik atağını yaşadığı anki korkusu, bulunduğu ortamdaki uyaranlarla eşleşir. Böylelikle kişide korku tepkilerine karşı koşullanma meydana gelir. Söz gelimi, ilk panik atağını kalabalık bir yerde yaşarsa, kişide kalabalık ortamlardan kaçınma eğilimi görülür (Kring, Johnson, Davidson ve Neale, 2015). Özetlemek gerekirse, panik ataklar genellikle içsel fizyolojik duyuların uyarılmasıyla başlar, dış ortamdaki bir uyarıcıyla tepkiye girer ve içsel uyaranlara koşullanır.

2.1.5.2.3. *Bilişsel bakış*

PB'nin etiyojisine yönelik başka bir bakış açısı da bilişsel yaklaşım tarafından öne sürülmüştür. Bu yaklaşıma göre PB hastaları, atak esnasında yaşadıkları belirtileri, ruhsal ya da bedensel açıdan tehditkar, zararlı ve ölümcül olduğu şeklinde yorumlar. Zamanla hastalar bu belirtilerden korkmaya başlar ve dikkatleri "korkma korkusuna" dönüşür. Bu nedenle, süregelen bir şekilde bedenlerinde yaşanabilecek bir panik atağın belirtilerini bulma arayışına girerler. Bu yöndeki inançlar hastalarda kısır döngüye neden olur, bu da anksiyetenin artmasına ve semptomların daha şiddetli bir şekilde yaşanarak, felaket senaryolarının oluşturulmasına yol açar (Tamam, 2009). Bilişsel Davranışçı yaklaşımlar psikolojik bir ıstırapı azaltmak için, işlevsel olmayan düşünme biçimlerini ve davranış kalıplarını doğrudan manipüle etmeyi amaçlamaktadır (Hofmann, Asmundson ve Beck, 2013). Araştırmacılar, kişinin panik atak esnasında çıldırmaktan, ölmekten, kontrolü kaybetmekten korkmak gibi belirtiler yaşandığını ileri sürerek hastalığın kökeninde bilişsel faktörlerin rolünü açıklayan modeller ortaya atmışlardır. Anksiyete bozuklukları için, özellikle bilişsel modeller, tehdidin abartılı değerlendirilmesinin, patolojik kaygının altında yatan temel bir unsur olduğunu öne sürmektedir (Beck ve Haigh, 2014). Bilişsel yaklaşıma ilişkin farklı araştırmacılar farklı görüşler öne sürmüştür. Bu yaklaşımlardan önemli biri de Clark'ın görüşüdür. Clark, tekrar eden panik ataklar üzerinde araştırmalarını yoğunlaştırmış ve normal bireylerde panik atak olarak tanımlanmayan ancak panik ataklara benzer, çarpıntı ve baş dönmesi ya da nefes darlığı gibi somatik duyuların PB'li kişilerde yanlış yorumlandığı ve yaklaşan bir tehlikenin işareti olarak algılandığını ileri sürmüştür. Bu durumda kişi, nefes darlığını ya da çarpıntıyı bir kalp krizi belirtisi olarak yorumlar (Fava ve Morton, 2009). Clark'ın görüşlerinin aksine, Bandura ise öz-etkinlik kavramı üzerinde durmuştur. Buna göre panik atakların üstesinden gelebilmek için atak sırasında bireyin kendi algısına dikkat etmesi önerilmektedir. Öz yeterlik genellikle tahmin

edilemeyen ve gerilimli durumları barındıran koşulların üstesinden gelmeyi sağlayan yaratıcı bir beceri şeklidir. Öz etkinlik, bireyin farklı yer ve zamanlardaki güçlüklerle baş edebilme becerisine olan inancıdır. Örneğin, yetersiz olduğu inancında olan birey, etrafındaki fırsatları değerlendiremediği için yaşadığı sorunların üstesinden gelemez. Öte yandan yüksek özgüvene sahip başka bir birey ise daha güç koşullar ile karşılaşırsa dahi çözüm yolları bulabilmektedir. Son olarak kişi başarıyı kendinden, başarısızlığı da başkasından biliyorsa o konuda öz etkinliği yüksek bir birey olarak ifade edilmektedir (Kılıç, 2015). Panik bozukluğun bilişsel alt yapısını ortaya koymaya çalışan bir başka model ise Clark ve Bandura'nın modellerinin bütünleştirildiği bilişsel bir modeldir. Bu model Casey ve meslektaşları (Casey, Oei ve Newcombe, 2004) tarafından ileri sürülmüştür. Yalnızca olumsuz bilişlerin değil; 'öz yeterlilik', 'öz kontrol' ve 'başça çıkma' temalı güçlü tezlerin, bilişsel modele eklenerek daha bütüncül bir yaklaşım ortaya atılabileceği belirtilmiştir. Hem yıkıcı yorumlamaların hem de öz yeterliğin, tekrarlanan panik ataklara neden olduğu ileri sürülmüştür. Casey ve arkadaşları öz yeterlik seviyesinin kişinin somatik uyarılma biçimini etkilediğini ifade etmişlerdir. Düşük seviyedeki öz yeterliğin, yüksek uyarılmaya yol açarak panik bozukluk döngüsünü başlatabildiği, öte yandan öz yeterlikteki artışın ise felaket içeren yorumlamaları azaltabildiği öne sürülmüştür.

2.1.6. Panik bozukluğun tedavisi

Panik bozukluk bir hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve günlük yaşamındaki önemli aktivitelerini bozabilir. Panik bozukluk teşhisi konjüktürel değişkenleri ve komorbid durumları tanımlamak için geniş bir dikkat gerektirir. Tarama ve izleme araçları, tanının yapılmasına yardımcı olmak ve tedaviye yanıtı izlemek için kullanılabilir. Başarılı sonuçlar, her bir hastaya özgü hazırlanmış tedavi yaklaşımlarının bir kombinasyonunu gerektirebilir. Bu nedenle farmokoterapi ve psikoterapinin birlikte uygulanması etkili terapi metodu olarak görülmektedir. Psikiyatrik müdahale, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve psikoterapi ilaçlarını içermektedir. Benzodiazepinlerin de anksiyete belirtilerini azaltmada etkili olduğu bilindiği halde kötüye kullanımı ve olumsuz etkilerinden dolayı farmokoterapide kullanımı sınırlandırılmıştır. Psikoterapötik tedaviler arasında ise bilişsel davranışçı terapi yaygın olarak çalışılmış kapsamlı bir geçerliliğe sahiptir. Özetle, çok sayıda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntem ve teknikleri olmakla birlikte çoğu için tedavi kanıtları sınırlıdır (Locke, Kirst ve Shultz, 2015).

2.1.6.1. Bilişsel-Davranışçı terapi

Bilişsel ve davranışsal tedavilerin yaygın anksiyete bozukluğu da dahil olmak üzere, tüm anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu bilinmektedir (Cuijpers vd., 2016). Kaygıya yönelik BDT müdahaleleri, çeşitli bilişsel (ör., bilişsel yeniden yapılandırma) ve davranışsal (ör., maruz bırakma) teknikler kullanılarak beklenen zararların gerçek ve muhtemel maliyeti hakkındaki uyumsuz inançların değiştirilmesine odaklanır (Smits, Julian, Rosenfield ve Powers, 2012). BDT'nin ilk aşaması, bedensel uyarılma belirtilerinin yok edilmesinin hedeflendiği nefes egzersizleri ve gevşeme eğitiminden oluşur. Nefes egzersizleri uygulanarak karın solunumunun yavaş ve ahenkli bir şekilde ön plana geçerek hiperventilasyon belirtilerini ortadan kaldırması amaçlanır. Ardından PB hastalarına hiperventilasyona ilişkin bir psiko-eğitim verilerek oturma esnasında hızlı nefes alışverişinin gösterildiği bir etkinlik yaptırılır. Hastalardan stres veya endişe verici bir duruma maruz kaldığında bu tekniği uygulamaları beklenir. Atak esnasında yaşanan diğer bir belirti olan kardiyovasküler problemler için ise aşamalı gevşeme eğitimi tekniği uygulanır ve anksiyetenin belirtilerinin ortadan kaldırılması amaçlanır. Ardından kaçınmaya sebep olan ve işlevsel olmayan olumsuz inançlara ilişkin bilişsel yeniden yapılandırma tekniği uygulanır. Hastadan tehlikeli ve korku verici bir olayı hayal etmesi ve abartması istenir. Bu sayede bilişsel çarpıtmaların net bir şekilde farkedilmesi amaçlanır. İlerleyen süreçte işlevsel olmayan bu inançların tanınmasına olanak verilir ve ardından bu inançları değiştirmeleri sağlanır. PB'nin tedavisinde kullanılan bir önemli BDT tekniği de alıştırmadır. Alıştırma tekniği, hastanın kaçınma davranışlarını ortadan kaldırmak için uygulanır. PB hastaları, atak esnasındaki fiziksel duyumlara benzer belirtilerle karşılaşabilecekleri bir ortama alınırlar. Bu ortamdaki olası yanlış değerlendirmelerinin düzeltilmesine yönelik bilişsel yeniden yapılandırma yöntemi kullanılarak kaçınma davranışının ortadan kaldırılması hedeflenir (Tükel, 2009).

Bilişsel davranışçı terapinin etkileri hem panik bozukluk hem de sosyal anksiyete için belgelenmiştir (Haug vd., 2015). BDT'nin kaygı bozukluklarının tedavisinde tek etkili yöntem olduğunu vurgulayan çalışmaların (Alkın, 2002) yanı sıra anksiyete bozuklukları için Psikodinamik Terapinin (PDT) etkililiğinin tartışmalı olduğunu ve sistematik yüzleştirme gibi davranış müdahaleleri için algılanan ihtiyaç göz önüne alındığında, sosyal kaygı bozukluğu da dahil olmak üzere tüm diğer anksiyete bozukluklarında PDT'nin etkililiğinin beklenmediğini ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (Bögels, Wijts, Oort ve Sallaerts, 2014). Öte yandan son zamanlarda yapılan geniş ölçekli kontrollü bir çalışma,

sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde psikodinamik tedavinin de etkili olduğuna dair kanıt sağlamıştır. Ancak anksiyete bozukluğuyla ilgili yapılan psikoterapi çalışmalarının çoğunluğunun sadece kısa vadeli sonuçları içerdiğini (Leichsenring vd., 2014) unutmamak gerekir.

2.1.6.2.Farmakoterapi

Psikolojik tedavi yöntemleri incelendiğinde, psikolojik rahatsızlıkların genellikle ya doğrudan bir psikoterapi metodu ile ya da farmakoterapi ile kombinasyon halinde uygulandığı görülmektedir (Gloster vd., 2015). PB'nin fizyopatolojisi ve nörokimyası ilgili çalışmalar (Hettema vd., 2001; Stein ve Steckler, 2010) incelendiğinde panik bozukluğun biyolojik temelli bir bozukluk olduğu görülür. İlaç tedavisiyle birlikte bozukluğu meydana getiren patofizyolojik süreçlerin düzeltilmesi, rahatsızlığın temelindeki biyolojik sorunların giderilerek işlevselliğin düzeltilmesi amaçlanır. Bu doğrultuda özellikle antidepresan ilaçlar olarak da bilinen Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ile Seçici Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (SNGİ) ve benzodiazepin ilaç gruplarının etkili olduğu bilinmektedir. PB'deki tedavi rollerinin öneminden ötürü bu iki gruba detaylı bir şekilde yer verilecektir.

Kapsamlı bir farmakolojik tedavi plan oluşturulmadan önce PB tanısı almış bireylerin klinik değerlendirmesinde dikkate alınması gereken bazı önemli hususlar bulunmaktadır. Örneğin, klinisyenin PB teşhisine ek olarak diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi eş tanı durumları olasılığı üzerine ayrı bir değerlendirme yapması gerekir. Ayrıca, tıbbi bir durum veya madde kullanımı (örneğin, tirotoksikoz, kafeinizm, alkolün geri çekilmesi) ve klinik anksiyeteyi taklit eden tıbbi durumlar (örneğin, kardiyak aritmi, nöbet bozuklukları, astım gibi) anksiyete bozukluğu teşhisinde göz önünde bulundurulmalı ve PB'nin belirtilen bu ifadelerden kaynaklanmadığından emin olunmalıdır. Bu nedenle, kapsamlı tıbbi bir muayenenin yapılması ciddi bir önem taşımaktadır. Yapılacak olan bu tıbbi muayene; idrar tahlili, idrar toksikolojisi, elektrolitler, karaciğer fonksiyonları, tiroid fonksiyon testleri, tam kan sayımı ve bir EKG'nin olduğu geniş çaplı bir incelemeyi içermektedir. Tüm bu sürecin ardından farmakoterapi için gerekli formülasyon oluşturulabilir. Farmakoterapinin amacı, PB semptomlarının alınan ilaçlar yoluyla baskılanması, semptomların ve yol açtığı sorunların engellenmesidir (Stein ve Steckler, 2010).

Benzodiazepinler

Benzodiazepinler PB'nin farmakolojik tedavisinde kullanılan önemli bir ilaç grubudur. Bununla birlikte, literatür incelendiğinde benzodiazepinlerin PB'nin tedavisindeki rolünün tartışmalı olduğu görülmektedir. Araştırmacıların bir kısmı (Munjack vd., 1990) yaptıkları çalışmalarında benzodiazepinlerin hastaların fonksiyonlarında hiç bir iyileşme yaratmadığını ifade ederken, diğer bir kısmı da (Tükel, 2009) benzodiazepin ilaç grubunun PB semptomlarını hızla düşürdüğünü ifade etmişlerdir. Ancak, bu ilaçların uzun süreli kullanımında bağımlılık riski oluşturduğunun ve kullanımına ara verildiğinde ise yoksunluk belirtilerine neden olduğu ileri sürülmüştür. Son olarak, PB'nin nörokimyası üzerinde GABA'nın tedavideki rolüne ilişkin yapılan araştırmalarda (Çeçen, 2015) GABA-erjik sistem içerisinde bulunan güçlü bir benzodiazepin olan klonezepam ve alprazolamın PB tedavisinde etkili olduğuna dair bulgulara ulaşılmıştır. PB tanısı alan bireylerde en fazla araştırılmış benzodiazepin grubu ilacı olan 'Alprazolam'ın, kısa ömürlü olması, çabucak etkide bulunması gibi olumlu özelliklerinden ötürü en çok tercih edilen benzodiazepin olmuştur. Ancak bununla birlikte benzodiazepinlerin, bilişsel işlevlerde problem yaratabildiğinden ve yüksek bağımlılık potansiyellerine sahip olabildiğinden en çok tercih edilen bir yöntem olmadığı (Lampe, 2013) vurgulanmalıdır.

Antidepresanlar

PB'nin Farmakoterapisinde kullanılan antidepresan ilaç grubu içerisinde SSRI, SNRI, Trisiklik antidepresanlar ve GABA-erjik sistemdeki anksiyolitik etkiyi artıran Monoaminooksidaz İnhibitörleri (MOAI) yer almaktadır (Erdoğan, 2007a). Trisiklik depresanlar, SSRI gibi antidepresanlar ile kıyaslandığında oldukça fazla yan etkiye (yorgunluk, baş dönmesi gibi) sahip olduğu için daha az tercih edilmektedir (Alkın, 2002). Bununla birlikte SSRI antidepresanları PB'nin tedavisinde kullanılan en önemli ilaç grubudur. Farmokoterapi formülasyonu, anksiyete belirtilerinde olası ciddi bir artışı önlemek için düşük dozlarla başlar. Ortalama beş ile 10 gün içerisinde doz oranı 25 mg'den 200 mg'ye kadar yavaş yavaş arttırılır. Bu dozlar her ilaç için farklı bir şekilde ayarlanmaktadır (Lampe, 2013). Bu grup içerisinde Sertralin, Paroksetin, Fluvoksamin, Fluoksetin gibi ilaçlar yer almaktadır. SNRI antidepresanları ise PB'nin farmakoterapisinde kullanılan bir diğer grup ilaçlardır. Bu antidepresan grubu ilaçlarının PB'nin semptomları üzerinde baskılayıcı etkilerinin olduğu bilinmektedir. SNRI'lar ortalama 7 ile 10 gün arasında kullanılır. Ancak Tükel' e göre (2009) SNRI'ların kesilmesiyle birlikte baş dönmesi, ağrı ve bulantı oluşabilmekte, bu yüzden tedavi süreci

uzayabilmektedir. Bu dezavantajlarından ötürü SNRI'lar, SSRI'lara göre daha az tercih edilmektedir. Son olarak, MOAI grubu ilaçları ise diğer ilaçlar yetersiz kaldığında kullanılan takviye niteliğinde uygulanabilen dopamin, norepinefrin ve serotonin düzeyini artıran bir antidepresandır. Ayrıca GABA-erjik sistem üzerinde anti-anksiyetik bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmüştür (Parent, Master, Kashlub ve Baker, 2002).

Diğer İlaçlar

Antidepresan ve Benzodiazepinler dışında PB tedavisinde kullanıma açık başka ilaçlar da vardır. Bunlar arasında Buspiron ve Pregabalin sayılabilir. Ancak literatürde Buspiron'un tutarlı sonuçlar vermediği için tercih edilmediği ifade edilmektedir. Pregabalin ilacının ise 'Genellenmiş Kaygı Bozuklukları' üzerinde etkisinin olduğu ileri sürülmektedir. Pregabalin'in Birleşik Krallık, Avusturalya ve Yeni Zelanda'da en çok tercih edilen ilaçlardan biri olduğu ifade edilmektedir (Lampe, 2013).

2.1.6.3. Psikodinamik terapi

Bilişsel davranışçı terapi ve farmakolojik tedavi panik bozuklukta ilk seçenekler arasında yer almasına rağmen en etkili yöntemler oldukları konusunda literatürde birçok tartışma vardır. Klinik olarak istenen tedavi şekli olarak, genellikle bu iki yöntemin kombinasyonu tavsiye edilir. Fakat yine de genellikle uyumlu tedavi seçenekleri her hasta için yeteri kadar faydalı olamamaktadır. Bu da terapötik alternatif arayışlarını zorunlu kılmaktadır (Gaudlitz, Plag, Dimeo ve Ströhle, 2015). Bu doğrultuda Psikodinamik Psikoterapi bir çok terapist tarafından önemli bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Psikodinamik psikoterapi (PDT) psikopatolojinin, bakım verenlerle olan erken ilişkisel problemlerden kaynaklandığını ve bu nedenle PDT'nin kaygı bozukluklarının tedavisinde etkili olduğunu vurgulamaktadır (Bögels, Wijts, Oort ve Sallaerts, 2014).

PB tanısı almış danışanın ilk psikodinamik değerlendirmesi dikkatli ve kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirmeyi içerir. Terapist, panik atak öyküsü de dâhil olmak üzere danışanın yaşadığı sorunlarının nerede ve ne zaman ortaya çıktığı üzerinde yoğunlaşır (Milrod vd., 2007). Panik bozukluk tedavisi için psikodinamik yaklaşımın en temel amacı danışanın kaygı düzeyini azaltmak ya da kaygıyı tamamen ortadan kaldırmaktır (Fava ve Morton, 2009). Bununla birlikte kişinin ilişkilerini geliştirmek, bilinçdışındaki çatışmaları azaltmak, yoğun öfke ve cinsel endişelerini azaltmak psikodinamik sağaltımın diğer amaçları olarak ifade edilebilir. Panik bozuklukta psikodinamik tedavi yaklaşımı, söz konusu bozukluğun aşılmasında umut verici bir yöntemdir. Panik bozuklukta psikodinamik

sağaltımdan olumlu sonuçlar alınması için terapist, danışanın bilinçdışı çatışmalarını anlamalı ve değiştirmek için danışanla birlikte çalışmalıdır. Danışanın terapistle çatışması doğrudan duygularının ifadesi olarak yorumlanmalı ve çatışmalara çoğu kez transferans yoluyla yaklaşılmalıdır. Psikoterapi sürecinin başında danışan, terapistle öfke ve ayrılma duygularını tekrar tekrar yaşayabilmektedir. Danışan bu duygulardan kurtulduktan sonra transferans kurulur. Terapist ve danışan arasında olumlu transferansın oluşması, duygu ve deneyimlerin yeniden yorumlanması sürecin ilerlemesinde önemli bir etkidir (Busch vd., 1999). Olumlu transferansın kurulmasının ardından danışan, duygularını terapi ortamında yeniden ifade etme, deneyimleme fırsatı bulur ve bu sayede ayrılığı ve özerkliği yönetme becerileri kazanmaya başlar. Ayrıca psikodinamik tedavi yöntemi, panik ataklarla yakından ilişkili olan öfke, cinsellik gibi davranışları da sağaltım süreci içerisinde ele alır ve bu konulardaki kaygı düzeyini de en aza indirmeyi amaçlar (Milrod vd., 2007) Psikodinamik tedavinin panik bozukluk tanısı almış hastaların üzerindeki etkisi sadece klinik psikoloji alanında değil, sinirbilim (neuroscience) alanında da ispatlanmaya başlamıştır. Örneğin Beutel ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış olan bir çalışmada PB'den muzdarip bireylerin psikodinamik tedaviden sonra çekilmiş beyin tomografileri incelenmiş ve panik bozukluğa sebep olan bölgede fark edilebilir bir değişim gözlenmiştir (Beutel vd., 2010). Son olarak, panik atakların kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha fazla görülmesine rağmen (Carlson, 2016) psikodinamik tedaviye verilen yanıtlarda cinsiyet açısından herhangi bir farklılık görülmemiştir (Milrod vd., 2007).

2.2.KLİNİK GÖRÜŞMELERDE PROJEKTİF TEKNİKLERİN ROLÜ

Ruh sağlığı çalışanı tarafından klinik bir görüşmede kullanılan birçok türde test ve teknik olduğu bilinmektedir. Projektif teknikler de bunlardan biridir. Burada açıklanması gereken iki temel kavram vardır. Bunlardan ilki, klinisyenler tarafından danışanların psikolojik sorunlarını değerlendirmek ve terapi süreçlerini formüle etmek için kullandıkları bir tür konuşma olan klinik görüşmedir (APA, 2019a). Diğeri ise Amerikan Psikologlar Birliği (APA, 2019c) tarafından projektif yöntemler olarak da bilinen 'benzersiz, oldukça kendine özgü, kişiliği ve psikolojik özellikleri belirsiz bir dizi uyarıcı yardımıyla yansıtan bir değerlendirme prosedürü olarak' tanımlanan projektif tekniktir. 1890 ve 1905 yılları psikolojide 'deneysel psikoloji yılları' ve psikoloji bilimi için 'laboratuvar dönemi' olarak bilirse de bu yöntem, Sigmund Freud tarafından geliştirilen psikanalitik teorinin gelişimine kadar yaygın olarak kullanılmamıştır (Kroon, Goudena ve Rispens, 1998). Freud ile birlikte popülerlik kazanmaya başlayan bu yöntemin kullanımı, psikometrik güvenilirlik ile

ilgili küçümseyici eleştiriler de dahil olmak üzere bir çok baskılanmaya ve eleştiriye maruz kalmıştır (Piotrowski, 2015). Özellikle ölçme aracı olarak tek başına kullanımının beraberinde getirdiği bazı sorunlar olsa da, projektif tekniklerin klinik görüşmeler üzerinde bir çok olumlu etkisi vardır. Bu başlık altında, hem danışan hem de psikoterapist açısından projektif tekniklerin, klinik bir görüşmede destekleyici bir araç olarak kullanılmasının etkileri tartışılacaktır. Bu bağlamda öncelikle projektif yöntemlerin önemi ve bunların hem danışan hem de psikoterapi açısından yararları üzerinde durulacaktır. Son olarak, projektif tekniklere ve bu tekniklerin uygulanmasının ardından elde edilen sonuçlara ilişkin yapılan bazı eleştirilere değinilecektir.

2.2.1. Projektif tekniklerin klinik görüşmeler için önemi

Projektif teknikleri kullanmanın klinik görüşme sürecini anlamaya yardımcı olabilecek birçok avantajı vardır. Birincisi, psikoterapiye başlamadan önce, genel olarak, psikoterapistler hastaların bozukluklarını teşhis etme ve tedavi sürecini değerlendirme eğilimindedir (Yıldırım, 2013). Projektif teknikler bu süreçte, danışanların sorunlarına ilişkin diğer tekniklerin erişemediği derin bir anlayış sağlamada önemli bir rol oynayabilir (Martin ve Frackowiak, 2017). Diğer test ve tekniklerin aksine, projektif tekniklerin danışanların bilinçdışıını yansıtmayı amaçladığı ifade edilmektedir. Bu sayede, klinik bir görüşmede, psikoterapistler dikkatle ele alınması gereken önemli konulardan biri olan savunma mekanizmalarını ve direnç gösterilen durumları kolayca farkedebilirler (Petraglia, 2013).

İkincisi, projektif teknikler terapötik değerlendirme aracılığıyla, danışanlarla güçlü bir ilişkinin kurulmasını sağlayabilir (Finn ve Tonsager, 1997). ‘Olumlu aktarım’ olarak adlandırılan, danışan ile olumlu bir ilişki oluşturulmadan, hastalarla terapötik bir ittifak kurulamaz ve bu nedenle süreçten olumlu bir sonuç alınmaz (Yıldırım, 2013). Bu bağlamda, projektif teknikler, uzman ve danışan arasında bir köprü olarak görülebilir. “Öz değerlendirme envanteri” olarak da bilinen, bireylerin bilinçli işlevini değerlendirmeyi amaçlayan objektif tekniklerin aksine, projektif teknikler sadece mekanik değil dinamik ve yoğun bir süreç gerektirir. Bu nedenle ruh sağlığı personeli danışanları ile iyi bir ilişki kurabilir.

Son olarak, “objektif testler” ile karşılaştırıldığında, projektif tekniklerde danışanların soruları manipüle etme olasılıkları düşük bir ihtimal taşımaktadır. Buna ek olarak, projektif yöntemlerin taklit edilmesinin kolay olmaması ve tedavi için iyi bir formülasyon sağlayabilmesinden ötürü, diğer değerlendirme türleri ile birlikte 'tamamlayıcı' bir şekilde

kullanımı önerilmektedir (Watkins, Edward, Campbell, Hollifield ve Duckworth, 1989). Projektif testler klinik bir mülakatta destekleyici bir araç olarak kullanılmazsa, psikolojik değerlendirme süreci için sağlanması gereken 'yoğunluk' sağlanamaz ve bu nedenle değerlendirme süreciyle ilgili bazı önemli temel noktalar gözden kaçabilir. Ayrıca, projektif teknikler olmadan yapılan bir klinik görüşmede en az iki temel özelliğin ortadan kaybolabileceği ifade edilmektedir. Bunlardan ilki, başarılı bir sağıltım için yalnızca projektif tekniklerle ulaşılabilecek 'gerekli bilgilere' ulaşmak; ikincisi, sorunların temel dinamiğinin anlaşılmasını sağlamak ve danışanlara içgörü kazandırmaktır (Martin ve Frackowiak, 2017). Özetlemek gerekirse, projektif yöntemler psikoterapi için temel bir gereksinim olan 'olumlu aktarımın' kurulmasında, psikoterapi oturumlarında rahatlıkla kurulabilir. Bu tekniklerin kullanımı, 'klinik sürecin derinlemesine anlaşılmasını sağlamak gibi' önemli bir misyonu üstlenmiştir. Dolayısıyla söz konusu tekniklerin, objektif testler ve anamnez gibi diğer değerlendirme yöntemleriyle birlikte kullanıldığında hem danışman hem de danışan açısından değerlendirme sürecine önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

2.2.2. Projektif tekniklerin kullanımının danışanlar ve ruh sağlığı çalışanları açısından yararları

Projektif testlerin kullanılması, terapi sürecini hem danışanlar hem de danışmanlar için kolaylaştırabilmektedir. Danışanların yaşadıkları sorunlarının anlaşılmasının ve kişiliklerinin değerlendirilmesinin, öncelikle ruh sağlığı personelinin, danışanı daha kolay anlamasına katkı sağladığı (Storey, Gopen ve Sacco, 2014) ve bu 'anlaşılmış' olma durumunun da doğal olarak danışanlara verilen hizmetin kalitesini arttırdığı ifade edilebilir. Bunun yanında danışanlar açısından bakıldığında, kişisel farkındalığın teşvik edilmesinde, psikoterapi sürecinin anlaşılabilirliğinin artırılmasında ve sürecin daha fazla uzamadan vaktinde tamamlanmasında projektif tekniklerin önemli katkılar sağlayabileceği ifade edilmektedir (Waiswol, 1995). Terapötik ilişkiyi desteklemek için danışanların sürece katılımı esastır (Crowe, Carlyle ve Farmar, 2008). Projektif yöntemlerin yorumlamaya dayalı olması (Storey vd., 2014), danışanların terapi sürecine kolayca dahil olmalarına katkı sağlamaktadır. İkincisi, projektif teknikler kişilik envanterlerinden de farklıdır. Danışanların bir anket veya ölçek doldurmak gibi bir şey okuma ve yazma ihtiyacı yoktur, çünkü projektif yöntemlerin dili rüyalar, sembolik düşünceler ve görsel tasvirlerdir. Ruh sağlığı çalışanları bu argümanları danışanları ile tartışarak ilerleme kaydeder.

Ayrıca terapistler için projektif testlerin birçok avantajı vardır. Örneğin, Waiswol, “bir ruh sağlığı uzmanı için, projektif testlerin tıpkı ruhun (soul) röntgenin çekildiği bir X - ray cihazı gibi” olduğunu belirtir (Waiswol, 1995). Bu gerçekten iyi bir metafor çünkü X - ışınlarında olduğu gibi, projektif teknikler de danışanların psikolojik işleyişlerini yansıtmaya yönelik olarak tasarlanmıştır. Psikiyatrik olmayan rahatsızlıklardaki kullanımı bile, hastaların iç dünyalarının anlaşılmasına katkı sağlayabilir (Piotrowski, 2017). Bu nedenle, projektif tekniklerin kullanılması, terapi seansları ile ilgili olarak ilişki kurmaya ve hipotez oluşturmaya (Miller ve Nickerson, 2007) yardımcı olabilir. Bu ilişki sonucunda terapistler danışanlarına en uygun terapötik müdahaleleri uygulayabilirler.

İkincisi, terapistler bu teknikleri, ego'nun id ve superego arasındaki dengeyi sağlama yeteneği olan 'ego gücü' (ego strength) (APA, 2019b) ile 'temel çatışma'ları (base conflicts) değerlendirmek ve uygun bir ilişkinin kurulmasını (rapport) sağlamak için bir rehber olarak kullanabilir (Waiswol, 1995). Bu, projektif teknikleri kullanmanın bir sonucu olarak, terapistin psikoterapötik formülasyonu hazırlayabileceği ve bunun danışanlarının iyileşme süresine katkıda bulunabileceği anlamına gelir. İyi bir formülasyon, terapistin danışanın şu ana kadar problemleriyle nasıl başa çıktığı ve duygularının neler olduğu gibi önemli bilgiler sağlayabilir. Son olarak, bu teknikler danışanları yargılamak yerine anlamak için empatik bir yaklaşım sunmaktadır. Bilindiği gibi başarılı bir psikoterapi süreci için iyi bir formülasyon bir zorunluluktur (Crowe vd., 2008). Genel olarak, projektif yöntemler sayesinde, danışanlar terapötik sürece kolayca motive olabilirken, terapistler danışanlarının kişiliğini değerlendirebilir ve onların sorunları ile ilgili bazı hipotezler oluşturabilirler. Tüm bu katkılarına rağmen, son zamanlarda bu tekniklere yönelik eleştirilerin dozunda bir artış görülmektedir.

2.2.3. Projektif tekniklere yöneltilen eleştiriler

Projektif tekniklerin birçok faydası olmasına rağmen, beraberinde getirdiği bazı sorunların olduğu da vurgulanmıştır. Projektif tekniklere yöneltilen en temel eleştiriler genellikle bu tekniklerin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin yapılan eleştirilerdir. Bazı çalışmalarda, geçerlik ve güvenilirlik sorunsalının yanı sıra, projektif yöntemlerin danışanların davranışlarına yönelik bir 'öngörü' sağladığına dair ortaya atılan fikirler de sorgulanmıştır (Miller ve Nickerson, 2007). Örneğin, Garb ve meslektaşları (2002) projektif tekniklerin kullanılmasını içeren bilimsel bir çalışmada, alkol bağımlılığı nedeniyle hükümet tarafından lisansı askıya alınan bir klinik psikolog ile klinik görüşmeler yapmak için izin aldılar. Yapılan görüşmeler sonucunda, lisansı askıya alınmış olan

psikoloğun 'objektif testler'den almış aldığı sonuçlar olumlu olsa da en popüler projektif testlerden biri olan 'Rorschach Testi'nin bulgularının olumsuz olduğunu rapor etmişlerdir. Bu çok tartışmalı sürecin sonunda verilen nihai karar 'psikoloğun lisansının iptal edilmesi' yönünde olmuştur. Ancak ilgili psikolog uzun yıllar sonra lisansını geri aldığında, klinik psikolojide projektif tekniklerin kullanımını hiçbir zaman onaylamamış ve bu konuda en önde gelen eleştirmenler arasında yer almaya çalışmıştır (Garb, Lilienfeld, Wood ve Nezworski, 2002). Bu vaka çalışmasından da anlaşılacağı üzere, bu durum son derece öznel bir eleştiri gibi görünmektedir. Öte yandan, bu örnek olay incelemesi, projektif yöntemler konusunda uzman olmadığı sürece bireylerin, ruh sağlığı uzmanı olsa bile, projektif testlerin sonuçlarını manipüle edemeyeceklerine yönelik önemli bir noktayı ortaya koymaktadır.

1995 ve 2015 yılları arasında projektif testlerin dünyadaki kullanımına ilişkin yapılan bir gözden geçirme çalışmasında (Piotrowski, 2015), araştırmacılar tarafından projektif tekniklerin 'psikometrik geçerlilik' ve 'ampirik analizler' açısından ezici bir şekilde hedef alındığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte, literatürdeki yakın tarihli incelemeler projektif tekniklere yönelik eleştirilerin bu konuda objektif olmadıklarını vurgulamaktadır. Çünkü geçerlilik ve güvenilirlik sorunları açısından, tüm değerlendirme yöntemlerinin sakıncaları vardır. Dahası, kendi başına kullanıldığında hiçbir test geçerli ve güvenilir değildir. Kaldı ki geçerlik yönünden eksik olan birçok objektif test bulunmaktadır. Örneğin danışanlar likert tipi objektif testleri çok kolay bir şekilde manipüle edebilmektedirler. Değerlendirme açısından bakıldığında, kullanılacak herhangi bir yöntemin 'belirli bir ölçüde' ve sadece 'belirli bazı amaçlar için' geçerli olabileceğini unutmamak gerekir. Bu nedenle uygulayıcılar iyi bir klinik geçmişe ve beceriye sahipse, projektif testlerin etkili bir şekilde kullanılabilmesi ifade edilmektedir. Tekrar vurgulamak gerekirse, projektif testlerin esas değeri, danışanların daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayarak terapistin işini kolaylaştırmasında yatmaktadır (Miller ve Nickerson, 2007). Sonuç olarak, tek başlarına kullanıldıklarında her değerlendirme yönteminin bazı dezavantajları olduğu söylenebilir. Bu anlamda terapistlerin anamnez almak, objektif ve projektif teknikleri birlikte uygulamak gibi çok boyutlu değerlendirme yöntemleriyle çalıştıkları sürece, sağaltım sürecinin daha başarılı bir şekilde sonuçlanacağı ifade edilebilir.

2.2.4. Önemli bir projektif teknik: Tematik algı testi (TAT)

Bu başlık altında, söz konusu çalışmanın verilerinin toplanmasında kullanılan Tematik Algı Test'inin detaylı bir şekilde tanıtılmasına yer verilmiştir.

2.2.4.1. Testin Amacı

Tematik algı testi (TAT) 1935 yılında H. A. Murray tarafından geliştirilip düzenlenmiştir. Daha çok bireyin ihtiyaç ve motivasyonlarına yönelik çalışmalar şeklinde ortaya çıkan TAT'nin, geçmişten günümüze kadar bir çok farklı yorumu yapılmıştır. Murray ve Bellack'ın yorumları bunlar arasında en kalıcı olanları olarak ifade edilmektedir. Bellack 1954'te yorumlayıcı bir metot sunarak Freudyen metapsikolojiyi dikkate almış, özellikle de benlik ve benliğin işlevlerini TAT için kullanmıştır (Demir, 2017). Testin genel amacı ise 14-40 yaşları arasındaki bireylerin, davranışlarının altındaki psikolojik dinamikleri açığa çıkarmak ve kişilik analizi yapmayı mümkün kılmaktır. Tematik algı testi, eğitilmiş bir yorumcunun, testi alan bireyin kişiliğinin baskın dürtülerini, çatışmalarını, saplantılarını, hayatında önemli olan figürlere karşı sergilediği tutum, duygu ve düşüncelerini, sergilenen davranışın güdülenen kapasitesini, duygulanımsal ve davranışsal süreçlerini, bu süreçlerin aktarım biçimlerini, geliştirilen savunma mekanizmalarını, standardize edilmiş uyarana aktarımsal serbest çağrışımlarını açığa çıkarmak ve bireylerin var olan kişiliklerini analiz etmek üzere geliştirilmiştir. TAT'nin asıl değeri, testi alan bireyin veya danışanın, söylemeye cesaret edemediği veya farkında olmadığı için söyleyemediği, bastırılmış duygu, düşünce ve eğilimlerini ortaya çıkarmadaki gücünde yatar (Güneri, 2016).

2.2.4.2. Testin Uygulanış Biçimi ve Testörün Konumu

Projektif bir kişilik testi olan bu testin uygulanmasında herhangi bir zaman sınırlaması yoktur. Testin içeriği biri tamamen boş olmak üzere toplam 31 adet siyah-beyaz karttan oluşmaktadır. Diğer 30 kart ise çeşitli insan figürleri ile çevresel öğelerin resmedildiği bir dizi projeksiyondan oluşmaktadır. Kartlar cinsiyetlere göre farklılık göstermektedir. Uygulayıcı, uygulama öncesinde 10 adet kart seçer ve kartları tek tek testi alan kişiye gösterir. Sonrasında danışandan, kartlarda gördükleri figürler üzerine yaratıcı bir hikâye anlatmasını ister (Yılmaz, 2017). Her iki cinsiyetin ortak şekilde paylaştığı kartlar olduğu gibi, sadece erkeklere veya sadece kadınlara verilen kartlar da bulunmaktadır. Erkeklere verilen kartlar sırasıyla: 1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 8BM, 10, 11, 12BG, 13B, 13MF, 19, 16 şeklindedir. Ancak dürtüsel düzenlenmenin tam olarak

olgunluğa ulaşmamasından dolayı Kart 13MF, ergenlere verilmemektedir (Demir, 2017). Testin uygulanışıyla ilgili bazı önemli hususlar şu şekilde ifade edilebilir:

Testin materyali yaşlara ve cinsiyete göre oluşturulmuş belirli sayılar ve harfler içermektedir. Kartların arkasında bulunan bu ifadeler, danışanın yaşına ve cinsiyetine göre sıralanmış şekilde kullanılmaktadır. Kartın arka kısmındaki B harfi boy, G harfi girl, M harfi men, F harfi feminen baş harfleri anlamını taşımaktadırlar. Uygulamaya geçilmeden önce tüm kartlar bireyin yaş ve cinsiyetine göre düzenlenir ve uygulama esnasında bireye gösterilir. Uygulamaya başlamadan önce danışanın söyleyeceklerini kayıt altına almak için gerekli olan tüm hazırlıklar (A4 kağıdı, kalem, kartların ve çalışma masasının hazırlanması) yapılır ve uygulamaya geçilir (Güneri, 2016). Testi alan kişiye “size verilen kartlardan hareketle bir hikaye veya öykü hayal etmenizi ve anlatmanızı istiyorum” yönergesi verilir. Eğer hikayenin nasıl sonlandığını kartların sonunda danışan söylemezse testör bunları sorarak bilgi alır (Demir, 2017).

TAT’ de bir öykü oluşturmak, imgeleme’nin ötesinde bir organizasyon sürecini içerir. Bu organizasyonu analiz etmek, benliğin görece özerkliğini, sentez ve bütünleştirme işlevini “test etmek” anlamına gelmektedir. Ancak burada en önemli noktalardan biri kullanılan test malzemesinden ziyade uygulayıcının aldığı konumdur -ki bu akla ‘aktarım ve karşı aktarım’ olarak bilinen psikanalitik kavramları getirecektir. Dolayısıyla ‘psikanalitik’ bakış açısıyla hareket eden projektif test uygulayıcısı aktarım ve karşı aktarımı dikkate alarak danışanın düşlemlerine ve hikayelerinin oluşturulmasına temel dayanak sağlayan nesne ilişkilerine gönderme yaparak bilgi toplar. Bunu yaparken TAT’ nin uygulayıcıya olan katkısı da göz ardı edilmemelidir. Çünkü TAT kartları, danışanın kendisiyle özdeşimini kolaylaştıran çeşitli resimlerden oluşmakta ve danışanlarda bu sayede teste kendilerini kolaylıkla yansıtabilmektedirler. Bu nedenle uygulayıcı, tematik algı testini yorumlarken hem ödipal hem de nesne ilişkileri bağlamında değerlendirmelidir (İkiz, 2011a).

2.2.4.3. Tematik Algı Testinin Önemi⁸

Tematik algı testinin danışanın iç dünyasının anlaşılması konusundaki katkısı yadsınamayacak derecede önemlidir. Bellak’ a göre, projektif tekniklerde oluşturulan hikayelerde kahraman aslında anlatanın kendisidir, birey hikayelere kendi yaşamındaki motifleri taşır ve bu durumun farkında olabilir. Bununla birlikte Tematik Algı Testinin temeli, Henry Murray’ ın (1938) geliştirdiği ‘İhtiyaç-Baskı Kişilik Kuramı’ na

⁸ Bu kısım (Tabak, 2010)’dan özetlenerek alıntılanmıştır.

dayanmaktadır. Murray, kuramında daha çok kişilerin çevreleriyle nasıl bir etkileşim içinde oldukları ve nasıl bir iletişim kurdukları üzerine eğilerek bunun üzerine bazı çalışmalar gerçekleştirmiştir. Bir başka ifadeyle, bireylerin dış uyaranlardan nasıl etkilendiği, ihtiyaç, tutum ve değerlerinin dış uyaranlara karşı nasıl tepkiler verdikleri üzerinde durmuştur. Çok sayıda araştırmacı, Murray'ın geliştirmiş olduğu bu kuramın en önemli kavramlardan birinin 'ihtiyaç kavramı' olduğu konusunda fikir birliğine varmışlardır. Çünkü TAT ihtiyaçların 'gücünün' ölçülebilmesine olanak tanıyacak şekilde geliştirilmiştir. Bir ihtiyaç hem içsel hem de dışsal (çevresel) motivasyonlar aracılığıyla açığa çıkabilir. Murray bu bağlamda bir kişinin hayatında (veya TAT öykülerinde) olabilecek 'muhtemel ihtiyaçların' belirlenmesi toplamda 20 maddelik bir ihtiyaç listesi oluşturmuştur (bkz. Tablo 1):

Tablo 1. Murray'ın belirlemiş olduğu 20 maddelik ihtiyaç listesi

| | | | | | |
|---|---------------|----|--------------------|----|----------------------------|
| 1 | Aşağılanma | 8 | Boyun eğme | 15 | Oyun |
| 2 | Başarı | 9 | Başatlık | 16 | Reddetme |
| 3 | Ait olma | 10 | Göstermecilik | 17 | Duyuşsal etkilenme |
| 4 | Saldırma | 11 | Zarardan kaçma | 18 | Seks |
| 5 | Bağımsız olma | 12 | Kaçınma | 19 | Başkalarından yardım görme |
| 6 | Karşılama | 13 | Başkalarına yardım | 20 | Anlama |
| 7 | Savunma | 14 | Düzen | | |

Murray aynı zamanda yukarıda ifade edilen ihtiyaçların varlığını dengelemek için ihtiyaç kavramının yanına, bireyin çevresinde kendisini etkileyen faktörlerle ilgili farklı bir liste daha eklemiştir ve buna "baskı" adını vermiştir. Murray tarafından 'baskı' olarak adlandırılan bu çevresel etmenler ise toplamda 16 maddelik bir liste halinde aktarılmıştır (bkz. Tablo 2):

Tablo 2. Murray'ın çevresel baskı olarak nitelediği 16 maddelik liste

| | | | |
|---|---------------------------------|----|---|
| 1 | Aile desteğinden yoksun olma | 9 | Egemenlik kurma- zorlama-kısıtlama |
| 2 | Tehlike ve talihsizlik | 10 | Affedilme-korunma |
| 3 | Kayıp ve yokluk | 11 | Başkalarından yardım görme-anlayış isteği |
| 4 | Alıkonma-nesnelere el konması | 12 | Düzene uyma-takdir edilme-tanınma |
| 5 | Reddedilme-ilgisizlik-azarlanma | 13 | Dostluk-yakınlık |
| 6 | Yarış-çağdaş yarışma | 14 | Seks |

| | | | |
|---|-----------------|----|-------------------------------------|
| 7 | Kardeşin doğumu | 15 | Aldatılma veya kandırılma |
| 8 | Saldırı | 16 | Aşağılık (Fiziki, sosyal, zihinsel) |

TAT bu baskıların danışanlar tarafından algılanan şiddetini ele alıp puanlayabilecek niteliktedir (Tabak, 2010).

2.3.İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde alanyazında panik pozukluğa, panik bozukluğun psikodinamik yaklaşımlarla ele alındığı çalışmalara yer verilmiştir. Araştırmaların verilmesinde geçmişten günümüze doğru kronolojik bir sıra izlenmiştir.

1.1.1. Konu ile İlgili Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar

Kılıç (2015) hazırlamış olduğu tıpta uzmanlık tezi kapsamında ‘Panik bozukluk tanısı almış hastalar ile sağlıklı bireylerin nörobilişsel süreçleri ile dürtüselliklerini karşılaştırmak’ üzere 31’i sağlıklı 31’de tanı almış grup olmak üzere toplam 62 bireye bir takım objektif testler uygulamıştır. Uygulama sonucunda PB tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireyler arasında nörobilişsel işlevsellik açısından herhangi bir fark bulunamazken; PBŞÖ’den alınan yüksek puanların nörobilişsel testleri olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Tüzün ve Soygüt (2017) “Ergen Bağlanma Biçimlerinin Tematik Uyarılara Verilen Öyküsel Tepkiler Aracılığıyla Değerlendirilmesi” isimli çalışmalarında Ergenlerin bağlanma biçimleri üzerinde etkili olan bilişsel süreçlerin incelenmesinde projektif teknikler kullanarak niteliksel bir değerlendirme protokolü geliştirmeyi amaçlamışlardır. Araştırma kapsamında toplamda 33 ergenden veri toplanmış, bu veriler niteliksel değerlendirmeye dayalı bir yaklaşımla incelenip analiz edilmek üzere bir protokol geliştirilmiştir. Çalışmanın sonucu değerlendirildiğinde ergenlerin bağlanma biçimlerinin uygulanan test ve yöntemler doğrultusunda değişimler gösterdiği, bağlanma biçimlerinin saptanmasında etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca projektif tekniklerin bireylerin örtük, gizli, bilinçdışı süreçlerinin açığa çıkarılmasında etkili olduğu, bağlanma türlerinin değerlendirilmesinde, kişisel sosyal süreçlerin sorgulanmasında ve hatta zaman zaman araştırmaların amaçları göz önüne alınarak, dayandırıldıkları kuramsal temelin dışına çıkılarak da kullanılabileceği ifade edilmektedir.

Okray (2017) tarafından yapılan, psikanalitik yönelimli psikoterapi sürecinin işlevselliğinin incelendiği “Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi ile Takip Edilen Olgunun Projektif Testlerle Değerlendirilmesi: Terapi Öncesi ve Sonrası Uygulamaları” isimli çalışmasını 32 yaşında erkek bir danışan ile gerçekleştirmiştir. Testör, danışan oturumlara başlamadan önce projektif testleri uygulamış ve ön görüşmeyi gerçekleştirmiştir. Sonrasında başka bir psikolog tarafından psikanalitik yönelimli görüşmelere başlanmıştır. Danışanın, danışma sürecine katılımını sağlayan temel motivasyonunun ‘intihar düşünceleri’ ve ‘yaşam enerjisindeki düşüş’ olduğu saptanmıştır. Yaklaşık 2 yıl kadar süren psikanalitik yönelimli terapinin ardından, aynı testör tarafından tekrar test uygulanmış ve görüşme gerçekleştirilmiştir. Ön görüşmelerin değerlendirilmesinde Tematik Algı Testi ve Roschach’a testleri birlikte kullanılmıştır. Roschach testi ile hedeflenen, bireyin kişilik örgütlemesini ortaya koymak iken Tematik Algı testi ile bireyin ihtiyaçlarını, dürtülerini ve nesne ilişkilerini ortaya koymak hedeflenmiştir. İki yıl boyunca sürmüş olan Psikanalitik yaklaşımlı psikoterapinin danışana fayda sağladığı görülmüştür. Şöyle ki süreç içerisindeki ilk uygulamadan alınan sonuçlarda, danışanın kendini dış dünyadan gelen tehlikelere karşı koruma çabası, kimlik, özdeşim ve cinsler arası fark ve nesne ilişkileri konusunda yaşadığı sorunlar gözlemlenirken, ikinci uygulamada ise düşünce yapısının oldukça geniş bir boyuta ulaştığı ve düşüncelerinin dışa aktarımının iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Daha öncesinde bir tehdit olarak görülen dış dünya algısı da bu psikoterapi süreci sonrasında daha normal hale geldiği uygulanan testler neticesinde tespit edilmiştir. Özetle söz konusu ifade edilen değişimlerin tespit edilmesinde psikodinamik yönelimli testlerin etkililiğine vurgu yapılmıştır.

1.1.2. Konu ile İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Hutcheon (2010) Koreli bir danışan ile gerçekleştirmiş olduğu çalışmada TAT'nin terapideki etkisini incelemiştir. Bu çalışmada TAT'nin, danışan ile danışman arasındaki terapötik ittifaka katkı sağlayıp sağlayamadığını ve daha yetkin bir tedavi yaklaşımı olarak kullanılıp kullanılmayacağını ortaya koymak amaçlanmıştır. Çalışma 25 yaşında şizofreni tanısı almış Koreli bir kadın danışanla gerçekleşmiş ve TAT temelli olarak terapötik danışma süreci başlatılmıştır. Şizofreni tanısı almış danışana başlangıçta iki kart (3BM ve 14. Kart) verilerek yorumlanması istenmiştir. Bu yöntemle danışanın diğer klinik sayılabilecek konuları da terapi ortamında danışmana dile getirmesi, duygusal boşaltımı teşvik edecek bir etkisinin olabileceği düşünülmüştür. Danışma sürecinde danışanda görülen geri çekilme, kendini koruma ve dağılmayı önlemeye yönelik savunma mekanizmaları, TAT sayesinde danışman tarafından fark edilip uygun bir yaklaşımla ele alınabilmiştir. Ayrıca TAT'nin yardımıyla danışman, danışanın öznel duygularını daha iyi anlamış ve terapötik sürecin gelişimi, değişimi ve ilerlemesine yönelik gerekli adımların atılmasını sağlayarak faydalı bir terapötik sürecin varolmasını hızlandırmıştır. Sonuç olarak danışan ile danışman arasındaki terapötik ittifak sağlandıktan sonra Tematik Algı Testi kartlarının kullanımı daha rahat ve kullanışlı olduğu görülmüştür.

Beutel ve meslektaşları (2010) kısa süreli psikodinamik tedavi yönteminin panik bozukluk tanısı almış bireyler üzerindeki etkililiğini incelemeyi amaç edindikleri çalışmalarında, panik bozukluğu olan bireylerin tedavi öncesi ve sonrası beyin aktivasyonlarındaki değişikliklerini fMRI ile karşılaştırmışlardır. Çalışmanın temel dayanak noktası olarak, panik bozukluğun beyinde bulunan fronto-limbik alanda bazı anormalliklere neden olması ve son yıllarda işlevselliği artan beyin görüntüleme cihazlarıyla da bu durumun kanıtlanması gösterilmiştir. Dolayısıyla araştırmacılar bu çalışmanın amacını 'Kısa süreli psikodinamik tedavinin beynin işleyişi üzerindeki etkilerini belirlemek ve tahrip edilen frontolimbik alanı psikodinamik tedavi yöntemleriyle normalleştirmeye çalışmak' olarak belirlemişlerdir. Bu doğrultuda çalışmaya alınan dokuz PB'li bireye tedaviden önce ve sonra fMRI uygulanmıştır. Tedavi öncesi ve sonrasında hastaların kaygı düzeyleri, davranışları ve panik ile ilgili bilişlerin sıklığı derinlemesine analiz edilmiştir. Tedaviden sonra yapılan taramada hastaların kaygı düzeylerinde anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür. Ayrıca, tedavi sonlandırıldığında panikle ilişkili semptomlar

belirgin şekilde iyileşmiş ve psikodinamik tedavi metodunun fronto-limbik aktivasyon paternlerinde değişiklikler meydana getirdiği ve bu bölgedeki aktivasyonu normaleştirdiği görülmüştür.

Egger ve arkadaşları (2016) tarafından Almanya'da 'sosyal anksiyete bozukluğunun uzun süreli tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin (BDT), psikodinamik tedaviye (PDT) karşı maliyet etkinliğini (cost-effectiveness) belirlemek için 30 aylık bir izleme süresini de içeren bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini BDT uygulanan 209 kişi ile PDT uygulanan 207 kişiden oluşan sosyal kaygı bozukluğu tanısı almış olan yetişkinler oluşturmuştur. Hem BDT hem de PDT için 'Alman Psikoterapi Klavuzu' nu (German Guideliness for Psychotherapy) esas alan profesyoneller tarafından uygulanan 'yapılandırılmış müdahale' yöntemleri uygulanmış ve planlanan tedavi süreci 6 ay olarak belirlenmiştir. Her bir danışan 25 ile 50 dakika arasında süren en fazla beş oturum yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda BDT'nin PDT'ye oranla uzun vadede daha ekonomik olabileceği, bununla birlikte PDT'nin de etkili olduğu ifade edilmiştir. Özetlemek gerekirse BDT'nin PDT'den daha etkili olduğu konusunda net bir sonuca ulaşılamamış ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu araştırma sonucunda ifade edilmiştir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın deseni, çalışma evreni, örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama araçlarının dağıtılması, toplanması ve verilerin nasıl analiz edileceğine ilişkin bilgiler verilmiştir.

3.1. Karma Yöntem Araştırmaları

Bu araştırma yöntemi, ilk olarak nicel ve nitel araştırmaların gelişimlerini takiben “üçüncü yöntembilimsel hareket” (Teddlie ve Tashakkori, 2003), “üçüncü araştırma paradigması” (Johnson ve Onwuegbuzie, 2004) ve “sosyal bilim semasında yeni bir yıldız (Mayring, 2007) olarak adlandırılmaktadır. Karma yöntem araştırmalarının temel varsayımlarından biri, farklı düzeydeki araştırma sorularını açıklama düzeyinde yanıtlamak için, istatistiksel yöntemlerle (nicel veriler) hikâyelerin ve kişisel deneyimlerin (nitel veriler) entegrasyonunu sağlamaktır (Creswell, 2014). Karma yöntem araştırma tasarımları, araştırma sorularına cevap verebilmek için iyi bilinen nicel ve nitel verilerin yaratıcı yollarla birleştirilmesini gerektirir (Teddlie ve Yu, 2007). Nitel araştırma ile nicel araştırma, farklı resim ve bakış açıları ortaya koyarken her ikisinde sınırlılıkları vardır. Araştırmacılar birkaç katılımcıyı nitel yöntemler kullanarak incelerken tek bir bireye yönelik anlayış azalır. Bu nedenle, bir yöntemin sınırlılıkları diğer yöntemin güçlü yanları ile telafi edilebilmekte; karma yöntem araştırmaları bir araştırma problemine yönelik, bu yaklaşımların kendi başlarına sağladığından çok daha iyi bir anlayış sağlamaktadır (Creswell ve Clark, 2017). Bu çalışmada panik bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı gönüllülerin bazı psikodinamik özelliklerinin karşılaştırılması ve daha iyi anlaşılmasının sağlanması için ‘yakınsayan karma desen’ yöntemi kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Modeli

Karma yöntem araştırması, araştırmacının veri topladığı ve analiz ettiği, bulguları dahil ettiği ve tek bir çalışmada veya araştırma programında nitel ve nicel yaklaşım veya yöntemleri kullanarak çıkarımlarda bulunduğu bir araştırma olarak tanımlanmıştır (Tashakkori ve Creswell, 2007). *Yakınsayan karma desenin* amacı, araştırma problemini en iyi şekilde anlamak için “aynı konu üzerinde farklı fakat birbirini tamamlayıcı veri toplamaktır (Morse, 1991). Bu desenin kullanılmasındaki amaç, nicel yöntemler ile nitel yöntemlerin farklılaşan güçleri ve örtüşmeyen zayıflıklarını bir araya getirmektir (Patton,

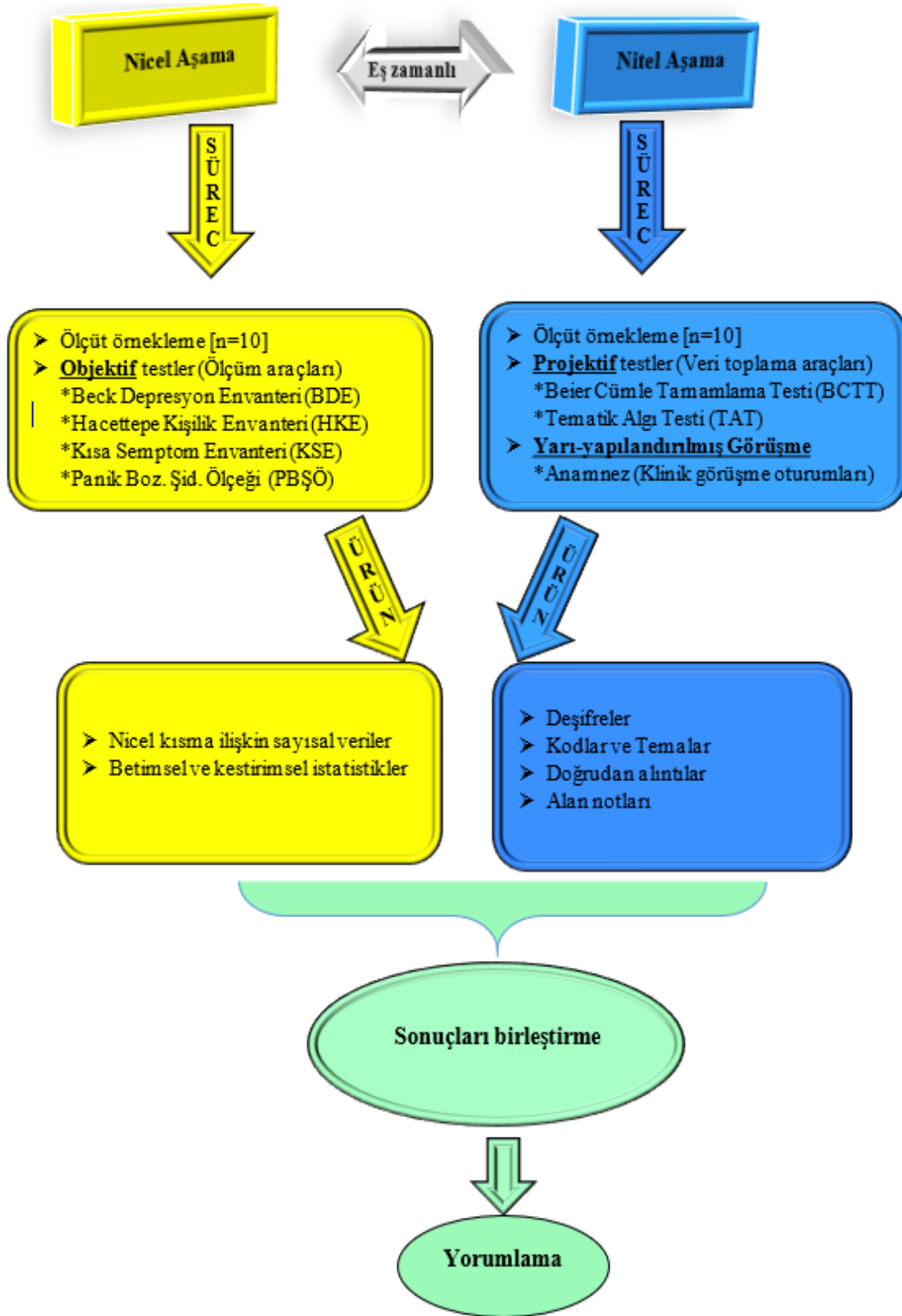
2014). Bu çalışmada da panik bozukluk tanısı alan ve almayan bireylerin benzer ve farklı yönlerini ortaya koymak amacıyla yakınsayan karma desen kullanılmıştır.

Bu doğrultuda eş zamanlı olarak yapılan araştırmada iki farklı örneklem grubu seçilmiştir. Birinci grubun belirlenmesinde (n=5), 'psikiyatrist tarafından psikolojik muayenesi alınmış, ancak herhangi bir psikiyatrik semptomu olmayan sağlıklı, belirli bir yaş aralığında olan ve aynı zamanda katılımda gönüllü olan bireyler araştırmaya alınmıştır. Diğer grubun belirlenmesinde (n=5) ise 'yine belirli bir yaş aralığında olmak', 'panik bozukluk tanısı almış olmak' ve 'mental retardasyon öyküsü olmamak' araştırmaya dahil olabilmek *kriteri* olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın süreç diyagramı şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Araştırma Diyagramı: Yakınsayan Paralel Desen



3.2.1. Araştırmanın Nicel Boyutu

Panik bozukluk tanısı almış bireyler ile tanı almamış bireylerin psikodinamik yapılarının karşılaştırıldığı bu çalışmanın nicel aşamasında ‘Nedensel Karşılaştırmalı Araştırma’ modeli kullanılmıştır. Bu nicel araştırma türü deneysel olmayan, iki veya daha fazla grubun bağımsız değişkenler açısından karşılaştırılmasına olanak sağlayabilen araştırmalardır (Creswell ve Creswell, 2017). Bu araştırma modeli, araştırmaya dahil edilen gruplar arasındaki benzerlik ve farklılıkların nedenlerini ve sonuçlarını olduğu gibi (hiçbir şeye müdahale etmeden) ortaya koymayı amaçlar (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2016). Bu nedenle araştırmanın ilk aşamasını, aralarında karşılaştırılabilecek farklılıklar olduğu düşünülen en az iki grubun belirlenmesi oluşturur (Salkind, 2010). Bu araştırma kapsamında da PB tanısı almış bireyler ile tanı almamış bireylerden oluşan iki grup belirlenmiş ve sonrasında bu gruplar arasındaki benzerlik ve farklılıkların incelenmesi amaçlanarak, katılımcı gruplara herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır.

3.2.2. Araştırmanın Nitel Boyutu

Araştırmanın eş zamanlı yürütülen ikinci aşamasında nitel araştırma desenlerinden ‘yorumlayıcı fenomenolojik analiz (interpretative phenomenological analysis)’ kullanılmıştır. Fenomenoloji, günlük yaşamda farkında olunan ancak derinlemesine ve çok detaylı bir şekilde farkında olunamayan öznel deneyimlere odaklanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Fenomenologlar, doğruya ulaşmada ‘tek’ bir gerçekliğin olmadığı fikrini savunduklarından (Huberman, Miles ve Saldana, 2014), çalışma grupları araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenir ve (genellikle) çok geniş gruplar oluşturulmaz (Baker, Wuest ve Stern, 1992). Sosyal bilimlerde, özellikle de psikoloji biliminde fenomenoloji, ‘insanların yaşamlarını, tecrübelerini nasıl anlamdıkları’nın tam karşılığı olarak düşünülmelidir (Patton, 2014). Bu desen bireylerin fenomenolojik alanına girerek olguların altında yatan temel nedenleri gün yüzüne çıkarmayı amaçladığı için (Gill, 2014), bu desende araştırma sürecinin en önemli aşaması veri toplama aşamasıdır. Bu nedenle fenomenolojik desende ‘derinlemesine yapılan görüşmeler, yazılı metinler ve araştırmacının gözlemi’ verilerin toplanmasındaki en önemli kriterlerdir (Kocabıyık, 2016). Yorumlayıcı fenomenolojik araştırma ise, katılımcıların deneyimleri hakkında oldukça zengin ve ince detayları bile anlamaya çalışan oldukça faydalı bir metodolojiyi temsil etmektedir. Bu yaklaşım insanların deneyimlerini anlamak için çok yönlü ve daha esnek bir tasarımı benimseyen ileriye dönük bir araştırma yaklaşımıdır (Tuffour, 2017).

Yorumlayıcı fenomenolojik araştırmalarda amaç, bireylerin yaşam deneyimlerinin etraflıca incelenmesi ve bu deneyimlerin bireyin i ve dış dünyasına yönelik algısını nasıl oluşturduğunu açıklamaya çalışmaktır (Smith ve Eatough, 2007). Yorumlayıcı fenomenoloji, kavramların ve bu kavramların ne olduklarının açıklanmasının da ötesinde, kişilerin yaşam tecrübelerinde gizlenmiş olan anlamları gün yüzüne çıkarmayı ve bunları anlamayı amaç edinir. Betimleyici fenomenolojiden farklı olarak, yorumlayıcı fenomenoloji bireylerin yaşam deneyimlerini 'epistemolojik' değil 'ontolojik' bir bakış aışıyla değerlendirir (Ersoy, 2016). Bu anlamda bu araştırmada, araştırmacı betimleyici fenomenolojinin gerektirdiği görece 'objektif' tavır yerine, yorumlayıcı fenomenolojinin uygun grdği 'araştırmacı deneyimi ve n bilgisi araştırma için değerlidir' yaklaşımı benimsenmiştir. Bu araştırma doğrultusunda da iki oturum süren derinlemesine görüşmelere (anamnez), yazılı metinlere (BCTT) ve araştırmacının gözlemine (zellikle ananamnez ve TAT sonrası elde edilen izlenimler) yer verilerek her katılımcıya ilişkin süreç detaylı bir şekilde incelenmiştir.

3.3. Katılımcılar

Bu çalışmada eş zamanlı karma yöntem örnekleme tekniği kullanılmıştır. Eş zamanlı karma yöntem tasarımları NİCEL ve NİTEL bileşenlerden ayrı ayrı elde edilen sonuçları araştırmacıların enlemesine izin verir böylece araştırmacıların çapraz doğrulamasına ve ya da başka bir çalışma içinde bulguları doğrulamasına olanak verir. Bu doğrultuda NİCEL ve NİTEL aşama için katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan *lt örnekleme* yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem özellikle fenomenolojik araştırma tasarımlarında oldukça kullanışlı bir yöntemdir (Teddlie ve Tashakkori, 2003). Bu doğrultuda araştırmanın sağlıklı bireylerden oluşan kısmı için psikiyatri hekimi tarafından bireyin psikiyatrik muayenesinin yapılmış olması ve bu muayene sonucunda aktif bir 'psikopatoloji' deneyimlemediğine dair bir raporun alınması *lt* olarak kabul edilmiştir. Öte yandan diğer grup için de 'panik bozukluk tanısı almış olma' çalışmaya katılabilme *lt* olarak alınmıştır. Özetlemek gerekirse, araştırmaya panik bozukluk tanısı almış ve tanı almamış bireylerden oluşan toplam 10 kişi dahil edilmiştir. Creswell (2016) bu tür araştırmalarda kişi sayısının 5 -25 arasında değişebileceğini ifade etmektedir.

3.3.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri

Tanı alan grup

1. DSM V tanı kriterlerine göre 'Panik Bozukluk' tanısı almak.

2. 18 ile 65 yaş arasında olmak.
3. Mental retardasyon öyküsü olmamak.

Tanı almayan grup

1. Psikiyatri hekimi tarafından bireyin ‘aktif bir psikopatolojisinin’ olmadığına dair yazılı belgenin alınması.
2. 18 ile 65 yaş arasında olmak.
3. Mental retardasyon öyküsü olmamak.

3.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

Yukarıdaki her iki grubun araştırmaya dâhil olma kriterlerinin aksi bir durumla karşılaşılması araştırmadan dışlanma kriteri olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte araştırma sürecinin başlangıcında gönüllü onam formunu imzaladığı halde araştırmancının herhangi bir evresinde, hiçbir neden göstermeden katılımcıların ayrılmak istemesi de ‘araştırmadan çıkarılma kriteri’ olarak belirlenmiştir.

Bu doğrultuda çalışmaya alınan 28 yaşında PB tanısı almış olan kadın katılımcılardan biri, başlangıçta araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu belirtip yazılı onam verdiği ve süreci tamamladığı halde araştırmadan ayrılmak istemiştir. Araştırmancının gönüllülük ilkesi gereği, katılımcının isteği yerine getirilmiş, veriler imha edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Yakınsayan karma desende araştırmacı nicel ve nitel aşamayı eş zamanlı olarak uygular ve her iki yönetime de (nicel ve nitel) eşit öncelik verir. Bu nedenle verileri öncelikle kendi içinde analiz eder, son aşamada ise verileri birleştirerek genel bir yorumlama yapar (Creswell ve Clark, 2014). Bu çalışmada da her iki gruptaki bireylerden eş zamanlı olarak nitel ve nicel veriler toplanmıştır. Çalışma grubundaki bireylere öncelikle projektif testler (BCTT ve T.A.T.) iki oturumda uygulanmış ve yine aynı bireylerin anamnezi (psikolojik öz yaşam öyküsü) iki oturum şeklinde derinlemesine bir biçimde alınarak nitel aşama tamamlanmıştır. Nicel aşama için de objektif testler yaklaşık 45 dakikalık tek oturumda uygulanarak, veri toplama süreci her bir katılımcı için beş oturumda tamamlanmıştır. Son olarak nicel ve nitel verilerden elde edilen bulguların entegrasyonu yapılmış ve yorumlanmıştır.

3.4.1. Nicel Veri Toplama Araçları

Araştırmancının nicel aşamasında kullanılan ölçme araçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Kısa Semptom Envanteri: Derogatis (1992) tarafından geliştirilen, daha önce SCL-90 R olarak bilinen ‘Belirti Tarama Testi’nin kısa formudur. Belirti tarama testinin dokuz alt boyuttan oluşan 90 maddelik versiyonu yeniden incelenmiş, her bir alt boyut için en yüksek faktör yükünü alan toplam 53 maddelik KSE’nin yeni versiyonu oluşturulmuştur. ‘Somatizasyon, Anksiyete, Paranoid Düşünceler, Fobik Anksiyete, Hostilite, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Depresyon, Kişilerarası Duyarlılık ve Psikotizm’ olmak üzere toplam dokuz alt boyuttan oluşmaktadır (Şahin ve Durak, 1994). 5’li Likert tipi bir envanter olan KSE’nin maddeleri 0 (hiç yok) ile 4 (çok fazla var) arasında puanlanmaktadır. Bireyin psikolojik belirtilerini ölçmeyi amaçlayan bu envanterin her bir alt boyutu, o boyuttaki toplam madde sayısına bölündüğünde söz konusu boyutun puanı elde edilmektedir. Puanların yüksek olması, psikolojik belirti düzeyinin de yüksek olduğu anlamına gelir.

Beck Depresyon Envanteri: Beck (Beck vd., 1961) tarafından geliştirilen ve geçerlik güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılan ölçek karamsarlık, doyum alamama, başarısızlık ve suçluluk duygusu, iştah azalması, yorgunluk, sosyal çekilme gibi depresif belirtileri içeren ‘0 ile 3’ arasında değerlendirilen 4’lü likert tipi 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme türü bir ölçektir (Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu ve Tekin, 1993). Psikiyatrik vakalarda ve normal popülasyonda depresif belirtilerin şiddetinin belirlenmesinde dünyada en çok kullanılan ölçme araçlarından biridir (Arkar, 2010).

Hacettepe kişilik envanteri (HKE): Özgüven (1992) tarafından geliştirilen, bireylerin "kişisel" ve "sosyal" uyum düzeylerini ölçmeyi amaçlayan envanter, evet-hayır cevaplarıyla ölçülen toplam 168 maddeden oluşmaktadır. “Kişisel Uyum” için dört ve “Sosyal Uyum” için de dört olmak üzere toplam sekiz alt ölçekten oluşan HKE'nin her bir alt ölçeğinde 20 madde vardır. Geriye kalan 8 madde ise geçerlilik (G) puanı için kullanılmaktadır. HKE’den elde edilen ham veriler hiçbir işlem görmeden doğrudan yorumlamaya olanak sağlayabilen bir yapıdadır. HKE’den elde edilen puanların yükselmesi uyumluluğu, düşmesi ise uyumsuzluğu ifade etmektedir. %75’lik dilim uyumluluğu gösterirken %25’lik dilim bireyin uyumsuzluğunu göstermektedir.

Panik bozukluğu şiddet ölçeği (PBŞÖ): Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM V – PBŞÖ, Balıkcı ve ark. (Balıkcı vd., 2017) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. PBŞÖ toplam 10 maddeden oluşan 5’li likert tipi (0=hiçbir zaman, 4=her zaman) bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin son bir hafta içerisinde yaşamakta olduğu panik bozukluğun şiddetini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 40 arasında değişmekte, ölçekten alınan yüksek puan panik bozukluk

şiddetinin de yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca ölçekten ortalama puan alınabilmekte ve alınan sonuç sayesinde bireyin panik bozukluk şiddeti (0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=ciddi, 4=aşırı) değerlendirilebilmektedir.

3.4.2. Nitel Veri Toplama Araçları

Öykü Alma (Anamnestik Sorgulama)

Anamnez görüşmesinde danışanın hayatına dair kapsamlı bir sorgulama yapılır (Morrison, 2014). İhtiyaç halinde danışana hızlıca ulaşabilmek için *tanıtıcı bilgileri* (oturduğunuz adres, doğum tarihiniz), danışanı yardım almaya zorlayan *yakınmaları* (sizi buraya getiren sorunlar nelerdir? Sizi rahatsız eden bu yakınmalar ne zaman başladı? Şimdiye kadar bu sorunun üstesinden gelmek için neler yaptınız?), danışanın kendine dair *öz görüşü* (Kendinizi nasıl tanımlarsınız? Başkaları sizi nasıl tanımlar), Danışanın *doğum öncesi ve sonrasına dair bilgisi* (Siz doğmadan hemen önce, ailenizin içinde bulunduğu koşullar nasılmış?, İsminizin Ali olacağına kim karar vermiş?, Küçükken sizinle daha çok kim ilgilenmiş?) (Özakkaş, 2015), danışanın *okul yaşamına (ilköğretim, ortaöğretim, üniversite...)* dair bildikleri (ilköğretime – ardından sırasıyla diğer eğitim basamakları sorulur – başladığınız ilk güne dair hatırladıklarınız neler?, İlkokul öğretmeniniz nasıl biriydi?), danışanın *cinsel yaşamı* (Cinselliğe dair bildiklerinizi nasıl öğrendiniz?, Erkek/kız arkadaş edinmekle ilgili fikirleriniz neler?), danışanın *tutku ve alışkanlıkları* (Yokluğuna asla tahammül edemeyeceğiniz bir alışkanlığınız var mı?), danışanın *duygusal ve fiziksel sağlığı* (Geçirdiğiniz herhangi bir operasyon (kaza-ameliyat) oldu mu?), danışanın hatırlayabildiği *belirgin anıları* (Yapabildiğiniz kadar çocukluğunuza geri dönün, ilk hatırladığınız anıyı anlatın!, Yaşamınız boyunca sizi en çok mutlu eden anınızı anlatın!), danışanın *aile üyeleri ile olan ilişkileri* (Babanız/Anneniz/Kardeşiniz size göre nasıl biridir?) gibi alt başlıklardan oluşur (Morrison, 2014). Özetle anamnez formu; danışanın demografik bilgilerini,yakınmalarını, bu yakınmalarının öyküsünü, kişilik yapısını, tüm yaşam dönemlerini kapsayan psikososyal gelişimini, aile içi ilişkilerini, tutku ve alışkanlıklarını içeren ve onu etrafıca tanımayı amaçlayan bir psikolojik değerlendirme formudur (Yıldırım, 2006). Son olarak Bellak ve Siegel (1983) bu kapsamlı anamnezin ilk iki oturumda alınması gerektiğini ifade etmektedir. Şöyle ki, ilk oturumda terapötik ilişki için gerekli olan üç temel faktör -olumlu aktarım (positive transference), terapötik ittifak (therapeutic alliance) ve terapötik sözleşme (therapeutic contract)- dikkate alınarak psikolojik danışma yöntemine (formülasyonuna) uygun anamnez alınır, ikinci oturumda ise bir önceki oturumun özeti yapılarak anamnez alımına devam edilir ve danışanın duygu

ve düşüncelerine yer verilerek tamamlanır. Bu çalışmada kullanılan ve Yıldırım'ın (2006) önerdiği anamnez formundan alınan sorulardan bazılarına aşağıda yer verilmiştir:

- *Bana sorunuzdan bahseder misiniz? Nereden başlamak istersiniz? Sizi buraya getiren nedenleri, sorunları sorsam nasıl yanıtlarsınız?*
- *Şu ana kadar bu probleminizi çözmek için neler yaptınız? Ne tür önlemler aldınız?*
- *Bana ayrıntılı şekilde kendinizden bahseder misiniz? Sizce siz nasıl birisiniz?*
- *Geleceğiniz hakkında konuştuğunuz olur mu? Sizi bekleyen geleceği nasıl tanımlarsınız? Yakın zamanda gerçekleştirmeyi düşündüğünüz amaçlarınız var mı? Bu, şimdikine bakarak hayatınıza ne katacak?*
- *Olmasını ve gerçekleşmesini istediğiniz, hayalini özgürce kurabileceğiniz ve sadece sizin hoşnutluğunuza hizmet edecek üç şey söyleyin?*
- *Annenizin size hamile iken ve doğumunuzun olduğu sıralarda genel olarak ailenin içinde bulunduğu durumu anlatın? (Buna ilişkin size aileden birileri bazı şeyler anlatmış olabilir. Ya da siz merak edip sormuş olabilirsiniz. Öğrendiklerinizi benimle paylaşın)*
- *Sünnetinizle ilgili bilgileriniz/Kaç yaşındaydınız? Neler hatırlıyorsunuz? (Erkekler için)*
- *İlk menarj-adet kanaması? Bilgi almış mıydınız? Kimden? Ne söylemişti? (Kadınlar için)*

Tematik Algı Testi

Bireyin psikolojik dinamiklerini (kişiliğin baskın dürtülerini, saplantılarını, savunmalarını, çatışmalarını, yaşamında önemli olan diğer bireylere karşı tutum, duygu ve düşünceleri ile bunların aktarım biçimlerini) açığa çıkarmayı ve kişilik analizi yapmayı amaçlayan bir projektif yöntemdir (Murray, 1943). Bu konuya kapsamlı bir şekilde kuramsal kısımda yer verildiği için tekrar burada üzerinde durulmayacaktır.

Beier Cümle Tamamlama Testi (B Formu)

Beier (1961) tarafından geliştirilen 16 yaş ve üzeri bireylere uygulanan projektif ve yarı yapılandırılmış olan bu testte toplam 67 eksik cümle bulunmaktadır. Projektif ölçümler bireylerin iç görü düzeyini, bugünü nasıl yaşadığını, davranış örüntülerini ve iletişim biçimini anlamamıza yardım etmektedir (Doğan, 2015).

Süreç ve Uygulama

Araştırmaya dâhil edilen katılımcılar, araştırma hakkında sözel olarak bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılım için gerekli olan 'bilgilendirilmiş onam formu' imzalatılarak katılımcıların süreç hakkındaki soruları cevaplandırılmıştır. Katılımcılara, gönüllü olarak araştırmaya katılmaları halinde ortalama yapılacak oturum sayısının 5 olarak ön görüldüğü ve bu oturumların 1 haftalık bir sürece yayılacağı ifade edilmiştir. Katılımcıların demografik verileri alındıktan sonra ilk iki oturumda projektif testler (TAT

ve BCTT) uygulanmış, ardından katılımcıların yaşam öyküleri (anamnez) iki oturuma bölünecek şekilde derinlemesine bir şekilde alınmıştır. Son oturumda ise katılımcılara doldurmaları için bir takım objektif testler verilerek araştırmanın veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak dahil olmak isteyen sağlıklı bireylere, araştırmaya dahil olabilmek için bir hastanenin psikiyatri servisinde muayene olmaları ve bu servisten, kendilerinde 'aktif bir psikopatoloji' olmadığına dair bir hekim onayı almaları istenmiştir. Alınan onayın ardından görüşmelere başlanmıştır. Katılımcılar ile birebir yapılan görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmış, ses kaydı alınmasını istemeyen bir katılımcı ile yapılan görüşmelerde not alma yoluna giderek kayıt tutulmuştur. Ses kayıtlarından elde edilen yazılı metinler, NVIVO 12 paket programıyla analiz edilmiştir. Bu doğrultuda tanı alan grup ile yapılan anamnez ve TAT oturumları toplamda 10 saat 52 dakika sürmüş (katılımcılardan biri kayıt tutulmasını istemediği için araştırmacının kendisi not olarak kaydetmiştir. Dolayısıyla hesaplanan bu süreler ve ifade edilen kelime sayıları diğer 4 katılımcıdan elde edilen verileri yansıtmaktadır), bu ses kayıtlarının deşifrelerinden 41.879 kelime elde edilmiştir. Dolayısıyla her bir katılımcı ile yüzyüze yapılan görüşme süresi ortalama 2 saat 43 dakika, deşifre edilen kelime sayısı ise 10.469 olarak belirlenmiştir. Diğer taraftan tanı almamış grup ile yüz yüze yapılan görüşme süresi toplamda 9 saat 16 dakika iken, bu ses kaydından elde edilen yazılı metin 46.848 kelime olarak belirlenmiştir. SB'ler ile yapılan ortalama görüşme süresi 1 saat 51 dakika, deşifre edilen kelime sayısı 9.370 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Analizi

3.5.1. Nicel Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen nicel verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 25.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bazı tanımlayıcı istatistik metotlarına (ortalama hesaplama, yüzde, frekans vs) yer verilmiştir. Ayrıca nicel verilerin kestirimsel analizlerinde parametrik ya da non-parametrik istatistiklerden hangisinden yararlanılması gerektiğinin anlaşılması için normallik testleri yapılmış, verilerin PB tanısı almış bireyler arasında normal dağıldığı, ancak gruplar arasında normal dağılmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda gruplar arası farklılıkların karşılaştırılmasında non-parametrik istatistiklerden Mann Whitney – U, kullanılırken, tanı almış grubun bazı diğer psikolojik belirtiler ile panik bozukluk şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi parametrik testlerden Pearson Korelasyon analizi ile yapılmıştır.

3.5.2. Nitel Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen nitel verilerin analiz edilmesinde ‘içerik analizi’ yöntemi kullanılmıştır. Sistematik ve tekrar edilebilir bir yöntem olan içerik analizi, bazı sözcüklerin ya da kavramların metin içerisinde bulunup incelenmesi ve belirli kod ve kategorilerin oluşturulması için kullanılmaktadır (Stemler, 2001). Burada yapılan en temel şey, verileri sistematik bir şekilde benzer kavram ve temalar etrafında toplayarak, okuyucuların anlayabilecekleri bir şekilde organize edebilmek ve yorumlayabilmektir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Böylelikle yapılan görüşmelerin deşifresi araştırmacı tarafından yazılı hale dönüştürülmüştür. Sonrasında, araştırmadan elde edilen tüm veriler birkaç defa okunmuş ve kodlama işlemi gerçekleştirilmiştir. Yapılan kodlamalar ve görüşme esnasında alınan notlar, araştırmacının amacına uygun temaların belirlenmesine katkı sağlamıştır. Ayrıca temalar belirlenirken, literatüre dayalı olarak, projektif testlere dair yapılandırılmış bazı kuramsal temalara da yer verilmiştir. Son olarak içerik analizinin yanında elde edilen sınıflamaların inandırıcılığını arttırmak amacıyla katılımcılardan doğrudan alıntılar yapılmıştır (Creswell, 2014).

3.6. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Bilimsel araştırmaların en önemli kriterlerinden biri de çalışmanın geçerlik ve güvenirlilik konusunda bazı işlemlerin yapılması gerektiğidir. Nicel araştırmalara kıyasla, nitel araştırmaların geçerlik ve güvenirlilik konusundaki tartışmalı konumundan ötürü (Arastaman, Öztürk Fidan ve Fidan, 2018) bu kısımda geçerlik ve güvenirlilik konusunda izlenen adımlar sadece araştırmanın nitel kısmı için açıklanmıştır.

Nitel araştırmalar için geçerlik, araştırılmak istenen konunun olabildiğince tarafsız bir şekilde gözlemlenmesini ifade etmektedir. Böylelikle uygulayıcının ulaştığı verileri titiz bir şekilde raporlaması, araştırmanın geçerliği için önemli bir kriterdir. Örneğin katılımcılardan alınan alıntılar doğrudan ifade edilmesi ve bunların araştırma sonucu ile ilişkilendirilmesi, geçerlik işlemi için atılan önemli adımlardan biridir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu anlamda katılımcıların hem anamnez hem de TAT oturumlarındaki yorumlarından alınan ifadeler ile yetinilmemiş, buna ek olarak bir de BCTT’de tamamlamış oldukları cümleleri doğrudan alıntılar şeklinde verilmiştir. Bu verilerin doğrudan, müdahalesiz bir şekilde verilmesi aynı zamanda araştırmanın iç güvenirliliğini de arttırmaktadır. Burada güvenirlilik konusunun nitel araştırmalar için farklı bir anlam taşıdığını ifade etmek yerinde olacaktır. Örneğin hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, yapılan bir araştırmanın tekrarı nitel araştırmalarda mümkün olmamaktadır. Bu yüzden

yapılan çalışmaların benzer gruplarda uygulanması ile aynı sonucu veremeyebileceği araştırmacının doğası gereği göz önünde bulundurulur (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Hem güvenilirliği hem de geçerliği arttıran bir diğer teknik ise toplanan verilerin araştırmacı dışında başka birileri tarafından, örneğin araştırmacının meslektaşları, incelenmesi ve elde edilen bulguların uygunluğu konusunda geri dönüşte bulunmalarıdır (Meriam, 1995). Bu noktada, bu çalışmada elde edilen verilerin incelenmesinde, biri projektif test uygulayıcısı olmak üzere PDR Anabilim dalında doktora yapan iki farklı uzmandan yardım alınmıştır. Buna ek olarak, tez izleme komitesinde yer alan üç öğretim üyesinden gelen geri dönüşlerin (tik üyelerinden ikisi aynı zamanda projektif test alanında uzman), geçerlik ve güvenilirlik konusunda katkı sağladığı ifade edilmelidir. Özellikle tez izleme komitesi üyeleri, öğretim elemanları ve diğer meslektaşlar ile iletişime geçilmesinin sürecin daha sağlıklı bir şekilde ilerlemesini sağladığı ifade edilmektedir (Arastaman, Öztürk Fidan ve Fidan, 2018).

Buna ek olarak, araştırmacının farklı yöntemler ile topladığı verilerin birbirleriyle uyumu ve sonuçların benzeşmesi de araştırmadan elde edilen sonuçların geçerli ve güvenilir olduğu hakkında önemli bir veri sağlar (Silverman, 2019). Bu çalışmada da hem projektif yöntemlerden hem de anamnestik sorgulamadan elde edilen bulguların her bir katılımcı için örtüştüğü ve her iki yöntemin benzer sonuçlar verdiği görülmüştür. Ayrıca bu her iki yöntemden elde edilen verilerin daha önceden belirlenmiş olan bir kavramsal çerçeveye bağlı olarak analizlerinin yapılmış olması da bu çalışmanın güvenilirliğini arttıran bir başka teknik olarak ifade edilebilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Nitel araştırmalarda bizzat araştırmacının kendisi, araştırma için önemli bir veri kaynağı olduğundan, araştırmacının niteliği ve deneyimi de araştırmanın inandırıcılığında önemli rol oynamaktadır (Patton, 2014). Bu anlamda araştırmacının özgeçmişine bakıldığında (bkz. Ek-3), yüksek lisans ve doktora çalışmaları başta olmak üzere nitel araştırmalarla ilgili çeşitli yayınlar yaptığı, süpervizöründen dinamik yönelimli psikoterapi eğitimlerini usta-çırak ilişkisi içerisinde öğrendiği ve projektif testlerin uygulanması noktasında gerekli süpervizyonu alarak bu yöntemleri uygulayabilme yetkinliği kazandığı görülmektedir. Son olarak katılımcıların araştırmaya devam edip etmemeye konusunda özgür olduklarının vurgulanmasının, araştırmaya samimi ve içten bir katılımı sağlayacağı için inandırıcılığı arttıran önemli bir detay olduğu belirtilmektedir (Shenton, 2004). Bu çalışmada da her bireyden araştırmaya katılımı için gönüllü onam formunu imzalamaları istenmiş (bkz. Ek-2) ve süreçten herhangi bir gerekçe göstermeden ayrılacaklarına dair taahhüt verilmiştir. Bu doğrultuda, süreci tamamladığı hâlde

çalışmadan ayrılmak istediğini belirten iki katılımcının verileri imhâ edilerek, toplamda 10 katılımcı ile süreç devam ettirilmiş ve tamamlanmıştır.



BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular, nitel araştırmaya ilişkin bulgular ile nicel araştırmaya ilişkin bulgular olarak iki alt bölüm şeklinde ele alınmıştır; önce nicel bulgular, sonra ise nitel bulgular verilmiştir.

4.1. Nicel Araştırma Bulguları (Objektif Testler)

4.1.1. Araştırma Grubuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcı gruba ilişkin demografik bilgiler Tablo 3 de yer almaktadır. Araştırmanın çalışma grubunu panik bozukluk tanısı almış ve almamış üçü kadın yedisi erkek toplam 10 birey oluşturmaktadır. Katılımcıların demografik verileri incelendiğinde biri dışında diğerlerinin üniversite mezunu olduğu; akrabalarındaki ruhsal öyküleri açısından ele alındığında beşinde hastalık öyküsünün bulunduğu, büyük çoğunluğunun şehir merkezinde yaşadığı, son olarak yedisinin ise bekâr olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcı grubuna ilişkin tanımlayıcı bilgiler

| | | N | % |
|-------------------------------|---------------|----|-----|
| Cinsiyet | Kadın | 3 | 30 |
| | Erkek | 7 | 70 |
| Eğitim Düzeyi | Lise | 1 | 10 |
| | Üniversite | 9 | 90 |
| Akrabada Psikiyatrik Bozukluk | Var | 5 | 50 |
| | Yok | 5 | 50 |
| Yaşadığı Yer | Şehir Merkezi | 7 | 70 |
| | Kırsal | 3 | 30 |
| Medeni Hali | Evli | 3 | 30 |
| | Bekâr | 7 | 70 |
| Toplam | | 10 | 100 |

Depresyon Düzeylerine Ait Betimsel İstatistikler

Grupların depresyon düzeyi hakkında bilgi veren betimleyici bilgiler Tablo 4 de yer almaktadır.

Grupların depresyon düzeyleri incelendiğinde, PB tanılı gruptan ikisinin minimal düzeyde, üçünün ise hafif ve orta depresyon düzeyine sahip oldukları görülürken, tanı almayan grupta ise dördünün minimal düzeyde, birinin ise hafif ve orta düzeyde depresyonu olduğu görülmektedir. Katılımcıların depresyon düzeyi bir bütün olarak incelendiğinde ise altısının minimal, dördünün ise hafif ve orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4. Grupların depresyon düzeylerinin betimsel istatistiği

| | | Grupların Depresyon Düzeylerinin Betimsel İstatistiği | | | Toplam |
|---------|-------------------|--|---------|---------------|--------|
| | | Beck Depresyon Düzeyi | | | |
| | | | Minimal | Hafif ve orta | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 2 | 3 | 5 |
| | | % | 40.0% | 60.0% | 100.0% |
| | Tanı almayan grup | N | 4 | 1 | 5 |
| | | % | 80.0% | 20.0% | 100.0% |
| Toplam | | | 6 | 4 | 10 |
| | | | 60.0% | 40.0% | 100.0% |

Panik Bozukluk Şiddet Düzeylerinin Betimsel İstatistiği

Katılımcıların deneyimledikleri panik şiddetini gösteren bilgiler Tablo 5 de yer almaktadır.

Katılımcıların Panik Bozukluk Şiddet (PBS) düzeylerine bakıldığında tanı alan grubun tamamının panik bozukluğu deneyimlediği ve şiddet düzeyinin değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Örneğin katılımcılar hafif (üç kişi), orta (bir kişi) veya ciddi (bir kişi) düzeyde panik bozukluğu yaşadıklarını PBSÖ aracılığıyla ifade etmişlerdir. Tanı almayan grupta ise katılımcılardan ikisinin şiddet düzeyinin olmadığı, üçünün ise hafif düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Genel anlamda katılımcıların ikisinin panik bozukluk yaşamadığı, altısının hafif düzeyde, birinin orta düzeyde, kalan birinin ise ciddi düzeyde bu durumu deneyimlediği görülmektedir.

Tablo 5. PBSÖ alınan puanların betimsel istatistiği

| | | Grupların Panik Bozukluk Şiddet Düzeylerinin Betimsel İstatistiği | | | | Toplam | |
|---------|----------------|--|-----|-------|-------|--------|--------|
| | | Panik Bozukluk Şiddet Düzeyi | | | | | |
| | | | Yok | Hafif | Orta | Ciddi | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 0 | 3 | 1 | 1 | 5 |
| | | % | 0 % | 60.0% | 20.0% | 20.0% | 100.0% |

| | | | | | | |
|-------------------|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| Tanı almayan grup | N | 2 | 3 | 0 | 0 | 5 |
| | % | 40.0% | 60.0% | 0% | 0% | 100.0% |
| Toplam | | 2 | 6 | 1 | 1 | 10 |
| | | 40.0% | 60.0% | 10.0% | 10.0% | 100.0% |

Hacettepe Kişilik Envanteri Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistik

Grupların HKE'den aldıkları puanların betimsel istatistikleri Tablo 6 da verilmiştir.

Çalışmanın katılımcıları, PB tanısı alanlar ve tanı almayanlar olarak ikiye ayrılmış ve HKE alt boyutlarındaki yüzdeleri incelenmiştir. Kendini gerçekleştirme (KG) alt boyutunda PB tanılı grupta KG düzeyi %25 olan birinin, %50 olan üçünün ve %75 olan birinin olduğu, tanı almayan grupta ise, %25'lik dilimde olan hiçbir katılımcının olmadığı, %50'lik dilimde olan bir kişinin ve %75'lik dilimde olan dört katılımcının olduğu görülmektedir. Genel anlamda KG Düzeyi; %25 olan bir kişinin, %50 olan dört katılımcının ve %75 olan beş katılımcının olduğu anlaşılmaktadır.

Duygusal kararlılık (DK) alt boyutuna bakıldığında PB Tanılı Grupta, DK düzeyi %25 olan bir, %50 olan üç ve %75 olan bir katılımcının olduğu görülmektedir. Tanı almayan grupta ise DK düzeyi %25 olan bir, %50 olan bir ve %75 olan üç katılımcının olduğu ve genel anlamda katılımcılardan DK düzeylerinde %25'lik dilimde olan iki, %50'lik dilimde olan dört, %75'lik dilimde olan dört bireyin olduğu görülmektedir.

NE alt boyutuna gelindiğinde, tanı almış grup içerisinde %25'lik dilimde olan iki, %50'lik dilimde olan üç katılımcının olduğu; SB'lerin oluşturduğu grup içerisindeyse NE düzeyi %25 olan iki, %50 olan bir ve %75 olan iki katılımcının olduğu, genel durumda ise toplamda %25 ve 50'lik dilimlerde dörder katılımcının, %75'lik dilimde ise iki katılımcının olduğu anlaşılmaktadır.

Psikotik Belirtiler (PskB) alt boyutu incelendiğinde, PB Tanısı Alan Grupta PskB düzeyi; %25 ve %50 olan iki katılımcı ile %75 olan bir katılımcının olduğu görülürken, SB'li bireylerin oluşturduğu grupta PskB düzeyinin %25 olduğu iki, %50 olduğu bir ve %75 olduğu iki katılımcının olduğu görülmektedir. Genel olarak katılımcıların dördünün %25'lik dilimde olduğu görülürken, %50 ve 75'lik dilimlerde üçer katılımcının olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kişisel uyum (KU) alt boyutuna bakıldığında, PB tanısı alan grupta; KU düzeyi %25 olan üç, %75 olan iki katılımcının olduğu görülürken tanı almayan grup ele alındığında KU düzeyi %25 olan bir, %50 olan bir ve yüzde 75 olan üç katılımcının

olduğu anlaşılmaktadır. Bütün katılımcılar arasında KU düzeyi %25 olan dört, %50 olan bir ve %75 olan beş kişi bulunmaktadır.

Aile ilişkileri (Aİ) değerlerinde; Pb tanıli grupta %25 ve 75'lik dilimde olan ikişer katılımcı bulunurken, %50'lik dilimde olan bir katılımcı bulunmaktadır. Öte yandan tanı almayan grupta ise Aİ uyum değerlerinde %25 ve 50'lik dilimde birer katılımcı yer alırken, %75'lik dilimde üç katılımcının yer aldığı olduğu görülmektedir. Genel anlamda bütün katılımcılar içerisinde aile ilişkileri düzeyi %25 olan üçünün (%30), %50 olan ikisinin (%20) ve %75 olan beşinin (%50) olduğu anlaşılmaktadır.

Sosyal ilişkiler (Sİ) düzeyinde; PB tanıli grupta %25'lik dilimde olan iki, %75'lik dilimde olan üç katılımcı olduğu görülürken, %50'lik dilimde hiçbir katılımcının olmadığı görülmüştür. Öte yandan tanı almayan gruptaki katılımcılardan %50'lik dilimde olan iki ve %75'lik dilimde olan üç katılımcının olduğu anlaşılmaktadır. Genel olarak bakıldığında ise bu alt boyutta %25 ve 50'lik dilimlerde ikişer katılımcının, %75'lik dilimde ise toplam altı katılımcının olduğu görülmektedir.

Sosyal Norm (SN) alt boyutuna bakıldığında, tanı almış bireylerden %25'lik dilimde olan 1, %75'lik dilimde olan dört katılımcının olduğu görülürken, tanı almayan grupta ise %25'lik dilimde olan iki ve %75'lik dilimde olan üç katılımcının olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların yer aldıkları yüzdeler dilimlerine genel olarak bakıldığında üç katılımcının %25'lik, yedi katılımcının ise %75'lik dilimde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Anti-sosyal Eğilimler (AE) düzeyine bakıldığında; tanı almış grup içerisinde %25'lik ve %50'lik dilimde bulunan bir katılımcının olduğu, %75'lik dilimde ise üç katılımcının bulunduğu; tanı almayan grupta ise %25'lik dilimde bir ve %75'lik dilimde dört katılımcının bulunduğu görülmektedir. Genel profilde ise %25'lik dilimde iki, %50'lik dilimde bir ve %75'lik dilimde ise toplam yedi katılımcının olduğu anlaşılmaktadır.

Son olarak Sosyal Uyum ve Genel Uyum (SU-GU) değerleri incelendiğinde PB tanıli grupta %25'lik dilimde olan iki, %50'lik dilimde olan bir ve %75'lik dilimde olan iki katılımcının olduğu; tanı almayan grupta ise %25'lik ve 50'lik dilimlerde olan birer ve %75'lik dilimde olan üç katılımcının olduğu görülmektedir. Bütün katılımcılar arasında SU-GU düzeyi %25 olan üç, %50 olan iki ve %75 olan beş katılımcı olduğu görülmektedir.

Tablo 6 Grupların HKE'den aldıkları puanların betimsel istatistiği

| Grupların HKE Puanlarının Betimsel İstatistiği | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------------------|-----|-----|---------------|------|
| | | Kendini Gerçekleştirme | | | Toplam | |
| | | 25% | 50% | 75% | | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 1 | 3 | 1 | 5 |
| | | % | 20% | 60% | 20% | 100% |
| | Tanı almayan grup | N | 0 | 1 | 4 | 5 |
| | | % | 0% | 20% | 80% | 100% |
| Toplam | | 1 | 4 | 5 | 10 | |
| | | 10% | 40% | 50% | 100% | |
| | | Duygusal Kararlılık | | | Toplam | |
| | | 25% | 50% | 75% | | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 1 | 3 | 1 | 5 |
| | | % | 20% | 60% | 20% | 100% |
| | Tanı almayan grup | N | 1 | 1 | 3 | 5 |
| | | % | 20% | 20% | 60% | 100% |
| Toplam | | 2 | 4 | 4 | 10 | |
| | | 20% | 40% | 40% | 100% | |
| | | Nevrotik Eğilim | | | Toplam | |
| | | 25% | 50% | 75% | | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 2 | 3 | 0 | 5 |
| | | % | 40% | 60% | 0% | 100% |
| | Tanı almayan grup | N | 2 | 1 | 2 | 5 |
| | | % | 40% | 20% | 40% | 100% |
| Toplam | | 4 | 4 | 2 | 10 | |
| | | 40% | 40% | 20% | 100% | |
| | | Psikotik Belirti | | | Toplam | |
| | | 25% | 50% | 75% | | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 2 | 2 | 1 | 5 |
| | | % | 40% | 40% | 20% | 100% |
| | Tanı almayan grup | N | 2 | 1 | 2 | 5 |
| | | % | 40% | 20% | 40% | 100% |
| Toplam | | 4 | 3 | 3 | 10 | |
| | | 40% | 30% | 30% | 100% | |
| | | Kişisel Uyum | | | Toplam | |
| | | 25% | 50% | 75% | | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 3 | 0 | 2 | 5 |
| | | % | 60% | 0% | 40% | 100% |
| | Tanı almayan grup | N | 1 | 1 | 3 | 5 |
| | | % | 20% | 20% | 60% | 100% |
| Toplam | | 4 | 1 | 5 | 10 | |

| | | | 40% | 10% | 50% | 100% |
|---------|-------------------|----------------------------------|-----|-----|-----|--------|
| | | Aile İlişkileri | | | | Toplam |
| | | | 25% | 50% | 75% | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 2 | 1 | 2 | 5 |
| | | % | 40% | 20% | 40% | 100% |
| Gruplar | Tanı almayan grup | N | 1 | 1 | 3 | 5 |
| | | % | 20% | 20% | 60% | 100% |
| Toplam | | | 3 | 2 | 5 | 10 |
| | | | 30% | 20% | 50% | 100% |
| | | Sosyal İlişkiler | | | | Toplam |
| | | | 25% | 50% | 75% | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 2 | 0 | 3 | 5 |
| | | % | 40% | 0% | 60% | 100% |
| Gruplar | Tanı almayan grup | N | 0 | 2 | 3 | 5 |
| | | % | 0% | 40% | 60% | 100% |
| Toplam | | | 2 | 2 | 6 | 10 |
| | | | 20% | 20% | 60% | 100% |
| | | Sosyal Normlar | | | | Toplam |
| | | | 25% | 50% | 75% | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 1 | 0 | 4 | 5 |
| | | % | 20% | 0% | 80% | 100% |
| Gruplar | Tanı almayan grup | N | 2 | 0 | 3 | 5 |
| | | % | 40% | 0% | 60% | 100% |
| Toplam | | | 3 | 0 | 7 | 10 |
| | | | 30% | 0% | 70% | 100% |
| | | Anti-Sosyal Eğilimler | | | | Toplam |
| | | | 25% | 50% | 75% | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 1 | 1 | 3 | 5 |
| | | % | 20% | 20% | 60% | 100% |
| Gruplar | Tanı almayan grup | N | 1 | 0 | 4 | 5 |
| | | % | 20% | 0% | 80% | 100% |
| Toplam | | | 2 | 1 | 7 | 10 |
| | | | 20% | 10% | 70% | 100% |
| | | Sosyal Uyum ve Genel Uyum | | | | Toplam |
| | | | 25% | 50% | 75% | |
| Gruplar | PB tanılı grup | N | 2 | 1 | 2 | 5 |
| | | % | 40% | 20% | 40% | 100% |
| Gruplar | Tanı almayan grup | N | 1 | 1 | 3 | 5 |
| | | % | 20% | 20% | 60% | 100% |
| Toplam | | | 3 | 2 | 5 | 10 |
| | | | 30% | 20% | 50% | 100% |

4.1.2. Araştırma Gruplarına İlişkin Çıkarımsal İstatistikler

Tanı almış bireyler ile almamış bireylerin Hacettepe Kişilik Envanteri (HKE) alt boyut puanlarına ilişkin bulgular

Tablo 7. Grupların HKE uyum düzeylerinin Mann Whitney U testi sonuçları

| Alt boyutlar | Gruplar | N | Sıralar | Sıralar | U | p |
|-------------------------------|--------------|---|------------|---------|--------|------|
| | | | Ortalaması | Toplamı | | |
| Kendini Gerçekleştirme | Tanı alan | 5 | 3.90 | 19.50 | 4.500 | .065 |
| | Tanı almayan | 5 | 7.10 | 35.50 | | |
| Duygusal Kararlılık | Tanı alan | 5 | 4.70 | 23.50 | 8.500 | .371 |
| | Tanı almayan | 5 | 6.30 | 31.50 | | |
| Nevrotik Eğilimler | Tanı alan | 5 | 4.90 | 24.50 | 9.500 | .502 |
| | Tanı almayan | 5 | 6.10 | 30.50 | | |
| Psikotik Belirtiler | Tanı alan | 5 | 5.20 | 26.00 | 11.000 | .740 |
| | Tanı almayan | 5 | 5.80 | 29.00 | | |
| Kişisel Uyum | Tanı alan | 5 | 4.70 | 23.50 | 8.500 | .356 |
| | Tanı almayan | 5 | 6.30 | 31.50 | | |
| Aile İlişkileri | Tanı alan | 5 | 4.90 | 24.50 | 9.500 | .496 |
| | Tanı almayan | 5 | 6.10 | 30.50 | | |
| Sosyal İlişkiler | Tanı alan | 5 | 5.10 | 25.50 | 10.500 | .635 |
| | Tanı almayan | 5 | 5.90 | 29.50 | | |
| Sosyal Normlar | Tanı alan | 5 | 6.00 | 30.00 | 10.000 | .513 |
| | Tanı almayan | 5 | 5.00 | 25.00 | | |
| Anti Sosyal Eğilimler | Tanı alan | 5 | 5.10 | 25.50 | 10.500 | .606 |
| | Tanı almayan | 5 | 5.90 | 29.50 | | |
| Sosyal Uyum | Tanı alan | 5 | 4.90 | 24.50 | 9.500 | .496 |
| | Tanı almayan | 5 | 6.10 | 30.50 | | |
| Genel Uyum | Tanı alan | 5 | 4.90 | 24.50 | 9.500 | .496 |
| | Tanı almayan | 5 | 6.10 | 30.50 | | |

Çalışma grubundaki PB tanısı alanlar ile almayanların kişisel ve sosyal uyumlarına ilişkin değerler Mann Whitney U testi ile hesaplanmış ve tabloda gösterilmiştir. Buna göre

PB tanısı alan bireylerle almayan bireyler kıyaslandığında; Kendini gerçekleştirme (.065 $p>0.05$), duygusal kararlılık (.371, $p>0.05$), nevrotik eğilimler (.502, $p>0.05$), psikotik belirtiler (.740, $p>0.05$), kişisel uyum (.356, $p>0.05$), aile ilişkileri (.496, $p>0.05$), sosyal ilişkiler (.635, $p>0.05$), sosyal normlar (.513, $p>0.05$), anti sosyal eğilimler (606, $p>0.05$), sosyal uyum (.496, $p>0.05$) ve genel uyum (.496, $p>0.05$) değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Tüm alt boyutlarda tanı almayan grubun uyum ortalamaları tanı alan gruptan fazla olmasına rağmen, bu fark anlamlı çıkmamıştır.

Tanı almış bireyler ile almamış bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt boyut puanlarına ilişkin bulgular

Tablo 8. Grupların KSE değerlerinin Mann Whitney U testi sonuçları

| Alt boyutlar | Gruplar | N | Sıralar Ortalaması | Sıralar Toplamı | U | p |
|--------------------|--------------|---|--------------------|-----------------|--------|-------|
| Somatizasyon | Tanı alan | 5 | 7.40 | 37.00 | 3.000 | .047* |
| | Tanı almayan | 5 | 3.60 | 18.00 | | |
| OKB | Tanı alan | 5 | 6.70 | 33.50 | 6.500 | .209 |
| | Tanı almayan | 5 | 4.30 | 21.50 | | |
| Kişisel Duyarlılık | Tanı alan | 5 | 6.90 | 34.50 | 5.500 | .131 |
| | Tanı almayan | 5 | 4.10 | 20.50 | | |
| Depresyon | Tanı alan | 5 | 6.30 | 31.50 | 8.500 | .396 |
| | Tanı almayan | 5 | 4.70 | 23.50 | | |
| Anksiyete | Tanı alan | 5 | 7.20 | 36.00 | 4.000 | .076 |
| | Tanı almayan | 5 | 3.80 | 19.00 | | |
| Hostilite | Tanı alan | 5 | 5.90 | 29.50 | 10.500 | .675 |
| | Tanı almayan | 5 | 5.10 | 25.50 | | |
| Fobik Anksiyete | Tanı alan | 5 | 7.50 | 37.50 | 2.500 | .036* |
| | Tanı almayan | 5 | 3.50 | 17.50 | | |
| Paronaya | Tanı alan | 5 | 5.50 | 27.50 | 12.500 | 1.00 |
| | Tanı almayan | 5 | 5.50 | 27.50 | | |
| Psikotizm | Tanı alan | 5 | 6.80 | 34.00 | 6.000 | .173 |
| | Tanı almayan | 5 | 4.20 | 21.00 | | |

| | | | | | | |
|-------------|--------------|---|------|-------|-------|------|
| Ek Maddeler | Tanı alan | 5 | 7.20 | 36.00 | 4.000 | .074 |
| | Tanı almayan | 5 | 3.80 | 19.00 | | |

PB tanısı alan bireyler ile almayan bireylerin KSE değerleri, gruplar arasında ‘psikolojik belirtiler’ açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve tabloda gösterilmiştir. Çalışmada, PB tanısı alan bireylerle almayan bireyler karşılaştırıldığında; somatizasyon (.047, $p < 0.05$) ve fobik anksiyete (.036, $p < 0.05$) belirtilerinde anlamlı bir farklılık olduğu, buna karşılık OKB (.209 $p > 0.05$), kişilerarası duyarlılık (.131, $p > 0.05$), depresyon (.396, $p > 0.05$), anksiyete (.076, $p > 0.05$), hostilete (.675, $p > 0.05$), paranoya (1.00, $p > 0.05$), psikotizm (.173, $p > 0.05$) ve ek maddeler (.074, $p > 0.05$) değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Burada da neredeyse tüm alt boyutlarda tanı almayan grubun ‘semptom’ değerlerinin ortalaması tanı alan grubun ortalamasının altında olmasına rağmen somatizasyon ve fobik anksiyete dışında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tanı almış bireyler ile almamış bireylerin Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ) puanlarına ilişkin bulgular

Tanı almış bireyler ile almamış bireylerin Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ) puanlarının Mann whitney U testi sonuçları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Grupların PBŞÖ değerlerinin Mann Whitney U testi sonuçları

| Gruplar | N | Sıralar | Sıralar | U | p |
|--------------|---|------------|---------|-------|------|
| | | Ortalaması | Toplamı | | |
| Tanı alan | 5 | 7.10 | 35.50 | 4.500 | .059 |
| Tanı almayan | 5 | 3.90 | 19.50 | | |

Tablo 9’da görüldüğü gibi tanı alan grubun panik bozukluk şiddeti daha yüksek olmasına rağmen, bu farkın gruplar arasında anlamlı bir şekilde (.059, $p > 0.05$) farklılaşmadığı görülmektedir.

Tanı almış bireyler ile almamış bireylerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanlarına ilişkin sonuçlar

Tanı almış bireyler ile almamış bireylerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) toplam puanlarının Mann whitney U testi sonuçları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Grupların Beck Depresyon puanlarının Mann Whitney U testi sonuçları

| Gruplar | N | Sıralar Ortalaması | Sıralar Toplamı | U | p |
|--------------|---|--------------------|-----------------|-------|------|
| Tanı alan | 5 | 7.20 | 36.0 | 4.000 | .076 |
| Tanı almayan | 5 | 3.80 | 19.0 | | |

Tablodan da görüleceği gibi tanı alan grup almayan grup ile kıyaslandığında, tanı alan grubun almayan grup ile kıyaslandığında daha fazla depresif bir yapıya sahip olduğu; ancak gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ($p>0.05$) görülmektedir.

PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi bulguları

Tablo 11. PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi sonuçları

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. |
|----------------------------------|----|------|------|--------------|--------------|------|--------------|---------------|--------------|------|--------------|
| 1. Panik Bozukluk Şiddeti | | .780 | .497 | .644 | .623 | .230 | .916* | .450 | .696 | .871 | .537 |
| 2. Somatizasyon | | | .068 | .351 | .888* | .437 | .571 | .022 | .178 | .850 | .887* |
| 3. OKB | | | | .913* | -.030 | .110 | .745 | .996** | .924* | .457 | .156 |
| 4. Kişisel Duyarlılık | | | | | .361 | .480 | .871 | .919* | .893* | .745 | .432 |
| 5. Depresyon | | | | | | .774 | .518 | -.035 | .111 | .864 | .820 |
| 6. Anksiyete | | | | | | | .371 | .162 | .147 | .660 | .566 |
| 7. Hostilite | | | | | | | | .726 | .898* | .866 | .421 |
| 8. Fobik Anksiyete | | | | | | | | | .916* | .441 | .129 |
| 9. Paranoya | | | | | | | | | | .584 | .097 |
| 10. Psikotizm | | | | | | | | | | | .771 |
| 11. Ek Maddeler | | | | | | | | | | | |

** $p < .01$. * $p < .05$

Pearson Korelasyon Analizi sonucunda PBŞ ile Hostilite arasında ($r=.916$; $p<.05$) pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte somatizasyon alt boyutu ile depresyon ($r=.888$; $p<.05$) ve ek maddeler ($r=.887$; $p<.05$) arasında da güçlü bir ilişki elde edilmiştir. KSE'nin bir başka alt boyutu olan OKB alt boyutu ile kişisel duyarlılık ($r=.913$; $p<.05$), OKB ile fobik anksiyete ($r=.996$; $p<.01$) ve OKB ile paranoya ($r=.924$; $p<.05$) arasında da anlamlı ve çok güçlü düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bir diğer alt boyut olan KD ile fobik anksiyete ($r=.919$; $p<.05$) ve paranoya ($r=.893$; $p<.05$) arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki elde edilmiştir. Son olarak, hostilite ve paranoya ($r=.898$; $p<.05$) ile fobik anksiyete ve paranoya ($r=.916$; $p<.05$) arasında güçlü düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir.

Tablo 12. PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile uyum düzeyleri arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi

| | | Kişisel Uyum | Sosyal Uyum | Genel Uyum |
|-------------------------------|---------------------|--------------|-------------|------------|
| Panik Bozukluk Şiddeti | Pearson Correlation | -.150 | -.323 | -.323 |
| | Sig. (2-tailed) | .809 | .596 | .596 |
| | n | 5 | 5 | 5 |

Korelasyon analizi sonucunda panik bozukluk şiddeti ile uyum düzeyi arasında negatif bir korelasyon olduğu (PB'li bireylerin deneyimledikleri atakların şiddeti arttıkça uyum düzeylerinin bozulduğu), ancak bu korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

4.2. Nitel Araştırma Bulguları (Projektif Testler ve Anamnez)

Bu kısımda, kullanılan veri toplama araçları arasında ortak bir dilin kullanılması ve kodlamaların uygun bir şekilde yapılabilmesi için, hem anamnez oturumları hem de projektif test oturumlarından elde edilen verilerin kodlanmasında ve kategorilerin oluşturulmasında mevcut literatürden ve yapılan görüşmelerin içeriklerinden yararlanılmıştır. TAT verilerinin analizinde Murray'ın çözümlemesi esas alınmıştır. Murray (1943) öncelikle her hikayedeki kahramanın ve kahramanın içerisinde bulunduğu çevrenin keşfedilmesine önem vermiştir. Murray'ın çözümlemesinde kahramanın dış çevreyle olan ilişkisi, dış çevreye olan gereksinimi, yaşamındaki etkili figürleri sistematik bir şekilde

incelenmekte ve bütün kartların yorumlarının dikkate alındığı bir ‘ana tema’ belirlenmektedir (Akkoyun, 2014). Projektif testlerin özellikle de TAT’nin analiz edilmesinin çeşitli yolları bulunmaktadır. Değişkenlere, anlatılan hikayelerdeki kelime sayısına puan vermekten ‘tematik analize’ kadar bir çok şekilde yapılabilir. Özellikle tematik analizde önemli olan nokta her hikayenin bir bütün olarak görülmesi, ana ve alt temaların birbirinden ayırdedilebilmesidir. Bu analizde ‘bireyin kaygıları, çatışmaları, ihtiyaçları, ikilemleri, suçluluk duyguları vs.’ yorumlayıcının sorgulaması gereken temalar olarak ifade edilmektedir (Güneri, 2016). Burada ifade edilen söz konusu boyutların neredeyse tamamı aynı şekilde ‘anamnez alma sürecinde’ de incelenen ve incelenmesi gereken boyutlar olarak alındığı ifade edilmelidir. Bu nedenle çalışmanın bu nitel aşamasında katılımcıların yorumlamaları çeşitli tema ve alt temalar şeklinde, ‘nitel araştırma’ların doğasına daha uygun bir biçimde verilmeye çalışılmış, zaman zaman doğrudan alıntılama yoluna gidilmiştir. Özellikle danışanlar ile anamnestik görüşme oturumlarının yapılmasında Yıldırım’ın (2006) kullanılmasını önerdiği anamnestik görüşme formundan yararlanılırken, TAT verilerinin kodlanmasında, Güneri (2016) tarafından yayına hazırlanan ‘Kişilik Testleri’ kitabından yararlanılmıştır. Bu temalar ve bu temalardan elde edilen bulgular alt başlıklar halinde aşağıda verilmiştir.

Ana Tema Nedir?

TAT kartları ile deneğin, kendisine gösterilen resimlerden nasıl bir hikâye oluşturduğunu ve bu hikâyenin nasıl sonuçlandığını öğrenmeye çalışırız. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta her hikâyeden genel bir tema çıkarmak yerine bütün hikâyelerin ‘ortak’ bir zeminde buluşturulduğu ‘genel’ bir eğilimin ortaya konmasıdır (Güneri, 2016). Aksi takdirde her kartın tek başına yorumlanması (her karta ilişkin ayrı bir tema üzerinde durulması), uygulayıcıyı psikanalitik düşünmenin dışına itecek ve herkes için benzer, klişe yorumlamalara itecektir (İkiz, 2011a). Bu nedenle TAT kartlarında her birey için belirlenen ‘ana tema’, o bireyin bütün kartlarından alınan hikâyelerin analizi sonucunda elde edilirken; anamnez için de sürecin bir bütün halinde incelenmesi sonucu danışanın söylemlerine olabildiğince uygun bir tema oluşturulmaya çalışılmıştır. Daha sonra verilecek olan temalar için de bu sürecin aynısının uygulandığının hatırlatılmasının yerinde olacağı düşünülmektedir.

PB tanısı almış bireyler ile almamış bireylerin, hem anamnestik sorgulamadan hem de TAT analizinden elde edilen bulguların genel olarak çizdiği profile bakıldığında, PB

tanısı alanların, tanı almayanlara oranla nispeten daha benzer (homojen) bir profil çizdiği ve bu profilin beklenildiği gibi ‘panik ataklar’ üzerine kurulu olduğu, ‘anksiyete’nin resmedildiği bir ‘ana tema’ görülmüştür. Bu durumu PB1 şu şekilde ifade etmiştir:

‘Uyurken bir anda sıçıyordum. Kalkıyordum, kalbimi dinliyordum. Çok ilginç rüyalar görüyordum bozuklukta. Kalktığımda hatırlamıyordum bile. Hastayken, yatmadan önce kalbimi düşündüğüm için o düşünce kafamda kalıyor. Kalktığımda o düşünce aklımda oluyor. Elimi hemen kalbime götürüyorum. O an kalbimi düşündüğüm için kalbim çarpmaya başlıyor. Birkaç defa uyku halindeyken uyanıp hastaneye gittiğimi hatırlıyorum (Anamnez 1.Oturum).’

Bir başka katılımcı ise (PB5) anksiyetenin kendi üzerinde yarattığı gerilimi şu şekilde ifade etmiştir:

Danışan: *‘...Ablam o an kendisinin rahatsızlandığını söyledi. Ben telaşlandım, hani yalnız kaldık bir de kimse de yok. Ardından ablam bağırmağa başladı, ben de onu sakinleştirmeye çalıştım. Ablamın nabız atışlarını hissettim. Ardından Tayfur’u çağırdım, bir yandan annelere telefon ettim. Şu an hala anlatırken tuhaf oluyorum.*

Danışman: *Olaylar olurken sana neler oluyordu?*

Danışan: *Dehşetle olanları izliyorum ve ablam hastaneye kaldırıldıktan sonra kanepeye uzandığımda sırtımda acayip bir sıcaklık vardı, terliyordum. Sol kaburgamın altında titreme hissettim. Unutmaya çalışıyorum. Ablamın ardından ben de öyle olmak istemiyorum. Kendi duygularımı yatıştırdım. (Anamnez 1.Oturum).’*

Öte yandan tanı almayanların ana temalarının daha heterojen bir profil çizdiği ve değişik temaların ortaya çıktığı görülmüştür. Ancak bazı katılımcıların (SB2, SB3 ve SB4) ‘başarı ihtiyacı ve gelecek kaygısı’ gibi ortak bir paydaya sahip oldukları fark edilmiştir. Örneğin, SB2 bu ihtiyacını şu şekilde dile getirmiştir:

‘...Şu an bulunduğum durumu düşünecek olursam benim için en büyük sorun gelecek kaygısı olurdu. Dünyevi sorunlar belki ama gerçekten de şu an büyük bir sorun. Çünkü üniversitenin bitmesine 1 sene kaldı önümüzde. Bir rota belirlememiz gerekiyor ve o yolda ilerlememiz gerekiyor. Açıkçası kolay olmayacak çünkü büyük bir çaba sarfetmek gerekiyor. Böyle bir sorunu aşmak için elimden geleni yapıyorum ve inşallah nasip kısmet olursa hedefime ulaşacağım. Şu an için en büyük sorunum bu açıkçası. Ailem sağlıklı, ben sağlıklıyım. Çok şükür başka bir sıkıntım yok (Anamnez 1. Oturum).’

Bununla birlikte tanı almayan bireylerden bazılarının (SB1 ve SB5) çizdiği profillerin çok da sağlıklı olmadığı görülmüştür. Örneğin SB5, aile içi şiddetten kaynaklanan ‘depresif ve güvensiz’ bir süreçten geçtiğini TAT oturumunda şu şekilde ifade etmiştir:

‘Şiddet görüyorum, sanki kapıyı kapatıyor içerden biri gelecekmış onu dövecekmış gibi yüzünü falan kapatıyor onu görmek istemiyor ama kapıyı itiyor açmıyor (3GF).

- **Dinamik Yorum:** *Aile içi şiddetin olduğuna dair veri var. Depresif temalar, aile içi şiddet ile yansıtılmış.’*

Aynı katılımcının ilk anamnez oturumundaki aşağıdaki ifadesi TAT'deki bu yorumu destekler niteliktedir:

'...Ben de evlenirsem biri bana böyle yaparsa, ben... böyle yaparsa ben duramam. Büyük konuşmayayım ama ben annem gibi davranamam! Her gün kavga şiddete dayanamam. Bırakır giderim. Yani ayrılmaksa ayrılmak, gitmekse gitmek hiçbir şekilde dayanamam...'

Ana Kahraman Kim?

Tematik algı testi hikâyelerindeki esas figür 'ana kahraman'dır. Testi alan kişi kendini kartlardaki figürler ile eşleştirir ve hikâyelerini bu kahraman üzerinden aktarır. Genellikle bu kişi kahramanın kendisini özdeşleştirdiği kişi olduğundan yaş ve cinsiyet olarak kendisine en yakın karakter olmaktadır. Bununla birlikte deneğin kendini farklı cinsiyetler ile özdeşleştirmesi gibi bir sapma da olabilir (Güneri, 2016). Bireyin nasıl bir bebeklik ve çocukluk dönemi yaşadığı 'bağlanma örüntüsü'; kendi yeterliğine ilişkin algısı, başarı-başarısızlık durumu ve beden imajı gibi temel bileşenleri içeren 'benlik algısı'; yaşadığı olay ve sorunlar karşısındaki yakınmalarını içeren 'genel psikolojik durumu'; yaşam serüveni içerisinde kattettiği tüm sürece dair algısını içeren 'geçmişe karşı tavırları' ile bundan sonraki sürece dair umut ve planlarını içeren 'geleceğe karşı tavırları'nın tamamı bireyin (ana kahramanın) kişilik profilinin anlaşılmasına katkı sağlayan temel boyutlar olarak ifade edilebilir.

Bağlanma Örüntüleri

İlk olarak tanı alan bireyler ile almamış bireylerin 'bağlanma örüntüleri' incelendiğinde her iki grubun bağlanma örüntüsünün 'anne' ile olan yaşantılardan beslendiği görülürken; SB'lerin (kaygılı olmakla birlikte) PB'lere oranla daha güvenli bir bağlanma stiline sahip oldukları görülmektedir. Örneğin SB1 ve SB2 ebevyenlerine olan bağlılıklarını:

'...Aynı zamanda annemin de son demlerini, yaşadığı zorlukları, 50 60 yıl ki yaşamı fark edip engellendiğini, yıprandığını biliyorum. En azından geriye kalan yaşamını huzurlu ve mutlu bir şekilde yaşamasını istiyorum.!' (SB1-Anamnez 1.Oturum)'

'İleride iş sahibi olursam annem ve babamın yanımda kalmasını isterim. Bu da hayallerimden biri (SB2-Anamnez 1.Oturum).'

Şeklinde ifade ederlerken; tanı almış bireylerden biri, annesi ile olan ilişkisini şu şekilde ifade etmiştir:

'Üniversitede ilk sınıfta çok duygusal şeyler yaşadım. Hayatımda ilk defa ailemden uzak bir yere gittim. Kaldığım yere ve okula ayak uyduramıyordum. Bazen duygusal oluyordum. Annemle konuşurken ağlıyordum. .. Çünkü ona her şeyimi anlatan bir insanım. Her şeyimi onunla paylaşıyorum.. (PB1-Anamnez 1.Oturum).'

Ayrıca tanı almış bireylerin almamışlara oranla anneyle daha fazla özdeşim kurdukları ifade görülmektedir. PB2'nin aşağıdaki ifadesi, bu duruma güzel bir örnek olarak verilebilir:

'Annem de baya bir duygusaldır. Kendimi ona benzetirim. O da ona benzediğimi düşünür. Kendisinde de panik atak olmasa da ani korkuları bağırması olabiliyor. Duygusal yönleri ağır basıyor. Bir anda olaylar karşısında heyecana korkuya kapılabiliyor...(PB2-Anamnez 2.Oturum)'

Bu kadar net özdeşim kurulan ve ihtiyaç duyulan bireyin yokluğu veya yok olma olasılığı ise 'ayrılık kaygısının' yaşanmasına neden olmaktadır. Aşağıda verilen alıntılar bu kaygıların ne denli yoğun bir şekilde yaşandığını göstermektedir:

'Allah korusun onu kaybedersem, hayatımda en büyük darbeyi yemiş olacağım. O sıkıntıda, yani bir de insanın en büyük sıkıntısında arkasında duran kişi annedir, sonra ailedir. Aile giderse Allah insanı ayak tutar da insanın yaşaması zor! (PB1-Anamnez 1.Oturum)'

'...Bazen ya ona bir şey olursa, ya ölürse gibi düşünceler beynimi sarıyor. Ona bir şey olmasın ama başka ne olursa olsun! (PB5-Anamnez 2.Oturum)'

Aynı katılımcı, cümle tamamlama testindeki anne figürü ile ilgili yarım kalan cümleyi şu şekilde tamamlamıştır:

'Eğer annem: den ayrılırsam bu benim için felaket olur'⁹ (PB5-BCTT, 20.Madde)'

Bununla birlikte TAT analizleri incelendiğinde, özellikle PB tanısı almış olanlar başta olmak üzere, yapılan anamnez görüşmelerinde güvenli bağlandıklarını ifade eden katılımcıların aslında ifade ettikleri gibi güvenli değil, daha çok kaygılı bir bağlanma stiline sahip oldukları fark edilmiştir. Örneğin PB1 anamnez oturumunda sorulan 'bağlanma stiline':

'İnsanlara yaklaşmakta hiç zorlanmam, bağlanmaktan ve bana bağlanılmasında sorun yaşamam. Terkedilmekten ve bir insana çok yakın olmaktan dolayı kaygı duymam.' şeklinde cevap verirken, TAT testinin ilk kartını şu şekilde hikâyelendirmiştir:

'Buradaki yaşlı kadını buradaki genç delikanlının annesi olarak düşünüyorum. Gencin annesine bir şeyler anlattığımı görüyorum orada. Annesi şaşkınlık içerisinde yüzünü dönmüş kara kara düşünüyor. Erkeğin de yüzünde baya bir utangaçlık var. Erkekten bir pişmanlık kadında bir şaşkınlık var.'

- *Dinamik yorum: Anne – çocuk ilişkisinde annenin sıcak ve kabullenici bir tutum içinde olmadığı düşünülmektedir. Çocuk kendisi için önemli olan bir sorunu annesiyle paylaşırken dahi utandırılan ve bundan dolayı pişmanlık hissettirilen 'boyun eğici (pasif)' birey konumundayken; anne ise çocuğuna sürekli hayretler içinde bakan, 'aşağılık kompleksi' nin oluşmasına katkı sağlayan 'otoriter' birey konumundadır.'*

⁹ İtalik kısımlar katılımcının 'boşluk bırakılan yere' doğrudan kendi yazmış oldukları ifadeleri göstermektedir.

Her ne kadar SB'lerin PB'lere oranla daha güvenli bir bağlanma stili geliştirdikleri ifade edilse de, SB'lerin de güvenli bağlanma konusunda sorunlar yaşadıkları ifade edilebilir. Aşağıda TAT (6.Kart BM) testinden alınan bir kesit bu ifadeyi destekler niteliktedir:

'Anne ile oğul ya da nene ile oğlu arasında geçen bir olay dizisi diye düşünüyorum. Büyük bir ihtimalle oğlu eğitimi için veya başarısı için başka bir şehre gitmek istemiş. Tabii o gideceği yerde uzun bir süre kalacağını ve ailesinden bir süre uzakta kalacağını söylemiş. Annesi veya nenesi olarak tasvir ettiğimiz kadın tek başına yaşıyor. Çünkü eğer bu kadın oğlu giderse kendisini mutsuz ve huzursuz olarak hissedecektir. Bu çocuğun onun hayatında önemli bir yere sahip olduğunu söyleyebiliriz. Çocuk bu konuda biraz tedirgin gitsem mi gitmesem mi düşüncesi hakim. Aldığım karar doğru mu yanlış mı üzerinde bayağı düşünmüş. Ve düşünceli bir yapıya sahip büyük bir ihtimalle annesini ikna etmeye çalışıyordu gitmek için. Ya da annesi çocuğun evliliğini dağıtmaya çalışıyor olabilir. Çünkü çocuk annesinin istemediği bir gelin getirmiş olabilir. Annesi veya nenesi kendilerine çok yaraşır bir gelin istemiş olabilirler çocuk buna cevap verememiştir. Çocuk bir dönüt veremediğinden tepki koymuş olabilir. Yani bu çocuk çok farklı büyük bir ihtimalle burada dönüt veremediğinden dolayı gitmek istemeyecektir. Programını işini ve kariyerini annesinin yanında bulacağını düşünmektedir. Bu kart bu kadar hocam (SB1).

- *Dinamik yorum: Annesine ilişkin kaygıları ortaya çıkıyor bu kartta. Başarı elde etmek için uzaklaşma isteği, evde tek kalacak olan annesinin mutsuz olacağına ilişkin inancı çatıyor. Kararlarını sorguluyor. Kendisini ailesinden farklı görüyor ancak ailesinin kararlarına karşı çıkmayacak kadar onlara bağlı. Annesinin istediği geline cevap verememesi, gizil homoseksüalite olarak yorumlanabilir.'*

Aşağıda anamnez oturumunda 'güvenli bağlanma' sorusuna aynı katılımcı tarafından verilen cevap ise TAT'deki bu yorumu destekler niteliktedir:

'Başkalarına yaklaşımdan biraz rahatsız olurum; insanlara tamamen güvenemem. Birisine bağlı olarak yaşayamam. Birisi bana yaklaşıma çalışsa rahatsız olurum. Kız arkadaşım çoğu zaman ona daha yakın davranmamı istiyor. Benim kendisine yeterince sıcak ve içten davranmadığımdan şikâyetçi (SB1).

Benlik Algısı

Her iki gruba ait anamnez oturumlarının deşifreleri incelendiğinde, PB'lerin daha zayıf bir benlik algısına sahip oldukları görülmektedir. Örneğin tanı almış katılımcılardan birinin aşağıdaki ifadesi dikkat çekicidir:

Danışan: *Sevgilimin olmasını isterdim ama korkardım.*

Danışman: *Nasıl bir korkuydu bu?*

Danışan: *Tipsiz olduğumu ve bu işleri beceremeyeceğimi düşünürdüm. Arkadaş olarak konuşurdum (PB1-Anamnez 2. Oturum).*

Bir başka tanı almış katılımcı ise kendisini yeteri kadar cesur görmediğini şu ifadelerle anlatmıştır:

'...Korkak biri olduğumu söylüyorlardı... Öz güvenim zedelenmişti... İsmime layık olmadığını düşünüyorum...(PB3-Anamnez 1.Oturum)'

Aynı katılımcıya ilişkin aşağıdaki TAT analizi de katılımcının bu ifadelerini destekler niteliktedir:

Burada bir çocuk var. Önündeki keman mı, saz mı anlamadım. Kırılmış... Çocuk dayak yemiş gibi duruyor. Bir kaşını kaldırmış ve çözüm bulmaya çalışıyor. Düşünceli duruyor. Bu kadar (PB3-TAT 1.KART).

- *Dinamik yorum: Danışanın ilk etapta kısa cümleler ile kartı geçiştirmeye çalışması dirençli olduğunu göstermektedir. Ayrıca 'keman mı saz mı..?' ifadesi ve kemanın kırık olarak algılanması olumsuz beden algısının bir göstergesi olarak düşünülmektedir. Ayrıca kırık kemana yapılan yatırım, bireyin iyi gitmeyen bir cinsel yaşamının da ifadesi olarak ele alınabilir. Öte yandan bu kartın, bireyin çocukluğuna gönderme yaptığı göz önüne alındığında, testi alan bireyin ebeveynleri tarafından 'baskıcı' bir şekilde yetiştirildiği ve fiziksel istismara maruz kaldığı düşünülmektedir. Başarıya ilişkin benlik algısı düşük.*

Bir başka katılımcı ise BCTT'nin 18. Maddesini şu şekilde doldurmuştur:

'18. Nefret ettiğim: tek kişi benim...(PB5)'

Diğer taraftan, SB'lerin daha olumlu bir benlik algısına ve beden imajına sahip oldukları görülmektedir. Özellikle fiziksel görünüşlerinin farkında olduklarını ifade eden bireyler fiziksel özellikleri ile ilgili hoşnut olmadıkları tarafları olsa da bunları tolere edebildiklerini vurgulamışlardır. Örneğin SB5, beden imajına ait düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

'...Kendimi beğeniyorum. Çok egolu da değilim; ama çok kiloluyum demiyorum mesela, yüzümde sivilce var demiyorum, kendimle barıştım. Kendimden memnunum!'

SB1 ise bu durumu ilginç bir rüya ile şu şekilde ifade etmiştir:

Danışan: *Dün gördüğüm rüyada bir karpuz tarlası vardı. Bu karpuz tarlasında en çirkin, en kötü, görünüş itibarıyla en berbat olanını seçtim. Karpuzu açtığımda hayatımda böyle güzel ve sulu bir karpuz yememiş ve görmemişim. Kıpkırmızı bir karpuzdu...*

Danışman: *Senin için ne ifade ediyor seçtiğin bu karpuz?*

Danışan: *Benim için ne ifade ediyor bu karpuz? Dış görünüşün fiziki özelliğin önemli olmadığını düşünüyorum. Aslında önemli olan güzelliğin içte olduğu... Hatta o karpuzu yedikten sonra çok güzel görünen büyük bir karpuzu kestim ama içi kurt dolu, berbat, olgunlaşmamış, çürümüş bir karpuzdu...*

Öte yandan TAT analizlerine bakıldığında yukarıda alıntılara yer verilen aynı katılımcıların benlik algılarının, özellikle de beden imajlarının olumsuz olduğu, anamnez oturumunda bu durumu 'baskılama'ya çalıştıklarının fark edildiği görülmektedir. Bu durumu SB5 şu şekilde ifade ederken:

Burada bir kadın var. Başta onu yansıması olarak gördüm ama yok... Bence alttaki kadın soylu bir kadın ona bakan kadın ise daha bi hizmetçi gibi. Diğer kadına gıpta ile bakıyor, ona özenmek istiyor çünkü onun kıyafetlerinde gözü var. Gözü tamamen kıyafetlerine odaklanmış, biraz daha açık seçik falan. Kadın koşuyor

belli ki o hayatından kurtulmak için koşuyor; ama bu kadın da ona sadece bakıyor ve kimseye söylemiyor. Kadın onu gerçekten kıskanıyor. Hali falan hoşuna gidiyor, kıskanmak değil de onun gibi olmak istiyor. Kadın da koşuyor kaldığı yerden ayrılmak istiyor (SB5-TAT 9.KART GF).

- *Dinamik yorum: Benlik algısı zayıf. Aşağılık kompleksi var. İdeal benlik (soylu kadın) ile gerçek benlik (hizmetçi) arasında çatışma yaşıyor.*

SB1 ise şu şekilde ifade etmiştir:

Kayıp işçisi olabilir mi hocam? Birileri bu kişinin onlara hizmet etmesi için, istemediği bir işi yaptırıyor. Ben öyle görüyorum. Bu çocuk kaçacaktır oradan. Onların istediğini yapmayacaktır. Ayrıca elindeki halatı nereden bulmuştur bilmiyorum? Ya da bir kale gibi düşünebiliriz bunu. Kaleye giren bir hırsız veya kralı öldürmek isteyen bir tane soytarı olabilir. Ve çok mutlu görünüyor. Ben bu işi yapabilirim, halledebilirim diye düşünüyor. Ama üzerinde bir elbise bile yok. Büyük bir ihtimalle köleyi daha çok andırıyor, neden? Ben sizden kurtuldum... Tam kaçarken bir tane prensesi de görmüş olabilir Ben bugün gidiyorum ama yarın yine gelebilirim gibi bir anlam çıkarıyorum (SB1-TAT 17.Kart BM).

- *Dinamik yorum: Üstesinden gelemeyeceğini düşündüğü korkuları var. Rekabete ilişkin hisler var. Yaklaşma – kaçınma çatışmaları var. Hem kaleden kaçmak hem de prensesi görmek istiyor. Benlik algısı net değil: Köle, soytarı, hizmetçi, hırsız...*

Aynı katılımcının BCTT'nin 40. Maddesine verdiği yanıt ise şu şekildedir:

'40. Vücutum: zayıf... Bir türlü olması gereken pozisyona getiremiyorum.'

Geleceğe Karşı Tavırlar

Anamnezler incelendiğinde, tanı almış bireylerin yaşadıkları rahatsızlıklardan bezmiş bir biçimde, geleceğe dair daha umutsuz bir tablo çizdikleri görülmektedir. Örneğin tanı almış katılımcılardan biri bu durumu *'Karamsarım, o kadar da ümitli değilim. Öğretmenlik mesleğimi bile belki sonuna kadar yapamayacağım (PB5-Anamnez 1.Oturum).'* şeklinde net bir biçimde özetlemiştir. Buna ek olarak, tanı almış bireylerin geleceğe dair hayal ve beklentilerinin *'yaşadıkları panik ataklardan kurtulmak ve daha sakin bir hayat yaşamak'* şeklinde tasarlandığı görülmektedir. Örneğin, katılımcılardan birinin aşağıdaki ifadesi bu durumu destekler niteliktedir:

'...Şu anki rahatsızlığımı atlattım olduğum daha iyi bir hayat hayal ediyorum. ...Rahatsızlığımın olmadığı, iç huzurumun fazla olduğu mutlu ve pozitif bir hayat sürmek istiyorum (PB3-Anamnez 1.Oturum).'

Bir başka katılımcı ise durumu daha dramatik bir şekilde ifade ederek yaşadığı durumun kendisi için ne kadar kaygı verici olduğunu vurgulamıştır:

'...Hayallerim tamamen iyileşmek üzerine kuruludur. Bu bir uyku olsa ve uyanmış olsam... Hayatıma kaldığım yerden ve özgür bir şekilde devam etsem her şey çok iyi olur (PB5-Anamnez 1.Oturum).'

Bu katılımcının BCTT'nin 20.maddesine verdiği cevap ise şu şekildedir:

'20. Emelim ve isteğim: huzuru bulmak, problemlerimden kurtulmaktır.'

Tanı almamış bireylerin ise geleceğe dair hayal ve beklentilerinin daha heterojen ve daha pozitif bir yapıda olduğu görülmektedir. Örneğin SB5 geleceğe dair hayallerini şu şekilde ifade etmiştir:

Hayallerim işe girmek, abimi babamı mutlu etmek, abimin evlenmesini hayal ederim mesela. İşe girdikten sonra annemi güzel bir şekilde yaşatmayı hayal ederim. Annemi hacca gönderip mutlu etmek gibi hayallerim var (Anamnez 2.Oturum).

Buna ek olarak tanı almamış bireylerin ‘daha başarılı/başarı odaklı bir gelecek’ tasarımlarının olduğu görülmektedir. Aşağıdaki ifade bu eğilimde olan katılımcılardan birinden alıntılanmıştır:

‘...İleride yapmak istediğim bir şey var aslında. Maddi durumum iyi olursa öğrencilere destek olmak isterim. Onları yetiştirmek isterim. Bunları, gerçekleştirmek isterim. Gelecekte iyi bir akademisyen olursam verdiğim emeğin boşa gitmediğini gerçekten iyi bir şey için çalıştığımı anlayacağım ve bu da beni daha çok mutlu edecektir (SB2 – Anamnez 1.Oturum)’.

Aynı katılımcı BCTT’nin ilk maddesini şu şekilde tamamlamıştır:

‘1. Gelecek bana: *her şeyin çalışma ile gerçekleşip, güzel olacağını çağırıyor.*’

Geçmişe Karşı Tavırlar

Tanı almış ve almamış bireylerin ‘geçmişe karşı tavırlar’ alt başlığı, her iki grup arasında kayda değer farklılıkların olduğu bir başka alt boyut olarak görülmektedir. Tanı almış bireylerin geçmiş yaşam öykülerinde çok daha fazla travmatize edici bulgulara rastlanırken, tanı almamış bireylerin daha bilindik, yaşam içerisinde raslanması olağan görülen olayları hikayeledikleri görülmüştür. Aşağıdaki alıntı tanı almış katılımcılardan birinin ilk anamnez oturumundan alınmıştır.

‘..Market açmıştım ama battım. Ben daha 20 yaşındayken milyonlarca mark kaybetmiş bir adamdım...’
‘...1999’da üzerimde uyuşturucuyla yakalandım. İkinci ayda girdim dokuzuncu ayda çıktım. Fazla bir şey değildi... Yaşam küçük olduğu için az yattım. Şartlı tahliye verdiler, ikinci kez suça karışırsam 5 sene daha yatacaktım. Sonra çıktım bir şey yakalatmadık ama rast gitmiyor. Yürümeyecek... Bıraktım.... Sonra İngiltere’ye gittim.’

Aynı katılımcı BCTT’deki geçmişe karşı tavırlarını sorgulayan maddelerden birini şu şekilde tamamlamıştır:

‘51. Aklımdan hiç çıkmayan an: *abimin ölümünde cesediyle kucaklaşmam... (BCTT)’*

Bir başka tanı almış katılımcı ise geçmişte yaşadığı olaylardan birini şu şekilde ifade etmiştir:

'...2017'nin yazındı... Hayatımda ilk defa o kadar korktum üzıldüm. Köydeyken bayağı bir aşağılara yüzme gitmiştik. Çatışma çıkmıştı biz helikopterlerin altında kalmıştık. O an öleceğimi düşündüm. Eve giderken nefes nefese kalmıştım. 7 kilometreyi koşarak gittim. Uçakların bize yanlışlıkla vuracağını düşündüm. Karıştıracaklar, bizi vuracaklar diye düşündüm. Eve gidene kadar bir anda uçaklar üzerimizde gidip geliyorlar. Epey bir ölüm korkusu yaşadım. Eve varana kadar kan ter içinde kaldım... (PBI-Anamnez 2. Oturum).'

Öte yandan tanı almamış bireylerin geçmiş yaşantılarına ilişkin daha çok ekonomik zorluklar ve okulda yaşanan akran baskılarına ilişkin sorunlar yaşadığı görülmektedir. Örneğin, SB2 yaşadıkları ekonomik zorlukları 'Ailemin de maddi durumu çok iyi değildi. Mesela defterlerimiz tam olmuyordu, kitaplarımız eksik oluyordu. Bu, biraz sıkıntılıydı benim için. Bunu hissedebiliyordum...(Anamnez 2.Oturum)' şeklinde ifade ederken, yaşadığı akran baskısını ise şu şekilde ifade etmiştir:

'Hiç unutmuyorum. Dördüncü veya beşinci sınıftık galiba. Okula gidiyorduk. Yanımda birkaç kişi daha vardı. Okula varmadan, okulun kapısı ile o çocuğun oturduğu yerle arada 300-400 metre vardı. Benden sınıfa gidip rozeti getirmemi istedi. Getirsem olmaz getirmesem olmuyor. Sonuçta kavga edecek. O bizi dövecek. Çünkü çocuk bizden yaşça büyük. O zaman mecbur gittim getirdim ve çok ağrıma gitmişti. Mecbur gidip geldim yani. (Anamnez 2. Oturum).'

Bununla birlikte tanı almayan bireylerden SB1 ve SB5'in diğer katılımcılardan farklı olarak travmatik yaşantılarının olduğu da görülmektedir. Bu doğrultuda SB5 ile yapılan ilk anamnez oturumundaki aşağıdaki ifadeleri dikkat çekicidir:

Danışan: Ben küçükken, 5-6 yaşlarında falandım çünkü ana sınıfına gidiyordum, annem ve babam evde sürekli tartışıyorlardı. Annem hep başka birinin olduğunu söylüyordu, babam da yalanlıyordu. Kadının kızı benim sınıfımdaydı. Hep babam beni okula bırakırdı ve bıraktıktan sonra o kadınla hep fısır fısır, gizli gizli konuşuyorlardı. Tabi ben çok fazla bilmiyordum, sadece eve gittiğimde benim yanımda tartışıyorlardı. Sürekli bir tartışma vardı evde. Biz 4 kardeşтик ablam o zaman yeni evliydi, babama sürekli karşı geliyordu. Abim de karşı geliyordu. Bir ara babam, anneme sen hastasın kendi kendine kuruyorsun diyordu. Hatta annem psikolojik tedavi gördü, kendi kendisinin deli olup olmadığını sorguluyordu. Olayları ben de tam bilmiyorum, benden 4-5 yaş büyük bir abim var. Hep olaylar çıktığında beni dışarıya götürürdü. O zamanlardan kalan bir anım var abim bir gün beni okuldan aldı. Bizim eski evde telefonluk vardı. Benim de boyum kısaydı ona yetişmek istedim. Kapının tam karşındaydı, kocaman bir aynası vardı yusuvarlak... Bir gün kapı açıldı, yazın X şehri sıcak olduğu için biz kapıları açarız. Benle abimle tam geldik gene kapıdan bağırma sesleri geldi abim de dediki 'üff... gene kavga var!' Sonra baktım abimin gözlerinden yaş geldi sonra ben de ağladım. Annemle babam bizi görmedi hâlâ bağırişiyorlardı. Sonra babam birden yumruğunu o aynaya vurdu, o ayna paramparça oldu! Oo ses hâlâ aklımdan çıkmıyor, aklıma geldikçe kötü oluyorum. Sadece o var hani anı olarak zaten 6 yaşındaydım, unutmadım aklımda kaldı. Sonra babam gitti baya bir süre gelmedi... Bilmiyorum ama hani her ailede geçim sıkıntısı olabilir onu tetikleyen. Ama ben o kadınla olan şeyleri biliyordum fakat anneme söyleyemedim, babam o kadınla konuşuyordu.

Danışman: Peki bu olay yaşamını nasıl etkiledi? Neye engel oldu?

Danışan: Hiç kimseye güvenmedim...'

Genel Psikolojik Durum

Tanı almış ve almamış bireylerin anamnez verileri ve TAT'deki hikâyeleri incelendiğinde, tanı alan bireylerin genel olarak bağlanma sorunsalı yaşadıkları depresyon, somatizasyon, hostilite, obsesif – kompulsif ve paronoid kişilik eğilimlerinin baskın olduğu genel bir psikolojik belirti dizisinden söz edilebilir. Örneğin, PB1'in aşağıdaki ifadesi, panik tanısı almış bireylerin çizdiği genel tabloyu özetler niteliktedir:

'...Orada benim kan örneklerimi aldılar 6-7 tüp kadar. Baktılar ve dediler ki senin kalbinde bir şey yok olsa seni oraya gönderirdim - ki zaten oraya görünmüşsün. Sadece D vitamini eksikliği var. D vitamini çok şiddetli göğüs ağrısı yapabilir. Ondan sonra biraz içim rahatladı. D vitamini oral damla olarak kullandım. Ama bir anda aklıma bir şeyler girdi. Ya doktor gözünden ufak bir şeyler kaçırmışsa ya benim kalbimde bir şey varsa. Acaba farklı bir doktora mı gitsem..? Yani gece gündüz kendimi dinledim. Kalple ilgili internetteki bütün bilgileri okuyordum. Gece gündüz kalp krizi geçirip öleceğimi düşündüm. Bu noktadan sonra vücudumda çok değişik şeyler olduğunu hissettim. Baş dönmeleri, sol kolda ve çenede uyuşukluk, kas ağrısı, ayakların yerden kopması, mide bulantısı, kabızlık iştahsızlık gibi... Bütün vücuda etki eden fiziksel semptomları yaşadım. Sonra internette kalp krizi belirtilerini araştırdım. Sol kolda uyuşukluk. Çenede ağrı, belde sıcaklık...(Anamnez 1.Oturum)'

Bir başka katılımcı ise yaşadığı depresif durumu TAT oturumunda şu şekilde hikâyelendirmiştir:

Simsiyah bir odanın içinden, bir adam odanın dışına bakıyor. Sanki huzuru yokluyor. Karanlıktan sıkılıp kapıyı açmış, gökyüzüne bakıyor. Kapıyı açıp öylece düşünüyor. Sanki uçurumda bir yer gibi. Adam bayağı aşağı sarkmış. Adam ölmek mi istiyor orada. Bu bir intihar mı? Çaresiz bir adam, sanki gökyüzüne bakıyor. Bu şekilde (PB5-TAT 14.KART).

- *Dinamik Yorum: Test boyunca sürekli bir şekilde 'çaresizlik' hissiyle ifade edilen depresif duygulanım bu kartta agresyonla birleşerek 'intihar' şeklinde ifade ediliyor. 'Huzurun yoklanması' regresif bir savunma mekanizması olarak görülürken, 'gökyüzüne bakma' içinde bulunulan durumdan kurtulmanın ümidi olarak yorumlanabilir.*

Aynı katılımcının intihar düşüncelerine ilişkin anamnez oturumundaki ifadeleri ise TAT'deki bu yorumu destekler niteliktedir.

'Danışan: *İntihar girişiminde bulunmadım ama intiharı düşündüğüm çok oldu?*

Danışman: *Nasıl, biraz açar mısın?*

Danışan: *Bu bir intihar olsun ama hiç kimse intihar olarak bilsin istemiyordum. İntihar eden kişinin cehennem hayatı yaşayacağını biliyordum. Yoldan geçen bir kamyonun önüne atlamak gibi bir intihar şekli düşündüğüm oldu (PB5-Anamnez 2.Oturum).'*

Bir diğer dikkat çekici bulgu ise PB'li bireylerin neredeyse tamamı, ilaç kullanımının yan etkilerinden şikâyet etme, ilacın prospektüsünü okuduktan veya internetten araştırdıktan sonra benzer yan etkilerinden yakınma ve hekime danışmadan ilaç

kullanımını bırakma gibi durumlardan söz etmişlerdir. Katılımcılardan birinin bu süreçle ilişkin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

'Psikiyatriste gittim. Neyim olduğunu sordu: 'Deli oluyorum!' dedim. 'Deli olmak bu kadar kolay mı?' dedi. 5-6 belki 10 aylık bir tedavi olduğunu, ilaçla beyinde bir şeylerin düzeldiğini söyledi. 'İlaç etkisini gösterene kadar vücutta 10-15 gün biraz sıkıntı yaşarsın!' dedi. Bende kullandıktan sonra baktım ki kötü oluyorum, bir hafta falan kullanıp sonra bıraktım. Baktım ki daha kötü oldum. Titreme oluyor. Aşırı derecede kötü yani. Sonra iki üç turlu gittim. Bir noktada kendimi rahatlatmış, huzuru elde etmiş gibi hissettim. Biraz rahat ettim. O ilaçların hepsini kestim. Ondan sonra İngiltere'ye gittim. 2 – 3 ay geçti. Baktım tekrar geliyorlar. Sıkılıyorum, geriliyorum. Özellikle kalabalık bir ortamda... Birgün taziyeydim İngilterede, baktım sıkılıyorum, boğulacak gibiyim... Zorla kalktım oradan, kendimi eve attım. Rahatladım. Bir iki gün sonra oradaki doktora gitmeye karar verdim. Durumu anlattım. Bu şekilde panik atağım var dedim. İnternette okuduğumda panik atağın öylece geçmediği ilaç kullanmam gerektiği yazılıyordu. Neyse... Tercüman götürdüm gittim. Durumu anlattım. Doktor dedi ki sana bir ilaç vereceğim. Uyumadan önce mi ne kullanırsın dedi. Dedi ki milyonda bir bu ilaçla gece hoplarsın zıplarsın, rüya görür bir şeyler olursun filan. Bir ay sonra görüşmemiz gerektiğini söyledi. Bu defa da yan etkilerini duyunca ben kullanmadım. 1 ay geçti ve ben gittim. Dedi ki 'nasıl oldun?' Kullanmadığımı söyleyince sebebini sordu. Dedim ki 'Ben zaten korkuyordum! Bir de sizden bunları duyunca kullanmak istemedim.' Doktor özür diledi: 'Binde milyonda bir olan bir şey olduğunu size söylemem gerekirdi!' dedi (PB2-Anamnez 1.Oturum).'

Son olarak tanı almış bireylerin özellikle oturumlara başlamadan önce çok kaygılı oldukları ve bu nedenle direnç gösterdikleri, zaman zaman bazı katılımcıların son anda çalışmaya katılmaktan vazgeçtikleri, bazı katılımcıların ise şartlı gönüllü oldukları (ses kaydı kullanılmazsa katılıyorum) görülmüştür. Örneğin, çalışmaya alınan 28 yaşında PB tanısı almış olan kadın katılımcılardan biri, başlangıçta araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu belirtip yazılı onam verdiği ve süreci tamamladığı halde aşağıda belirttiği gerekçe/lerle araştırmadan ayrılmak istemiştir.

'Kusura bakmayın, bu sizinle ilgili bir durum değil! Sadece bu çalışmaya katılmanın benim için doğru bir karar olmadığını düşünüyorum. Daha önce de belirttiğiniz üzere 'herhangi bir rahatsızlık hissederseniz çalışmadan hiçbir gerekçe göstermeden ayrılabilceğimi söylediniz!' Lütfen ses kaydını silip ölçme araçlarını imha edebilir misiniz?'

Araştırmanın gönüllülük ilkesi gereği, katılımcının bu isteği yerine getirilmiş, veriler imha edilmiştir. Katılımcının, gerçekleştirilen TAT ile Anamnez oturumlarında özellikle cinsellikle ilgili sorulardan rahatsız olduğu, gelişim dönemleriyle ilişkili (örneğin menstürasyon) sorulara, öfkelenerek *'bu kadar da değil yani, ne işinize yarayacak ki bu bilgi?'* diyerek direnç göstermiştir. Aynı katılımcı, TAT'deki 4. Kart ile 13. Kart'a (MF) ilişkin de benzer bir direnç göstermiş. *'Hocam siz neyi öğrenmek istiyorsunuz! Açıklanacak bir şey yok ki! Her şey gayet açık zaten!'* diyerek rahatsızlığını dile getirmiştir. Burada psikolojik değerlendirme sürecinden düşen katılımcının ifadelerine doğrudan yer

verilmesinin nedeni ‘katılımcıyı kötölemek’ olmamakla birlikte - ki bu çalışmada hiçbir katılımcının kimlik bilgileri deşifre edilmemiştir, burada amaç; panik bozukluk tanısı almış bireylerle çalışan veya çalışacak olan psikoterapistlerin önemli bir çıkarım yapabilmelerini sağlamaktır. Şöyle ki: Sağaltım sürecine hazır olmayan panik tanısı almış bireylerin direncinin çok yüksek olabileceğine ve dolayısıyla da süreçten düşebileceğine (drop out) dair ihtimaller göz önünde bulundurulmalıdır.

Bir diğer tanı almış kadın katılımcı ise araştırmada ses kaydının kullanılmasına sıcak bakmamış (PB4), bu nedenle anamnez ve TAT oturumlarında notlar araştırmacı tarafından alınmıştır. Bir diğer kadın katılımcı (PB3) ise yapılan oturumlar boyunca neredeyse her oturuma başlamadan önce, çalışmaya katılım konusunda kararsızlığını vurgulamış ve sonrasında devam etme kararı almıştır. Bu danışan ile de başlangıçtaki ilk TAT oturumu, henüz ilk karttan sonra bile katılımcının isteği üzerine ileri bir tarihe ertelenmiştir. Onam formunda zaten yazılı olarak daha önce belirtilmiş olan ifadeler her oturum başında katılımcıya tekrar hatırlatılarak ‘herhangi bir baskı’ hissetmemesi adına gerekli açıklamalar tekrar tekrar yapılmıştır.

Diğer taraftan tanı almayan bireylerin ise daha çok ambivalan duygular yaşayan, başarı hırsı olan ve otorite ile çatışmalar yaşayan ve zaman zaman da narsisistik eğilimler ortaya koyan tavırlar sergiledikleri görülmektedir. Örneğin aşağıda SB5’in TAT oturumunda açığa çıkan ambivalan duygularına yer verilmiştir:

‘Karanlık dünyasını aydınlatan bir adam kendi penceresinden bakıyor hayata. Hayat onun için kapkaranlık ama o sadece kendi penceresinde görüyor o pencere onun için aydınlık. Kendisi bile karanlık, dış görünüşü karanlık ama kafasının içindekiler aydınlık. Camını açmış ve sadece idealar dünyası dediğimiz kendi hayallerini görebiliyor. Ama umutsuz yani bie yani umutlu bir yanı umutsuz gerçek dünyası karanlık hayal dünyası aydınlık (TAT 14.KART).

- *Dinamik yorum: Ambivalan duygular açığa çıktı. Gerçek benlik ile ideal benlik arasındaki çatışma yoğun yaşanıyor. Benlik algısı zayıf (karanlık) ve yalnız hissediyor.*

SB’lerin bazılarının narsisistik yatırımlar yaptığı daha önce vurgulanmıştı. Bu anlamda aşağıdaki ilginç alıntı bu durumu şu şekilde somutlamaktadır:

‘...Yaklaşık 5 ve 6 yaşından beri bilgisayar kullanıyorum. O zamanlar Paint ile resim çizmeye çalışırdım. 2. sınıfa geldiğimde bir hocamız vardı.. Y şehriden gelmişti... O da herhalde ben de bir gariplik fark etmiş... Beni sürekli diğerlerinden farklı görüyordu. Başkalarından hep farklı görüyordu, niye görüyordu hiç bilmiyorum. Benim o zamanlar gök cisimlerine ve gezegenlere merakım vardı.. Ben de 2. sınıftayken bunları araştırmaya başlamıştım. O zamanlar ilkokul ansiklopedisi vardı... Onları kurcalar anlamasam da kafam da tasarlamaya başladım. Dünya haritasını, Türkiye haritasını, nereden hangi nehir geçiyor, bu gibi şeyleri düşünürdüm. Resim çizerken dahi resim dersinde arkadaşlarım, işte (bacası) tüten ev, akan nehir falan çizerken, ben sürekli kıta haritası çizerdim. Bunun dışında coğrafyaya ilgim vardı. Hatta bir gün

müfettişi bozmuştum, 3. Sınıftaydım... Bir gün müfettiş dersimize girmişti. Benim coğrafya ve ülkelere merak saldığım günlerdi. Müfettişler o dönemler düşük sicil vermek için girdiği sınıflarda öğrencinin düzeyini aşan sorular sorarak öğretmenlere düşük not veriyorlardı. Ardından öğretmenler, rüşvet amaçlı müfettişlere yemek ısmarlar, bu bir şekilde atlatılırdı. Müfettişin biri sırayla herkese Uruguay'ın başkentini soruyordu. İkinci sınıf öğrencisinin bunu bilme imkanı olamazdı o günün şartlarında. Sıra bana geldiğinde, "Montevideo!" demiştim. Müfettiş afallamış ardından Küba'nın başkentini sormuş "Havana!" dediğimde sinirlenerek sınıftan çıkmıştı (SB4-Anamnez 1.Oturum).'

Aynı katılımcı BCTT'deki benlik algısını inceleyen maddelerden birini ise şu şekilde tamamlamıştır:

'31. Zihnim: şu sıralar çok düzgün işliyor... Beni bile şaşırtıyor!

Ana Kahramanın Temel İstek ve İhtiyaçları Neler?

Bilindiği gibi, bireylerin yaşamlarına devam edebilmeleri için çeşitli gereksinimlere ihtiyaçları vardır. TAT ve Anamnestic öykü alımı bu ihtiyaçların neler olduğunun ortaya koyacak şekilde tasarlanmıştır. Böylelikle olası bir sağaltım sürecinde danışanın ihtiyaçlarının neler (fiziksel veya psikolojik) olduğuna dair bir formülasyon geliştirebilir.

Tanı almamış bireylerin temel ihtiyaçlarının daha çok yaşam dönemleriyle uyumlu olan, gelişimsel yaşam görevlerinin gerektirdiği iş sahibi olma, evlilik ve aile kurma'ya yönelik ihtiyaçlar olduğu görülmektedir. Bu anlamda aşağıdaki alıntının tanı almamış bireylerin genel profilini özetler nitelikte olduğu söylenebilir:

'Evlilikle ilgili düşüncelerim, dediğim gibi önce ekonomik bir refaha kavuşmam gerekiyor. Onun dışında zaten ekonomik refaha kavuşsam da en az 2 yıl evlenmeyi düşünmüyorum. Hem aileme destek olmak için hem de biraz daha maddi olarak iyi olmak için öyle olması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü evlilik kolay bir iş değil. Aynı zamanda uygun insanı bulmak daha önemli. Onu bulabilmek ayrı bir olay, devamını getirmek de farklı bir olay zaten. Yani şu an düşünürsem en az 3-4 yıl daha var (SB2-Anamnez 2.Oturum).'

Benzer şekilde bir başka katılımcı ise bu temayı şu şekilde özetlemiştir:

'Aileme bir şey olmasın, bir arada olsunlar isterim. Sonra, öncelikle bir düzen olacak, maddi bir kazancım olacak. Bunun için bir iş olacak. Evet önce iş, sonra evlilik... (SB3- Anamnez 1.Oturum).'

Aynı katılımcının, ilgi ve ihtiyaçların ortaya çıkmasına katkı sağlayan kart olan 16.Kart'a ilişkin yaptığı yorum şu şekildedir:

'Yine eğitimle ilgili bir şeyler betimledim. Kütüphaneden eve gelen, evden kütüphaneye giden bir adam var. Onun çalışması, arkadaşlarıyla ilişkisini görüyorum. Böyle şeyler betimledim. Kütüphanede ders çalışan, arkadaşlarıyla zaman geçiren biri var. Dondurmacıya gidip dondurma yiyor. Ayaküstü...

- *Dinamik yorum: Başarıya ilişkin beklentiler istekler var. Çalışmak, akranlarla ilişkilerin iyi olması kendine vakit ayırmak gibi ihtiyaçları mevcut.'*

Tanı almış bireylerin ihtiyaçlarına genel olarak bakıldığında SB'lerle bir çok ortak

noktanın olduğu görülmektedir. SB'lere oranla sözü edilen yaşam görevlerinde daha bir temkinli davrandıkları görülse de (bkz. PB1'in aşağıda verilen alıntısı) PB'lerin de sıcak bir yuva, başarılı bir sosyal ve cinsel yaşam arzuladıkları görülmektedir. Karşı cins ile olan iletişimin tanı almış bireyler için ne kadar önemli olduğu aşağıdaki alıntıda görülebilmektedir:

'Ben panik atak hastalarının karşı cinsle ilişkilerinde dikkat etmeleri gerektiğini düşünüyorum. Çünkü seni seviyorsa gerçekten seni hayatta tutabilir. Ben onun sayesinde baya bir toparlandım. Öz güvenim arttı. Hayatıma renk kattı. Hatta bu defa onun beni bırakacağına dair korkular oluştu içimde. Duygularımı çabuk ifade eden biriyim. Çabuk ifade ediyordum. Beni bıraktıktan sonra 2-3 gün ağlamaklı oldum. Artık her şeyin sonunun geldiğini düşündüm ama neyseki sonra yine toparladım (PBI-Anamnez 2.Oturum).'

Bir başka katılımcı ise idealindeki aile tablosunu şu şekilde betimlemiştir:

'Bir ev var. Kış ayında. Bacalar evde yaktığımız sobanın dumanından bellidir. Sobalar yanıyor, dışarıdan da görünüyor. İçeride de sobanın yanında bu ısıyı hissediyorsunuz. İçeride de sobanın üzerine güzel güzel çayımı koymuşum. Fırına ekmeğimi, kumpir olarak patatesimi atmışumdur. Diğer aile fertlerinin kalkmasını bekliyorum. Ben biraz daha erken kalkmışumdur sobayı yakmışumdur. Eşimle çocuklarının kalkmasını bekliyorum. Camdan bakıyor, kar üzerinde kayan çocukları görüyorum. Dağlara bakıyorum o kadar yüksek ki sanki bulutlarla birleşmiş gibi. Kimini görüyorum yün çorabını çekmiş ipini takmış ahura hayvanların yanına gidiyor. Bazılarına diğer camdan bakıyorum, <biz buna dange diyoruz> kar'ı birazcık şey yapıp hayvanlara yem veriyorum. Öyle görüyorum. Dışarıdakiler üşüyor içeride biz ısınıyoruz. Dışarıdaki çocukların bize gelip ısınmalarını, çocuklarımla kahvaltı yapmalarını, televizyonumu açıp onlarla izlemeyi, sonra dışarı çıkıp onlarla beraber yapabilirsem hayvanlara (bizim hayvanımız olmasa bile hayvanı olanlara) yardım etmeyi, gidip onlarla kayabilmeyi isterim. Kayamazsam da bakarım. Soğuk ama her şeye rağmen yaşanılır diye düşünüyorum (PB2-TAT 16.BOŞ-KART)

- *Dinamik yorum: Süreç boyunca istek ve arzuların ifade edildiği, ego entegrasyonunun yeterli olduğu neredeyse tek kart. Yine benzer şekilde danışanın süreç boyunca çizmeye (bastırmaya) çalıştığı sert, saldırganlık maskesini bırakıp; fırına ekmeğe atan, çay koyup eşinin çocuklarının kalkmasını bekleyen, dışarıdaki insanlara yardım eden 'anaç' bir tutum takındığı görülmektedir. Danışanın 'regrese' olduğu bir çok örneği barındıran bu hikâyede 'ideal aile tablosu' gayet başarılı bir şekilde tasvir edilmesine rağmen, ebeveynlerin yokluğu onlara karşı bir 'hostilite'nin olduğunu düşündürmektedir.'*

Bununla birlikte SB'lerden farklı olarak PB tanısı almış bireylerin ebeveyn yokluğunu yoğun bir şekilde yaşadıkları ve bu ihtiyacı bastırdıkları (bir önceki katılımcıda olduğu gibi) ya da kızgın/üzgün bir şekilde ifade ettikleri görülmektedir. Bu anlamda PB3'ün TAT'deki 10. Kart'a verdiği yanıt ve uygulayıcı tarafından yapılan yorum aşağıya olduğu gibi aktarılmıştır:

'Burada bir baba var, bir de çocuk. Babasına güvenle sarılmış. Yıllardır sanki birbirlerini görmüyorlar. İçinde yılların sanki özlemi varmışçasına sarılmışlar. Belki uzun zamandır birbirlerini görmüyorlar. Çocuk ona sarıldığı için güven duygusu alıyor. Baba da o şefkatle o sevgiyle sarılmış. Çocuğunu kokluyor. Çocuk

da o şekilde sarılıyor. Üzgün de biraz. Babası ona iyi gelecek, yaralarını iyileştirecek gibi duruyor. İyi ki babama sarılmışım diyor. Baba da bu durumdan memnun tabii. Çocuğunun yanında olduğu için mutlu.

- *Dinamik yorum: Anksiyetenin ve diğer psikolojik sorunların temelinde yatan neden, danışanın yaşamında yer alan 'baba' imajının yokluğu olarak düşünülmektedir. Çocukluk döneminden bu yana babadan alınması gereken güven duygusunun, şefkatin alınamaması ya da daha doğru bir ifadeyle baba tarafından verilmemesi danışanın iç dünyasında bir boşluk (özlem) yaratmıştır. Bundan dolayı kız üzgün, ancak babasının yaralarına iyi geleceğini düşünüyor.'*

Hayatındaki Önemli Figürler Kimler?

Bu kısımda test ve anamnez sürecinden geçen bireyin yaşamında hangi figürlere yer verdiği, bu figürlerin nasıl algılandığı üzerinde durulmaktadır. Elde edilen bulgular ışığında en fazla vurgulanan figürlerin anne, baba ve zaman zaman da eş (karşı cins) olduğu görülmüştür. Ancak karşı cinse yönelik verilerin ebeveynlerinki kadar yoğun olmamasından ötürü bu temada sadece anne ve babaya yönelik tavırlara değinilmiştir.

Veriler incelendiğinde tanı almış ve almamış bireylerin ilginç bir şekilde ebeveynleriyle sağlıklı bir ilişki kuramadıkları ve onlarla çatışma içerisinde oldukları görülmektedir. Bazı katılımcıların anneye olan öfke ve kızgınlıkları göze çarparken, bazılarında ise benzer tavır babaya karşı sergilenmektedir. Burada öncelikle anneye karşı olan tavırlara yer verilecektir.

Anneye karşı tavırlar

Her iki grupta da ebeveynlerin, istismar eden ve şiddet uygulayan, otoriter tutumlar içerisinde olduğu görülmektedir. Ancak bu kısımda katılımcıların spesifik olarak anneye karşı tavırları ele alınmıştır. Olağan şartlarda olması beklenenin, en azından tanı almamış bireylerin ebeveynleri ile sağlıklı bir ilişki kurması olarak düşünülürken bu durumun pek de öyle olmadığı görülmektedir. Örneğin, şu ana kadar elde edilen veriler ve yorumlamalar ışığında psikolojik yardıma ihtiyacı olduğu düşünülen; ancak psikiyatr tarafından uyumlu olduğuna karar verilen SB1'e ait anamnez oturumundan bir kesit aşağıda yer almaktadır:

'Danışan: Aslında annem şiddeti seven insanı eğitmenin en iyi yolun şiddet olduğunu düşünen ve onun için dayağın cennetten gelme olduğunu düşünen biriydi. Akşam erken yatarken abilerim ve ablalarım çok çalışırlardı. Annem de çok çalıştığını iddia ederdi, halbuki en çok ablalarım çalışırdı. Ayran içerdi ve yatardı. Ama yatmak da değil, uykuya hazırlık gibi bir evre olarak anlatabilirim. Saat 10'da yatacaksa 7'den saat 10'a kadar mayışırırdı. Biz ise oynardık. Genelde köyde elektrik kesilince biz de oynardık, annem de sinirlenirdi. Babam da akşam babasına, kardeşlerine gitmişti. Annem bizi cezalandırdı işte balkona çıkardı. Bizim evin köyden biraz uzak yönü kuzey cephesine bakar. A dağından gelen soğuk hava kütleli evi çok soğuk

hale getirirdi. Bizi balkona atar cezalandırırdı. Daha sonra babamız gelirdi anneme bir sürü laf söz eder kızardı En son atacağım dışarı kurtlar yiyecek seni derdi.

Danışman: Annenin şu anda seninle olan ilişkisi nasıl?

Danışan: Artık etrafında benden başka kimse kalmadı. İstese de, istemese de, benimle iletişime geçmek zorunda kalıyor. İletişimimiz bu yönde ancak özel bir gün olmasına gerek yok. Bununla birlikte annemle bayağı yol kat ettiğimizi düşünüyorum. Geçmiş olaylar olsun, eğitim ve ekonomik açıdan olsun, bu tür konulardan konuşabiliyoruz (SB1-Anamnez 2.Oturum).’

Aynı katılımcı bebeklik döneminde, annesinin doğuma karamsar yaklaştığını ifade ederek kendisini zayıf ve cılız olarak gördüğünü ifade etmiş, çocukluk döneminde kendisine annesinden çok ablasının baktığını vurgulamıştır. Annesiyle ilişkisinin dönemden döneme dalgalı bir şekilde seyrettiği, kimi zaman iyi kimi zaman kötü olduğunu bildirmiş ve annesinin şiddet kullanmayı seven biri olduğunu, bu yüzden zaman zaman ailede bununla ilgili problemlerin yaşandığını belirtmiştir. Bununla birlikte annesinin doğum olayına karşı olumsuz ve karamsar bir tavır takındığı danışan tarafından “...herkesin annesi çocuğunu kucağına alınca (çocukları) sevinirlermiş, ağlamaktan vazgeçerlermiş, beni kucaklarına aldıklarında ben ağlarmışım, beni yere bırakınca sessizce oturmuşum.” şeklinde aktarılmıştır. Bu durum, katılımcının annesiyle bağlanma problemi yaşadığının önemli bir işareti olarak yorumlanabilir. Söz konusu katılımcı BCTT’de ise annesine karşı tavrını şu şekilde belirtmiştir:

‘3. Annelerin iyisi: çocuklarına küçük yaşta şiddet uygulamayandır.’

Anamnez oturumunda güvenli bağlandığını vurgulayan katılımcılardan biri olan SB3 de annesinin zaman zaman hem sözlü hem de fiziki şiddete başvurduğunu şu şekilde ifade etmiştir:

Danışan: Kadınlar genelde annemi muhtar gibi bilirler... Babamla çok güzel anlaşırım ama annemle zıt ilişkilerimiz de olmuştur. Eve girip çıkmalarda, arkadaş çevreme yönelik sarf ettiği sözlerde... Hep derslerime yoğunlaşmam gerektiğini söylerdi. ...Annem çok iyi bir insan ama babam kadar olduğunu düşünmüyorum.

Danışman: Baban senin için daha ön planda, peki aradaki fark ne?

Danışan: Çocukluğumda babama kıyasla bana daha çok vurmasıdır, diyebilirim. Bir de sürekli beni başkasının oğluyula kıyaslıyor. Annem sürekli yapıyor bunu. Sürekli diline sahip çık, diyor. Çok fazla konuşma ve dinleyen kişi ol, diyor (SB3-Anamnez 2.Oturum)’

Öte taraftan, anamnestik öyküler ışığında, tanı almış bireylerin anneleri ile olan ilişkileri incelendiğinde bu grupta da annelerin zaman zaman çocuklarını istismar eden otoriter bir figür olarak görünmekle birlikte diğer grubun aksine öfke ve kızgınlık duyulan değil daha çok özdeşim kurulan figür olarak görüldüğü ifade edilebilir. Örneğin, katılımcılardan biri bu özdeşimi şu şekilde ifade etmiştir:

'...Bu dönemde annemden başka hiç kimse beni anlayamadı. ...Annem evlendiğinde 15'indeydi. Bu yüzden benle büyüdüğünü söylerdi. Çünkü erken yaşta evlendi. Hiçbir şey bilmezken... Benle birlikte büyüdü. O zor şartlarda beni büyüttü... (PB1-Anamnez 1.Oturum)'

Ancak aynı katılımcının TAT öykülerine bakıldığında, anneye karşı negativist tutumlarının olduğu, ancak bunu bastırmaya (repression¹⁰) çalıştığı görülmektedir. Aşağıda bu kartlardan yalnızca birine yer verilmiştir:

'Buradaki yaşlı kadını buradaki genç delikanlının annesi olarak düşünüyorum. Gencin annesine bir şeyler anlattığını görüyorum orada. Annesi şaşkınlık içerisinde yüzünü dönmüş kara kara düşünüyor. Erkeğin de yüzünde baya bir utangaçlık var. Erkekten bir pişmanlık kadında bir şaşkınlık var (PB1 – TAT 6. KART-BM).

- *Dinamik yorum: Anne – çocuk ilişkisinde annenin sıcak ve kabullenici bir tutum içinde olmadığı düşünülmektedir. Çocuk kendisi için önemli olan bir sorunu annesiyle paylaşırken dahi utandırılan ve bundan dolayı pişmanlık hissettirilen 'boyun eğici (pasif)' birey konumundayken; anne ise çocuğuna sürekli hayretler içinde bakan, 'aşağılık kompleksi' nin oluşmasına katkı sağlayan 'otoriter' birey konumundadır.*

Danışan için özel not: TAT öykülerinin tümü için Anne: Bağlanma sorunsalı yaşanan, çocuğunun yaşadıkları sorunlara şaşırarak kişi. Anneye yönelik çok fazla veri yok.'

Ayrıca, SB'lerden farklı olarak PB'ler annelerinin sürekli hasta olduklarını vurgulamış/yakınmışlardır. Katılımcılardan biri bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

'...Kendimi bildim bileli annemin hasta olduğunu hatırlıyorum. Onu bazen üşüme tutardı, ateşi çıkar ve her tarafının ağrıdığını söylerdi. Onu kaybedeceğimden korkardım. Çocukluk dönemde annemin sağlıklı olduğunu hiç hatırlamıyorum (PB3-Anamnez 1.Oturum).'

Bazen de yukarıdaki durumun aksine, TAT'de anne ve babaya yönelik veriler net bir şekilde alınmadığında bu veriler, kapsamlı bir sorgulama yapıldığı için, anamnezden alınabilmektedir. PB2'den alınan anamnestik veriler aşağıda verilmiştir:

'Danışman: *Annenin ailedeki diğer bireylerle kurduğu ilişkisi nasıl?*

Danışan: *Hiçbir şeyden mutlu olmuyor. Ne yaparsam mutlu olmuyor. Genç yaşında babasından büyük biriyle evlenip 6 çocuk baktı. Bu yaşa geldi. İçinde neler olduğunu bilemezsiniz. Nasıl ki panik atağı dışardan bilemezsiniz, ona da dışarıdan baktığında anlayamazsınız. Yorum yapamazsınız... Onu o biliyor, dışarıdan baktığım sürece bilemem yani.*

Danışman: *Psikolojik sorunları var mı?*

¹⁰ Repression ve Suppression iki ayrı savunma düzeneği olup, dilimize 'bastırma' şeklinde çevrilmiştir. Yapılan literatür taraması esnasında bu iki kavramın tek bir kavrammış gibi algılandığı ve zaman zaman birbirlerinin yerlerine kullanıldığı görülmektedir. Bastırma (repression), klasik psikanalitik teoride, acı verici deneyimleri ve kabul edilemez dürtüleri bilinçten dışlayan temel savunma mekanizması olarak tanımlanır. Bu savunma düzeneği sakıncalı cinsel isteklerin, düşmanlık duygularının ve egoyu tehdit eden her türlü tecrübe ve hatıraların neden olduğu kaygıya karşı egoyu bilinçsiz bir şekilde korumaya çalışır (APA, 2020b). Baskılama (suppression) ise rahatsız edici düşünceleri ve deneyimleri akıldan çıkarmaya ya da kabul edilemez dürtülerin ve duyguların ifadesini kontrol etmeye ve engellemeye yönelik bilinçli bir çaba olarak tanımlanmaktadır (APA, 2020c). Bu nedenle olgun savunma mekanizmaları arasında yerini almaktadır.

Danışan: Ben olduğuna inanıyorum. Kendime işkence etmek zarar vermek istiyorum, diyor. Bu bir psikolojik sorundur.

Danışman: Bunu çok sık söyler mi?

Danışan: Her gün söylüyor. Ben gider en güzel ayakkabılar, elbiseleri alırım. O gider en pisini, en çirkinini giyer. Kendini her zaman acındırarak duruma sokar.

Danışman: Sebebini sorduğunuzda söyledikleri...

Danışan: "Kendimden nefret ediyorum" diyor. "Gençliğimi mahvettiler. Geldim, S...'nin çocuklarından kimse beni sormuyor" Diyor. Babamın çocukları yani... (Anamnez 2.Oturum)'

BCTT'nin 13.maddesine (anneye karşı tavırlar) verdiği yanıt ise şu şekildedir:

'13. Annem: hep onların var, bizim yok der!'

Babaya karşı tavırlar

Bir önceki alt temada katılımcıların ebeveynleri tarafından istismar edildiği, şiddete maruz kaldığı vurgulanmıştı. Burada da bir önceki alt temaya benzer şekilde, gruplardan alınan anamnestik veriler ve uygulanan projektif testlerden elde edilen bulgular, grupların babalarıyla sağlıklı bir iletişim örüntülerinin olmadığını göstermektedir. Ancak tanı almamış bireyler babalarıyla olan bu iletişim biçimlerini olduğu gibi anlatmayıp bastırırken, tanı almış grubun babalarına olan öfke ve kızgınlıklarını net bir şekilde ifade etmeleri dikkat çekici bir bulgudur. Aşağıda SB'li bireylerden birinin babasından gördüğü şiddeti ifade ediş şekli şöyledir:

'**Danışman:** Tüm yaşamın boyunca hatırlamak istemediğin anlatmaktan kaçındığın, sana huzursuzluk kaygı ve acı veren bir olayı ayrıntılarıyla anlatmanı istiyorum.

Danışan: Bir defasında kardeşimle tartışmıştım. Sonra babam bize kızmıştı. Ben de evden kaçacağımı söyledim. Daha sonra babam beni almaya gelmişti ve elinde sopa vardı. Buydu...

Danışman: Peki, sonrasında neler oldu?

Danışan: Sonrasında unuttuk geçti. Ertesi gün unuttuk.

Danışman: Baban sopayı almıştı... Kullandı mı peki?

Danışan: (Gülerek) Fazla kullanmadı, aslında...

Danışman: Biraz kullanmış yani.

Danışan: Evet, zaten ondan sonra bir daha da evden kaçmama kararı aldım (SB3 -Anamnez 2. Oturum).'

Bir başka SB'li birey babasının öğretmen olduğu okulda kendisinin de öğrenci olduğunu, babasının otoriter tutumunun ve neden olduğu rol karmaşasının kendi üzerinde yarattığı olumsuz etkiyi şu şekilde ifade etmektedir:

'Babamla aramda hep şey ilişkisi vardı... Pek fazla şey etmezdim onun istediği gibi yapardım. Okuldayken hocamdı, evdeyken babamdı. Bu şekilde söyledim. Hatta çoğu zaman mesela okuldayken haksız yere kızdığı olurdu. Ben yine bir şey diyemezdim. Sonuçta hem hocam hem babamdı. Tayini çıkmıştı komşu köye... Ben ailemin aksine sevinmişim artık. Artık bende herkes gibi olacağımı

düşünmeye başlamıştım. Zaten 6. ve 7. sınıftan sonra fark etmeye başlamıştım, arkadaşlarla daha çok içli dışlı olmaya başladığımı o zamanlar fark ettim (SB4 – Anamnez 1. Oturum).

Aynı katılımcının ‘baba kartı’ olarak bilinen TAT’nin 7.Kartı (BM) nasıl hikâyelendirdiği ve araştırmacı tarafından yapılan yorum aşağıda verilmiştir:

‘Birbirinden memnuniyetsiz iki adam var. İş için yapılan toplantılara benziyor. Belli ki birbirlerine karşı tutumları memnuniyetsizce duruyor. Muhtemelen anlaşamamışlardır ya da biri diğerini ikna etmeye çalışıyor. Yalnız şu sol taraftaki adam diğerini hor gören bir bakış atıyor. Burada yüzünde tuhaf bir bakış var zaten. Bu kadar (SB4 – TAT 7.KART BM).’

- *Dinamik yorum: Babaya ilişkin negativist tutum açığa çıktı. Otorite, baba, diğer erkeklere ilişkin anlaşılama kaygısı var. Erkekler tarafından hor görüldüğünü hissediyor.*

Diğer taraftan tanı almış bireylerin babalarıyla olan iletişim örüntülerini daha rahat bir şekilde ifade edebildikleri görülmüştür. PB1’in anamnez oturumlarından alınan iki ayrı alıntısı şu şekildedir:

‘Babam zaten beni hiç anlamıyordu. ilköğretim mezunu... Zaten babam psikiyatriste gittiğimde bağıryordu gitme diye! ...Babamla hiç bu yaşa kadar oturup da bir baba – oğul konuşması yapmadık. Sadece okulunu oku diyor!’

...

‘Danışman: *Peki... Yakın zamanda gerçekleştirmeyi düşündüğün amaçların var mı?*

Danışan: *Sınavı atlatıp göreve geldikten sonra müziğe başlamak... Ailem saz çalmama izin vermemişti. Gizli yapıyordum. Babam zaten çok karşı çıktı. ...Saza başlarsam hiçbir zaman okul okumayacağımı düşünürlerdi. Babam böyle derdi. Ben seni okula gönderdim, saz çalamazsın! (PB1-Anamnez 1. Oturum).’*

Bir başka PB’li birey ise babasının otoriter ve şiddet içeren tutumunu şu şekilde aktarmıştır:

‘Babam bize karşı çok sertti. Babam pek yoktu. İş sebebiyle ya il dışında ya şehir dışındaydı. Babamı çok göremiyordum. Ama geldiğinde en ufak bir şeyde kızılıyordu. Mesela büyük ablama karşı şiddete başvurabiliyordu (PB3 – Anamnez 1. Oturum).’

Aynı katılımcı babasının kendi yaşamında ‘olmayışını’ TAT kartlarının birinde şu şekilde hikâyelendirmiştir:

‘Burada bir baba var, bir de çocuk. Babasına güvenle sarılmış. Yillardır sanki birbirlerini görmüyorlar. İçinde yılların sanki özlemi varmışçasına sarılmışlar. Belki uzun zamandır birbirlerini görmüyorlar. Çocuk ona sarıldığı için güven duygusu alıyor. Baba da o şefkatle o sevgiyle sarılmış. Çocuğunu kokluyor. Çocuk da o şekilde sarılıyor. Üzgün de biraz. Babası ona iyi gelecek, yaralarını iyileştirecek gibi duruyor. İyi ki babama sarılmışım diyor. Baba da bu durumdan memnun tabi. Çocuğunun yanında olduğu için mutlu (PB3-TAT 10.KART).

- *Dinamik yorum: Anksiyetenin ve diğer psikolojik sorunların temelinde yatan neden danışanın yaşamında yer alan ‘baba’ imajının yokluğu olarak düşünülmektedir. Çocukluk döneminden bu yana babadan alınması gereken güven duygusunun, şefkatin alınamaması ya da daha doğru bir ifadeyle baba tarafından verilmemesi danışanın iç dünyasında bir boşluk (özlem) yaratmıştır. Bundan dolayı kız üzgün, ancak babasının yaralarına iyi geleceğini düşünüyor.*

Son olarak bir başka katılımcı ise babasına olan öfke ve kızgınlığının nedenini anamnez oturumunda uzun bir şekilde izah etmeye çalışmıştır:

'Benim babam çok eşlilik yaptı. Ve bunu sanki biz haketmişiz gibi yansıtıyordu. Babam ikinci evliliğini annem ile yaptı ve toplamda üç kere evlendi. Üçüncü eşi amcamın eşi. Amcam vefat edince onun karısı ile evlendi. Toplamda 21 kardeşiz ve altısı öz kardeşdir. Birinci annemden on kardeş ve kalan beşi de yengemdendir. 10 erkek 11 kız olması lazım. Babam yaramazlık yapınca şiddet uygulardı... Annem bana hamile iken amcam vefat etmiş. Sonrasında amcamın eşinin babam ile nikahlanacağını duymuş. Tabi o sıralar bunlar bir yana aile içi şiddet de had safhada. Babam şiddet uyguluyordu. Çok sinirli biriydi zaten. Annem bayağı bir şiddet görmüş. Bu yüzden annem evini alıp ilçeye gidiyor ama ben doğunca tekrar köye geliyorlar. Tartışma, kavga, gürültü derken ben doğduktan sonra annem beni bir iki aylık iken bırakıp gitmiş ve beni üvey annem büyütmüş. Yani amcamın eşi. Yaklaşık altı yedi ay boyunca bakmış bana. Sonra annem gelmiş ama annem rahatsızmış psikolojik olarak. Daha sonra ayrılmadık fakat üç evlilik bayağı bir çatışmalı geçti (PB5-Anamnez 1.Oturum).'

Hangi Savunma Mekanizmalarını Sık Kullanıyor?

Bireyin kullandığı ana savunma mekanizmaları üzerinde durmak, kişilik dinamikleri hakkında daha fazla bilgi verdiği için önemlidir (Güneri, 2016). Psikanalitik teoride, savunma mekanizmaları, kabul edilemez veya potansiyel olarak zararlı uyarılardan kaynaklanan kaygıyı azaltan bilinçdışı bir psikolojik mekanizma olarak tanımlanmaktadır (Schacter, 2011). Anksiyete karşısında bireylerin geliştirdikleri savunmaların nasıl geliştirildiğini görmek (regresyon, kaçış, pasiflik vs.) kişilik dinamikleri hakkında önemli veriler sunmaktadır. Bu temada katılımcıların en sık kullandıkları savunma mekanizmalarına yer verilecektir.

Öncelikle tanı almamış grup kendi içinde karşılaştırıldığında, anamnez ve TAT oturumlarında sergilenen savunma mekanizmalarının çok keskin bir şekilde farklılaştığı ifade edilebilir. SB'ler anamnez oturumlarında sıklıkla 'entellektüalizasyon' (düşünselleştirme) savunma mekanizmasını kullanırken, TAT'de 'baskılama (suppression)' (ebeveynleri ile olan iletişim örüntülerinde olduğu gibi) ve 'inkâr' savunma mekanizmalarını kullandıkları görülmüştür. Entellektüalizasyon, psikanalizde, çatışmaların veya duygusal sorunların soyut veya aşırı zihinsel faaliyetlerle gizlendiği bir savunma mekanizması olarak tanımlanmaktadır (APA, 2020a). Bu savunma mekanizması duygusal stresle yüzleşmeyi engellemek için düşünsel süreçlerin ön plana çıkarılmasıyla gerçekleştirilir (Gabbard, 2017). Aşağıda anamnez oturumundan alınmış bir kesit bu savunma mekanizmasının tanı almamış bir birey tarafından nasıl kullanıldığını göstermektedir:

'Danışman: *Şu ana kadar yaşadığın bu problemi çözmek için neler yaptın. Ne gibi önlemler aldın?*

Danışan: *Bu tür düşüncelerden uzak durmak için tiyatro gibi bazı alanlara yöneldim. Üniversitede mümkün oldukça hiçbir tiyatroyu kaçırmamaya çalıştım. Ayrıca, şiir, öykü, makale yazarım. Sosyal çevremle olan irtibatımı sınırladım. Problemleri aşmak için kendimi kitaplara adanarak bu gibi önlemler aldım.*

Danışman: *Bunun dışında herhangi bir önlemin ya da baş etme yöntemin var mı?*

Danışan: *Psikolojik bir terimle ifade etmek gerekirse kendime katarsis uygulamam. Buna da 'inziva' derim ki evdeki arkadaşlarım bilirler... Ortam kalabalıklaştığı zaman odama çekilerek duygusal ve zihinsel olarak kendimi dinlendiririm. Bu tür önlemlerim var (SBI-Anamnez 1.Oturum)'*

Aynı katılımcının hem entellektüalizasyon hem de baskılama savunma mekanizmasını nasıl kullandığını ortaya koyan aşağıdaki TAT yorumu da anamnez oturumundan elde edilen bulguları destekler niteliktedir:

'Güneşin doğduğu uzak bir yerden geldiğini söyleyebilirim. Nasıl söylesem daha çok Asya steplerinde yaşayan insanlar olur ya işte yaşadıkları yeri sevmiyorlardır. Onları oraya bağlayan herhangi bir umutları, bir bağlılıkları yoktur ve bunun içindir uzun yolun düz bir çizgi ile hiç sapmaması... Ama tek bu ağaçlık gölgeden geldiğini görüyorum; ama burada ağaçlar çiçek açmış ve güneş doğmuş. Çok güzel görünüyor. Büyük bir ihtimalle yaşamak istediği bir hayatı burada bulduğunu ifade eden bir gezgin, bir keşiş görüyorum. Çünkü eğer yoldan sapsaydı, ama sapmamış düz bir yoldan gelmiş... Bu yüzden aldığı kararlarda sağlam kararlar aldığını, dediğim dedik diyen yaşlı bir adam görüyorum (SBI- TAT 20. KART).

- *Dinamik yorum: Korkuyu inhibe etti, baskılama savunma mekanizması, entellektüalizasyon... Kendini bulunduğu yere ait hissetmiyor. Yaşamak istediği bir hayat planı var ve bunu gerçekleştirmek istiyor.'*

Son olarak bir başka katılımcının TAT'ye yaptığı hikâyelendirmede kullandığı savunma mekanizması ise şu şekilde yorumlanmıştır:

'Burada da bir genç kız var. Yatıyor yada kendine zarar vermiş olabilir. Hastane odası ya da normal bir ev de olabilir. Yorgun bir şekilde yatmış da olabilir bu kadın. Hasta bir kadın da olabilir. Sanırım üzgün bir kadın. Kocasından, ailesinden ya da herhangi birinden şiddet görmüş de olabilir. Onun üzüntüsüyle ağlıyor olabilir (SB3-TAT 3.KART BM).

- *Dinamik yorum: Diğer kartlarla desteklenirse gizil homoseksüalite. Depresif düşünceler, kendisine yönelik agresyon. Depresif duygularının nedeni çevresindeki insanlardan gördüğü zarar olabilir. Yerdeki nesneden söz edilmemesi saldırganlığın inkar edildiğini göstermektedir.*

Tanı almış bireylerin SB'lerden farklı olarak, hem anamnez hem de TAT oturumlarında kullanılan savunma mekanizmalarından 'regresyon'un ortak olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hem PB'lerin hem de SB'lerin TAT'lerinde kullanılan savunma mekanizmalarının (inkâr) benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Aşağıda tanı almış bireylerden birinin hem anamnez hem de TAT oturumlarından alınan kesitlere yer verilmiştir:

Dışarıda yağın kara rağmen içerde sıcak bir yuva var. Tüten bir baca var. İçinde aile olan bir ev var. Kapıyı göremiyorum. Dışarıda çok büyük fırtınalar var. Epey sıkıntılı bir durum var. Ama evin içi aydınlık ve güzel;

ama dışarıya çıkılmıyor. Kapı kapalı olduğu için dışarıya çıkamıyorsun. Dışarıdaki fırtınaya rağmen içi sıcak bir ev var. Bunun olması güzel (PB3 – TAT 19. KART).

- *Dinamik yorum: Danışanın, diğer kartlardaki yorumların aksine, ego entegrasyonun yeterli olduğu söylenebilir. Sıcak yuva vurgusu, anne rahmine duyulan özlemin regresif bir ifadesi olarak alınabilir. Dış dünyanın tehlikeli bir yer olduğu vurgusu var, bu nedenle danışan güvenlik ihtiyacını iç dünyasına kapanarak gidermeye çalışıyor. Ancak bunun da danışan üzerinde 'engellenmişlik' hissinin yarattığı (...kapı kapalı olduğu için dışarı çıkamıyorsun...) bir yaklaşma – kaçınma çatışmasının varlığından söz edilebilir.*

...

Danışman: *Şimdi sizden gidebildiğiniz kadar çocukluğunuza gitmenizi istiyorum. Hatırladığınız ilk anınızı anlatın. Kolaylaştırmak için gözlerinizi kapatabilirsiniz.*

Danışan: *(Gülerek) Bahçedeyim elma topluyorum. Etrafımda annem var. En güzel elmayı seçip anneme veriyorum. Kardeşlerim orada. Elma arıyorlar. En güzel elmayı ben bulup anneme veriyorum... (PB3-Anamnez 2.Oturum)'*

Bir başka tanı alan katılımcının TAT kartlarında kullandığı savunma mekanizmasının bir örneği aşağıda olduğu gibi verilmiştir:

'(30 saniye kadar sessizlik) B şehrinde buna benzer bir istasyon caddesi var. Böyle şey, akşamları herkesin gezdiği bir cadde. Boş boş geziyorsun böyle sadece gezmek için çıkılan cadde. Oranın daha uzun daha ışıklısı daha aydınlık bir cadde. Konser var sanki... İnsanlar toplanmışlar resim çekmişler. Resim çekerken de (gülüyor) biri elini flaşın önüne tutmuş. O yüzden orası biraz parlak çıkmış. Elektrik direği falan var. Fotoğrafi çeken kişi ağaçları ve ışıkları çekmeye çalışmış, insanların kafaları falan çıkmış. Bu kadar... (PB4-TAT 20.KART).'

- *Dinamik yorum: Karta ilişkin çok fazla tasvir var. Olaylardan, hikâyelerden çok betimlemelerin olması obsesif kaygıların olduğunu göstermektedir. Bu kartın korkuların ortaya çıkarılmasına yönelik bir kart olduğu düşünüldüğünde danışanın korkularını inhibe ettiği ifade edilebilir. Bu karttan da anlaşılacağı gibi danışanın bastırma savunma mekanizmasını etkin bir şekilde kullandığı ve böylece korkularını bastırıldığı söylenebilir.*

Özetlemek gerekirse, SB'lerin daha çok entellektüalizasyon, baskılama ve inkâr düzeneklerini kullandığı; PB'lerin ise başta regresyon savunma mekanizması olmak üzere, bastırma ve inkâr savunma mekanizmalarını da kullandığı görülmüştür.

Ana Kahramanın Yaşadığı Önemli Çatışmalar Hangileri?

Bireyler belirledikleri hedeflere ulaşmaya çalışırken, zaman zaman fiziksel veya psikolojik bir takım engellerle karşılaşabilmektedirler. Ruh sağlığı çalışmasının temel görevlerinden biri, danışanın yakındığı duruma yönelik yaşamakta olduğu çatışmalarını anlamaya çalışmak ve buna uygun bir müdahale metodu oluşturmaktır. Bu doğrultuda katılımcı grupların yaşadıkları çatışmalar bu tema altında incelenmiştir.

Hem projektif hem de anamnez verilerden elde edilen bulgular her iki grubun da benzer çatışmalar yaşadıklarını göstermektedir. Anamnez oturumlarından elde edilen veriler doğrultusunda SB'lerin en sık yaşadıkları çatışmalar sırasıyla 'Başarı-başarısızlık çatışması, cinsel çatışma ve otorite çatışması' iken bu durum TAT kartlarında aynı alt temalar ile farklı bir sıralamada ('cinsel çatışmalar, başarı-başarısızlık çatışması ve otorite çatışması) elde edilmiştir.

SB4'ün anamnez ve TAT oturumlarından alınan aşağıdaki kesitler katılımcının cinsel çatışmasına ilişkin önemli veriler sağlamaktadır:

'Lise kızları bizim okuduğumuz zamanlarda, özellikle bizim köydeki ortamda, genellikle serseri tiplerden hoşlanırdı. Saçı 2 metre uzun kravatı gevşetip sigara içen arabesk rap ve pop müzik dinleyen tiplerdi. Benim öyle bir huyum yok. Ben küçüklükten beri özgün müzik, halk türküleri, Anadolu müzikleri ve rock müzik dinlerdim.

...

Kazara bir kitapta üremeye alakalı şeyler okumuştum. Benim ne işim olur böyle şeylerle dedim. ...Biraz hayattan soğudum diyebilirim. İnsanlar ilişki kurar yürütür. Bunun sonu sürekli cinselliğe gidecek diye bir şey yok. Dahası cinsellik ağızlarda malzeme olacak bir durum da değil. ...Televizyonda olsun, reklamlarda olsun, çevredeki konuşmalarda ve şakalarda olsun. Sürekli gözünüze sokarlar. Ben manasız bulmuştum (SB4- Anamnez 2.Oturum).'

TAT oturumu ise çatışmanın varlığını şu şekilde desteklemektedir:

Kadınla erkek büyük olasılıkla evlidirler. Tartışmışlardır ve erkek bir yere gidiyordur. Kadın da arkasından gidiyordur engellemek için. Bitti (SB4-TAT 4.KART).

- *Dinamik yorum: İkili ilişkilerdeki tutuma dair bir kart. Karttaki cinsellik farkedildiği için hikâye hemen sonlandırıldı. Katı süperego... İlişkilerinde sorun yaşadığında bunu kaçmak, uzaklaşmak şeklinde çözmeye çalışıyor olabilir. Ancak uzaklaşmasına engel olacak biriyle birlikteliğe özlem duyuyor da olabilir. Arkadaki kadından bahsedilmemiş olması cinsel problemlerin varlığına işaret etmektedir.*

Son olarak tanı almamış katılımcıların birinin anamnez oturumundan çıkarılan aşağıdaki kolajda, katılımcılar tarafından yaşandığı ifade edilen çatışmaların bir özeti görülebilmektedir:

'Danışman: Bunun bir değerlendirme görüşmesi değil de bir terapi oturumu olduğunu ve bu terapiye başvurduğunu düşün. Nelerden bahsederdin?

Danışan: Bana sıkıntı yaratıp dehşet verici olan babamın kaybıyla alakalı olsun, eğitimdeki başarısızlığım ile ilgili olsun ve ailemle aramda kötü giden ilişkilerle alakalı sorunlardan bahsederdim.

Danışman: Bu sorunlar içerisinde herhangi birini seçmiş olsaydın, önceliğin hangisi olurdu?

Danışan: Aslında beni en çok rahatsız eden temel sorun şu olurdu: Babamın vefatından sonra ortaya çıkan akademik başarısızlığım... Beni en çok düşündüren sorunun bu olduğunu düşünür, bunun üzerine yoğunlaşabilirdim.

Danışman: Yani şunu mu demek istiyorsun. Eğer babanın vefatı olmasaydı, senin ifade ettiğin şekliyle 'başarısızlık' da olmayacaktı eğitim durumunda.

Danışan: Aynen öyle düşünüyorum. Kesinlikle bu problemlerin başında gelmektedir. Önce bir üniversite sınavına, ardından bir Ortaöğretim KPSS sınavına girip başarısız oldum. Sonrasında Lisans KPSS'de başarısız oldum. Önümde bir ALES'e ilişkin başarısız olacağım korkusuna kapılıyorum. Bundan ötürü geceleri soğuk ter basma ve gerginlik gibi durumlar yaşıyorum.

....

Danışan: Kendimi ifade edemiyorum. Ailemle bu konuyu (başarısızlık sebeplerini) konuşurken kendimi ciddi anlamda sindirilmiş baskılanmış hissediyorum. Duygularımı ifade edemediğimde ailem de pasifliğime karşın sinirleniyor, kızıyor ve kişiliğime ettikleri hakaretleri beni yıpratıyor.

Danışman: Pasiflik dediğin şeye bir örnek verebilir misin?

Danışan: Mesela, bazı arkadaşlarım benimle beraber liseyi bitirdiler. Benim kadar başarılı profilde olmayan kişilerin benden daha iyi bir yerlerde olmaları ve benim halen hiçbir şey yapamamış olmam, ders notlarımın kötü olması ve geleceğim hakkında karamsar olmam vs...

....

Danışan: Babamın vefatından sonra başarısızlığımın sebebini özel hayatıma bağladılar.

Danışman: Babanın vefatına değil de özel hayatına bağladılar.

Danışan: Aynen öyle... O yüzden ailemin bana karşı cephe alarak beni eleştirmesi ve beni kendilerinden (köyden) uzak bir dershaneye göndermeleri beni çok yıpratmıştı. O yüzden artık bu ilişkiyi (kız arkadaşıyla olan ilişkisi) yürütemeyeceğimi anlamıştım. Bu sorunlar içinde böyle bir ilişki ile ilgilenmemem gerektiğini düşündüm ve ilişkiyi bitirme kararı aldım, bir diğer sorun da bu.

....

Danışan: Daha önce karşı cinsle bir ilişkim olduğunu söylemiştim. Bu ilişkimin tasfiye edilmesinden sonra kesinlikle herhangi bir ilişki oluşumuna karşı çıktım. Kendime daha çok zaman ayırmaya çalıştım. Kendimi daha çok güçlendirmeye çalışmam gerektiğine inandım.

.....

Danışman: Evlilik ile ilgili düşüncelerinden bahseder misin?

Danışan: Son iki üç yıldır pek olumlu bakmıyorum. Evliliği gerekli bir kurum olarak da görmüyorum. Çocuk için uygun şartların olmadığını düşünüyorum. Dünyanın zorluklarını görüyorsunuz anne-babanın yetersizliğini görüyorsunuz, (kendi) yetersizliğinizi görebiliyorsunuz... Bu şartlar altında dünyaya çocuk getirmek biraz sıkıntılı olur (SB1-Anamnez 1.ve 2. Oturum).'

Tanı almış bireylerin yaşadıkları çatışmalara bakıldığında, tanı almamış grupla benzer şekilde sıralandığı ('Başarı-başarısızlık çatışması, cinsel çatışma ve otorite çatışması'), sadece SB'lerden farklı olarak psişik çatışmaları daha yoğun yaşadığı görülmüştür.

Bir katılımcının yaşadığı psişik çatışmayı oldukça net bir şekilde ortaya koyan bir anamnez alıntısı aşağıda verilmiştir:

'Danışan: Karısıdır, kızıdır, esrarı, kokaini, alkolü... Bunlar bize haz veriyordu. Silahımız belimizde. Biz babayız, kabadayıyız, X şehirliz diye geziyorduk. Biz vurur, eder, kırarız. Bunlar vardı bizde yani.

Danışman: Peki, ne oldu da bunlardan vazgeçtiniz?

Danışan: Esrar içerek kendimi avuttuğumu düşündüm. İçip hayal dünyana giriyorsun. Diyorsun ki 2009'da öyle oldu. 2010'da çok daha farklı olacak. Kapılıyorsun ama yıllar geçiyor her şey aynı. Kendini kandırıyorsun. Bakıyorsun aynaya suratında meymenet yok. Diyorsun ki bu defa, ben bu değilim. Oturaklı biriyim ve bana yakışmıyor dedim. Benim bir ailem var. Günde 1 esrar içiyorum 20-30 sterlin para veriyorum. Dedim ki bu 20-30 sterline anneme 2 çuval un alırım. Annem 2 suya - tuza vursa, mercimek makarna olsa aç kalmaz dedim. Benim bir günlük esrarımla onun 1-2 aylık ununu alırdık. İkinci gün alacağım esrarla onun mercimeğini yağını, salçasını alırdık. Aynaya kendime bakarak konuştum. Sen ne yapıyorsun dedim. Ya bırakırsın ya da bu yolda geberirsin dedim. Sonra 2 tane kadın çağırdım. Malezyalı, Filipinli falan. Masaya esrarımı, kokainimi, votkamı koydum ve dedim ki bunlarla her şeyimi yaşayacağım. Dedim ki aklıma gelebilecek her pisliği yapacağım. Sonra teyzemin borcuyla ilgili bir arkadaşla şey yaptık. 1-2 uyuşturucu teslimatı yaptık. O da canımı sıkıyordu. Bu sondu zaten. Her gün teyzem diyordu ki John bizim paraya ne etti. Senin yüzünden bizim çocuk çocuk perişan. Halbuki böyle bir şey yok. Sonra işte şey dedim. Bu gece son. Arkadaşım Liverpool'da, Nakşibendilerin Dergahı'nda sofilik yapıyordu. "Ali (kod isim) gel, tövbe et, her şeyi bırak. Sen iyi insansın." dedi. Dedi ki tövbe Allah'tandır ama biz de yardımcı oluruz. O akşam ne yaşadıysam yaşadım, sabah kalktım. Trenime bindim Liverpool'a gittim. Orada bir gün kaldım. Mescitte bir güzel yıkandım. Gusül falan aldım. Tövbe ettim. O gün, bu gündür, ne namazımı bıraktım, ne alkol içtim. Hiçbir şey yapmadım. Alkolü zaten ondan önce bıraktım, babam öldüğü zamandı. Pasaporta başvurdum. Dedim ki söz, ben bugünden sonra içmiyorum. 2005'ten beridir işte içki kullanmıyorum. 2009'dan beridir de madde kullanmıyorum, kumar zaten ben de yoktu. Hiçbir şey yapmadım. O günden beri de namazımı kaçırmıyorum (PB2-Anamnez 1.Oturum).'

Burada da çok net bir şekilde id ve süperego arasındaki çatışmanın dikkat çektiği ifade edilebilir. Cinsel ve psişik çatışmalar yoğun bir şekilde yaşanıyor. Özellikle yapılan illegal işlerden duyulan suçluluğun bastırılması için 'maneviyat' bir savunma mekanizması olarak kullanılarak rahatlama elde edilmeye çalışılıyor. Bu aynı zamanda katılımcının baş etme stratejisine, bağlanma stiline ilişkin önemli bir veri kaynağı ve geleceğe karşı tutumun da ortaya konduğu dikkat çekici bir örnek olarak düşünülmektedir.

Bir başka bireyin yaşadığı psişik çatışma örneği ise şu şekildedir:

'Danışman: Hatırladığınız bir rüyayı anlatmanızı istiyorum.

Danışan: Bir yerden geçemediğim rüyalar var. Sığmadığım bir yerlere girmeye çalıştığım rüyalar, yüksek bir yerden düştüğümü gördüğüm rüyalar var.

Danışman: "Bir yerden geçemediğiniz" rüyanız size ne hissettirmişti?

Danışan: Kötü hissettirmişti.

Danışman: Kendi hayatınızı düşündüğünüzde sizce neyi temsil ediyor olabilir?

Danışan: Belki bir yere sıkışıp kaldığımı ve çıkamadığımı düşünüyorum (PB3-Anamnez 1.Oturum).'

Tanı almış katılımcılardan birinin aile ilişkilerini nasıl algıladığı aşağıda çok net bir şekilde ortaya konmuş, savunma mekanizması ve otonomi çatışması açığa çıkmıştır. Şöyle ki:

'Bu tarım yeri bir köy veya bir kasabaya benziyor sanki. Sağdaki kadın yüzünü güneşe dönmüş. Kafayı dinlendiriyor. Elinde kitap olan bir bayan var. Sanki geleceğe dair biraz ümitli. Orada bir adam var. Atıyla

toprak mı sürüyor ne...Hayvancılık yapıyor. Eğitim, hayvancılık... Sanki bir yaşamımızla yüzleşmemiz gibi bir şey. Hem yaşadığım şeylere dair biraz yakın şeyler var, hem benim hayatımda tarım, hayvancılık ve eğitim vardı. Kadını biraz anneme benzetiyorum. Öyle çaresizce bekliyor. Babam hayvanları severdi. Atımız da vardı önceden. Adam atla uğraşiyor sanki bir şeyleri yapacak (PB5-TAT 2.KART).

- *Dinamik yorum: Danışanın resimdeki tasvire yakın bir yaşam öyküsünün olması, karttaki objeler ile yakından ilişki kurmasını kolaylaştırdığı görülmektedir. Öncelikle elinde kitap tutan kadın ile özdeşim kurduğu (kendisi gibi eğitilmiş) ve geleceğe dair umutlarının olduğu görülüyor. Ancak sonradan asıl yüzleşme gerçekleşecek, annesinin çaresizliği karşısında ve babanın yokluğunda (hayvanları severdi! İfadesi babanın şu anda olmadığını düşündürmüştü, anamnez sonrasında ise bu bilgi teyit edilmiştir) babanın sorumluluklarını üzerine almaya (atla uğraşmaya) koyulmuştur. Son olarak at üzerinden sürekli bir yorumlamanın yapılması, danışanın 'regresyon' u bir savunma mekanizması olarak kullandığının göstergesi olarak düşünülebilir. Ayrıca danışanın anneden ayrılmaya, 'özerk olmaya' henüz tam olarak hazır olmadığı görülmektedir.'*

Dış Dünya Algısı Nasıl?

Bu temada temelde danışanın dış dünya algısının, yaşama dair korku ve endişelerinin nasıl (iyimser – kötümser) bir şekilde algılandığı özelde ise aile, arkadaş ve okul/işe karşı tavırlarının nasıl olduğunun keşfine yönelik sorgulamaların incelenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın bulguları incelendiğinde, SB2 ve SB3 dışında diğer tanı almamış bireylerin dış dünya algısının çok da olumlu olmadığı, aile ilişkilerinin sorunlu olduğu, bastırılmış korku ve anksiyetelerinin olduğu görülmektedir. Aşağıda tanı almamış katılımcılardan birinin anamnez oturumundan alınan kesitler, aile ilişkilerinin niteliği açısından kayda değer bir içerik taşımaktadır:

'Danışan: İki abim var. Onlarla sorunlar yaşadım, yaşıyorum. Ablalarım var onlar da evli ve onlar da sorunlar yaşıyor. Annem babam da sorun yaşıyorlardı. Bunların çok etkili olduğunu düşünüyorum. ...Babam vefat edene kadar her şey iyiydi. Ama ondan sonra abilerim süreci yürütmekte zorlandılar. Annem de süreci yürütmekte zorlandı çünkü her şeyi babam yapmıştı. Babam kimseye ihtiyaç duymuyordu. Babam vefat ettikten sonra sorunlar boy göstermeye başladı. Ablalarım, anneme ve abilerime tepki koymaya başladılar. Sürekli bir kavga sürekli tartışma, sürekli bir şiddet oluyordu. Onlar da rahatsız olmaya başlasa da araya giren mesafeden sonra şu an yavaş yavaş düzelmeye başlıyor.

Danışman: Seninle olan ilişkisi nasıldır?

Danışan: Pekiyi değildir. Bana aptal olduğumu deli olduğumu hiçbir şey yapamadığımı bir kız arkadaşımın bile olmadığı için öğrenci olmadığımı düşünür. Toplum içinde kaybedip gideceğimi düşünür (Anamnez-2.Oturum).'

Bir başka katılımcı ise aile ilişkilerini projektif kartlara şu şekilde yansıtmıştır:

'Burada bir ev var. Bir kız var daha doğrusu! Kız nasıl bir umutsuzluk peşindeyse, nasıl bir umutsuzluk içindeyse, nasıl bir üzüntü ve kederin içindeyse kendini köprüden suya atmak istiyor. Onun için her yer kapkaranlık... Belki alttaki onun evi olabilir ama evini bile görmüyor. Belki göremiyor... Hem köprüden

dolayı göremiyor hem de belki de görmek istemiyor çünkü tamamen kendini öldürmek istiyor. Gökyüzü simsiyah olmuş, hayat onun için bitmiş gibi... Her şey simsiyah, hiç aydınlatıcı bir şey yok, kapkaranlık her şey (SB5-17.KART GF).

- *Dinamik yorum: Aile içinde yaşadığı/maruz kaldığı şiddetten kaynaklanan umutsuzluk ve çaresizlik hissi var. Ailesini görmek istemiyor, çünkü aile içi ilişkinin düzeleceğine dair herhangi bir umudu yok. Aile içinde yaşanan bu şiddetin intihar nedeni olabileceği ifade edilebilir.'*

SB4 ise arkadaş ilişkilerindeki uyumsuzluğunu bir anamnez oturumunda şu sözlerle ifade etmiştir:

'(Arkadaşlar ile) Aramızda maalesef çok fark vardı. Öğretmen çocuğu olunca kitaplarla büyüyorsunuz. Benim kitaplara gömülme gibi hobilerim varken onlar oyun oynamak istiyordu. Okula başlamadan önce okuma, yazma, çarpım tablosu ve bilgisayar kullanmayı bile bilen biriydim. 2001 yılından bahsediyorum. O yüzden onların yaptığı şeyler çok çocukça geliyordu (SB4-Anamnez 2.Oturum)'.

Yukarıdaki bu ifade ile birlikte aynı katılımcının TAT kartlarına yaptığı aşağıdaki hikâyelendirme ve farklı olduğunu hissettirme çabası, arkadaşları ile olan ilişkilerinin neden sorunlu olduğu hakkında fikir verebilir:

'Daha önce astral seyahati duydunuz mu? Yanlış hatırlamıyorsam şu şekilde bir şeydi. Uyurken insanın mesela ruhun bedenden çıkıp gezmesi şeklinde bir eylem. Bir yandan ona benzettim. Saçlarını yana taramış biri var. Astral seyahate çıkmış bir ruh da olabilir ya da işte uyuyan herhangi sıradan bir adam da olabilir. Bu da herhalde kontrol ediyor. Uyuyor mu uyumuyor mu şeklinde... Bence hasta değil çünkü hasta olsa ayakları düz bir şekilde uzanırdı. Orada adam ise ayakları kırmış yani "L" dediğimiz vaziyette. Hasta olsaydı kolları serbest bir şekilde olurdu. Ama adam mesela bedeninin üzerine koymuş. Tam uyur gibi bir pozisyonda olduğu bariz gözüküyor. Biraz da şeye benzettim cin tarzı, mumya tarzı filmlerde mesela mumya uzandığı zaman dokuları falan emmeye başlıyordu. Yani moleküllerine ayırmak şeklinde. Çünkü mesela şurada yara tarzında şeyler var. Adam sanki ondan bir şeyler çekmeye çalışıyor. Bitti (TAT-12.KART M).

- *Dinamik yorum: Homoseksüel korkular. Hasta olmadığını düşünse de kendisinde doğal olmayan bir şeyler var hissi yoğun. Diğer kartlarla birlikte düşünüldüğünde narsisistik yatırımların olduğu söylenebilir. Otoriteye dair baskı altında kalma korkusu mevcut. Bu baskıyla yok olacağına dair endişeleri var. Yaşadığı direnci 'entellektüalizasyon' ile bastırmaya çalışıyor. Danışan kendisini hasta olarak görmüyor, ancak danışanın kendisinde olan, yolunda gitmeyen şeyleri çeken biri olarak gördüğü söylenebilir.'*

Diğer taraftan, PB tanısı almış bireyler ise dış dünyanın güvenilebilir bir yer olmadığını, aksine tehlikelerle dolu bir yer olduğunu aile ilişkilerinde ebeveynlerinden en az birinin yokluğunu hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu gruptaki bireylerin yaşadıkları anksiyetenin kaynağının (doğal olarak) panik atak kaynaklı olduğu görülmektedir. Aşağıda alıntılara yer verilen her iki katılımcının ifadeleri bu durumu örnekler niteliktedir:

'Korku, internette araştırmalarım ve kalp doktorunun bende bir şey bulamamasıyla birlikte kafaya takmandan sonra başladı. İşte kriz geçireceğim kimse bana müdahale edemeyecek. Memlekette olsam ailem

yardımcı olurdu. Kalbimde sıkıntı var, hayatım buraya kadarmış, yalnız kalırsam ölürüm (PB1-Anamnez 1.Oturum).’

...

‘İngiltere’de araba kullanırken otobanda iki kez ambulans çağırdım. Kalp krizi geçiriyor gibi, boğuluyor gibi oluyordum. Kemiklerim ağrıyor. Hastaneye zaten uzağım. Böyle ölebilirim gibi hissediyorum. Çok endişeleniyorum, bacaklarım tutmadığını düşünüyorum. Kontrolü sağlayamıyorum. Hastaneye geldiğim zaman rahatlıyorum. Hastanede oturup 20 dakika zaman geçirdikten sonra geçiyor. Kendimi rahatlamış gibi hissediyorum (PB2-Anamnez 1.Oturum).’

Bununla birlikte, tanı almamış gruptan farklı olarak, psişik çatışmaların daha yoğun yaşandığı ve bunun sık sık rüyalarla açığa çıktığı ifade edilebilir. Şöyle ki:

Danışan: Evimiz tren yolunun üzerinde ve ben rüyalarımda trenin raydan çıkıp bizim eve çarptığını, kendimizi korumak için kenara yaslandığımızı görürdüm.

Danışman: Dün rüya gördün mü?

Danışan: Hayır.

Danışman: Peki en son görüp de hatırladığın rüyayı ayrıntılarıyla anlatır mısın?

Danışan: Tren rüyası sık gördüğüm bir rüya. Ayrıca yüksek yerlerden sürekli düştüğümü ama çakılmadığımı görürüm. Tren rüyasında evimizin önünden tren yolu geçtiği için trenin raydan çıkıp çakıldığını sık sık görürdüm. Bir de dediğim gibi yüksek binalardan düşme... Tam düşecekken birden havalanıyorum (PB5-Anamnez 1. Oturum).’

Aynı katılımcıya ait aşağıdaki TAT yorumu ise şu şekildedir:

‘Bir kişi uzanmış. Başının üstünde yaşlı bir adam var. Uyuyup uyumadığını kontrol etmeye çalışıyor. Bir bayan mı? Bir genç bayan gibi. Uyuyor mu, öldü mü onu anlamaya çalışıyor. Hayır aslında ölmedi. Ölse sol dizi yatarı. O zaman uyumuş dinleniyor bir şekilde oluyor. Sol eliyle kıza dokunmaya çalışıyor. Kız ise mutsuz. Rüyasında kötü bir şey mi görüyor. Sanki mutsuz. Dudakları bükülmüş bir şekilde. Kızın boynunda bişi var. Öğrenci de olabilir. Ya da hizmetli... Bitti (PB5-TAT 12.KART M).

- **Dinamik yorum:** Danışanın iç dünyasına yönelik algısı ‘kötü bir rüya gören mutsuz, hayatından keyif almayan bir kız’ şeklinde olmuştur. Buradaki ‘kız’ ifadesini, danışanın diğer yorumlarına bakarak, eşcinsel eğilimden ziyade ‘kırılgan, narin’ şeklinde yorumlanması gerektiği düşünülmektedir. Testi uygulayan kişi ise mutsuz ve depresif olan bu ‘genç kız’ın nasıl bir durumda olduğunu (uyuyor mu, öldü mü) anlamaya çalışsan ‘yaşlı bir adam’ olarak görülüyor. Aynı zamanda buradaki ölüm ifadesinin ‘danışanın kendi iç dünyasına yönelik agresyonun’ göstergesi olduğu ifade edilebilir. Son olarak ayrıca ‘uyuma’, tehlikeli olandan (dış dünyadan) güvenli olana (ana rahmine) dönüşün özlemi (regresyon) olarak ifade edilebilir.’

Ana Kahramanın Yakındığı Sorunları Neler?

Bu soru anamnez alma sürecinde danışana sorulan ve üzerinde dikkatle durulan noktalardan biridir. Danışanın şimdi ve burada yaşadığı, çözülmesini arzu ettiği yakınmalarının neler olduğuna ilişkin bilgiler, doğrudan danışanın anlattıkları ile ele alınır.

TAT ise ifade edilmesi güç veya farkında olunmayan yakınmaların incelenmesinde katkı sağlayan bir araç olarak ele alınmaktadır.

SB'lerin anamnez görüşmelerinden elde edilen veriler incelendiğinde katılımcıların çoğunun normal yaşam dönemlerinden kaynaklı (gelecek kaygısı, akran ilişkileri vs.) sorunlar yaşadığı görülmektedir. Aşağıda SB2'nin anamnez oturumundaki yakınmasına yer verilmiştir:

Danışman: *Diyelim ki bu oturum, gönüllü olarak katıldığın bir anamnez veya bir değerlendirme görüşmesi değil de gerçekten yaşadığın sorunların çözümü için başvurduğun bir psikoterapi, bir psikolojik yardım oturumu olsaydı, hangi sorunlardan bahsederdin?*

Danışan: *Şu an bulunduğum durumu düşünecek olursam benim için en büyük sorun gelecek kaygısı olurdu. Dünyevi sorunlar belki; ama gerçekten de şu an benim için büyük bir sorun. Bir rota belirlemem ve bu yolda ilerlemem gerekiyor. Açıkçası kolay olmayacak benim için çünkü büyük bir çaba sarfetmem gerekiyor. Böyle bir sorunu aşmak için elimden geleni yapıyorum ve kısmet olursa hedefime ulaşacağım. Şu an için en büyük sorunum bu açıkçası. Ailem sağlıklı, ben sağlıklıyım. Çok şükür başka bir sıkıntım yok... (SB2-Anamnez 1.Oturum)'*

Bir başka katılımcı ise günlük yaşamdaki yakınmasını şu şekilde dile getirmiştir:

'Herhangi bir sıkıntıya düştüğüm zaman kafamda fazla büyütüyorum. Örneğin geçen günlerde bizim bir ev sorunu çıktı. Ev sahibimiz eve döneceği için evden çıkmamız gerekiyordu. Ben bir haftaya yakın düşündüm. Sürekli ben bunu yapamam edemem, üstesinden gelemem diye düşündüm. Ev arkadaşlarım gelecek durumda değiller en müsait bendim. Kim o kadar uğraşacak? Sorun yoktu aslında. Tayini X şehirden Y şehrine gelmiş. Ama anlaşmamız 2 yıllıktı. Yani onun da bize bir iyiliği vardı. Düşük bir kiraya iyi bir evde kalıyorduk. Adamın iyiliğini karşılıksız bırakmayalım dedik. İstemese zaten evden çıkmazdık. Ne kadar sözleşme de olmasa, belli bir hesabı, prosedürleri vardır. Hem adamı mağdur etmek istemedik hem kendimizi. Hem işte Y şehrinde öğrenciye ev verilmemesinin sıkıntısını yaşadık bir süre. Mesela her konuda öyleyim ben. Çok fazla kafaya taktığım olur. Sonra işe başlayınca çok çabuk bitirdiğimi fark ettim (SB4-Anamnez 1.Oturum).'

Öte yandan tanı almış bireylerin anamnez oturumları incelendiğinde, yakınmanın temel kaynağının bireyin yaşadıkları panik ataklar olduğu görülürken, ilginç bir şekilde yaşam öykülerinde bu atakların ne zaman başladığına dair net bir zaman dilimi verme konusunda karışıklık yaşadıkları görülmektedir. Bu durumu örnekleyen uzun bir kesit aşağıda verilmiştir:

Danışman: *Bana sorunuzdan bahsedebilir misiniz?*

Danışan: *Her an birine bir şeyler olacağı, birilerini kaybedeceğim korkusu yaşıyorum, ufak şeyleri gözümde büyütebiliyorum. Birini kaybedebilirim gibi endişelerim oluyor. Birine ufak bir şeyden ötürü büyük bir tepki gösterebiliyorum.*

Danışman: *Son zamanlarda yaşadığınız bir örneği var mı?*

Danışan: *Mesela, çocuklarıma yönelik endişelerim olmuştu. Oğlum kafasını yere çarptıktan sonra kafası şişmişti. O gece rahat uyuyamamıştım. Bayılacağı, bir problem çıkacağı veya daha büyük bir şey olacağı*

korkusuyla gece boyu uykusuz kalmıştım. Bu gibi ufak şeyler için acil servise gidiyorum. Bu yüzden büyük bir problem olduğunda bana kimse inanmıyor. Bundan bir şey çıkamayacağını ve benim büyüttüğümü düşünüyorlar.

.....

Danışman: Peki bu panik duruma ilişkin geriye gitmenizi istesem nereden başlamak istersiniz? Ne kadarlık bir zaman diliminin öncesine gidersiniz?

Danışan: Çocukların doğumundan sonra daha çok oldu.

Danışman: Bu, ortalama kaç yıllık bir süre önce oldu?

Danışan: 5-6 yıllık bir süreç.

Danışman: O dönemde hamileydiniz. Çocuğunuz doğmadan evvel kaygılar yaşamaya başladınız.

Danışan: Evet. Onlar doğmadan başlamıştı.

Danışman: Bu ne kadarlık bir süre önce oldu?

Danışan: Gebelik sürecinde oldu. Zaten küçüklükten yani çocukluğumdan beri paniklemele birlikte benzer korkular yaşıyordum. Zamanla artmaya başladı. Kan korkusu gibi korkular vardı. Ortaokul döneminde o tür paniklemelerim oluyordu. Ortaokuldan sonraki süreçte düzeldi. Çocuklardan sonra tekrar başladı.

Danışman: Ortaokul döneminde ne oldu da düzeldi?

Danışan: Kendimi derslere ve çalışmaya vermiştim. Bu tür şeyleri pek düşünmüyordum. Bir de hemşireliği çok isteyerek kazandım. Okumayı seviyordum. 20 yaşında işe başladım. Küçük olduğum ve yeni başladığım için oldukça hevesliydim.

Danışman: Zihinsel süreçlerin yoğunluğundan belki de kendinize fazla odaklanamadınız.

Danışan: Imm. Sanırım evet. Olabilir...

Danışman: Peki ortaokul demiştiniz. Ortaokulda bu korku anlarını başlatan neler vardı?

Danışan: Bir şey olacağı korkusunu yine yaşıyordum. Ya okulu bitiremezsem, ya kalırsam, özendiğim arkadaşlarım gerisinde kalırsam şeklinde kaygılarım vardı. Onlara çok özeniyordum. Benim de daha çok çalışmam gerektiğimi düşünüyordum. Çalışmazsam başarılı olamayacağım kaygısını taşıyordum.

Danışman: Ortaokul sürecinde herhangi birini kaybettiniz mi?

Danışan: Hiç kimseyi kaybetmedim.

Danışman: Peki başlangıçta ifade ettiğiniz kaybetme korkusunu düşündüğünüzde bunu bağlayabileceğiniz bir durum var mı?

Danışan: Yoktu. Herhangi bir şey olmasına gerek yoktu çünkü korkak biri olduğumu söylüyorlardı.

Danışman: Ne söylerlerdi?

Danışan: Ağaca çıkamazsın derlerdi, korkardım. Tehlikeli bir yerden geçilecekti, korkardım. Herkes geçerci ben kalırdım.

.....

Danışman: Ortaokul dönemine dek indik ancak size tekrar sormak istiyorum: Bu şikayetinizin tam olarak ne zaman başladığını düşünüyorsunuz?

Danışan: Dediğim gibi 5-6 yıl önce çocuklarımın doğduğu dönemde başladı.

Danışman: Hamilelik sürecine dair en büyük korkunuz neydi?

Danışan: İlk gebeliğim çok sıkıntılıydı çünkü bebeği kaybedeceğim korkusu vardı. Daha 13 haftalıkken ilaç kullanmaya başladım. Aynı süreçlerden geçtim. Bebeği alabilirlerdi, ölebilirdi. 7 aylıkken hastaneye yatma

sürecim olmuştu. Zaten erken doğum olmuştu. Banyo yaptırıyordum, sürekli nefes alıp almadığını merak ediyordum, geceleri sık sık kontrol ediyordum. Kapıyı açarsam hasta mı olacak diye düşünüyordum? O dönemler çok zor geçti. Eşimin de yardımcı olduğu söylenemezdi.

Danışman: Gerçekten çok zorlu bir süreç olmalı bir anne için... Peki, O dönemde tam olarak neler olup bitiyordu?

Danışan: Eşim hiç yardımcı olmuyordu. Sürekli arkadaşlarıyla takılıyordu. Hatta bunlar bekar arkadaşlarıydı. Ya da bazen işi çıkıyordu, aradığımda ulaşamıyordum ve tek başımaydım.

Danışman: Aradığınız duygusal destekten de yoksundunuz.

Danışan: Aynen öyle. Ölüm korkusundan bahsediyorum. Ben de öleceğim senden öleceksin gibisinden karşılık veriyordu (Gülüyor). O dönemde çok sıkıntı yaşadım. Aman bir şey olmasın, emeklerken sorun çıkmasın derken 6 ay neredeyse hareketsiz bırakmıştım. Neredeyse hiç serbest bırakmıyordum.

Danışman: Aslında neleri engellediğinizin de farkındaydınız.

Danışan: Evet, fark edebiliyordum.

Danışman: Sorununuzun ortaya çıkmasından önce farklı görünen ne vardı?

Danışan: Pek yoktu. Sadece evlilik sürecimizde eşimin 15 aylık bir askerlik süreci vardı. O dönemde yalnızdım. Sağ olsun ailem epey destek oldu. Bir dönem ailemle kaldığım oldu. Bir dönem Ankara'ya kursa gitmiştim. Bir süre öğrenci evinde kaldım. Öyle...

Danışman: Bunlar çocuklarınız doğmadan önce miydi?

Danışan: Evet.

Danışman: Tek başınıza kaldığınız dönemdeki korkularınızı anlatabilir misiniz?

Danışan: Ailem pek istemese de 3 aylık bir süreç içinde Ankara'daydım. Büyükşehir olmasına rağmen pek dışarı çıkmıyordum. Sıkılıyordum. Hafta sonları eşimle görüşüyordum ama bir desteğim yoktu. Arkadaş çevrem pek yoktu. Hastanede çalışıyordum. Hastane ortamı pek de bana hitap eden bir ortam değildi. Bundan ötürü kendimi orada yalnız hissediyordum.

Danışman: Nasıl bir ortamdı?

Danışan: Kültür olarak çok farklı bir ortamdı. Benden çok farklıydılar... O ortama girmek istemiyordum. Bu gibi sebeplerden ötürü 3 ay çok zor geçti. ...Bir yıla yakın bir zaman dilimini de yalnız geçirdim. Bu da etkili olmuş olabilir (PB3-Anamnez I. Oturum)'

Bu klinik görüşme oturumundan da anlaşılacağı üzere, danışanın panik atakların başlangıcına dair çok net olmadığı görülmektedir. Danışan, öncelikle kaygılarının başlangıcını doğum sonrasına bağlamış, ardından doğumdan önceki (gebelik sırasındaki) korkuların etkili olabileceğini söylemiştir. Geçmişe doğru yapılan sondalamada ise danışan bu korkuların temelini orta okuldan beri var olduğunu ancak bu dönemde odağını (yaşadığı duygusal gerilimin bastırılması için başarılı bir eğitim sürecine odaklandı) değiştirdiği için bu süreci atlama olabileceğini ifade ederken, sonrasında tekrar 'yaşam doğrusu' üzerinde ileri bir noktayı işaret ederek bu korkuların, eşinin askerlik döneminde kendisinin yalnız geçirdiği yaklaşık bir yıllık bir süreçte ortaya çıkmış olabileceğini ifade etmiştir. Özetlemek gerekirse, genel olarak PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları kaygının

kökenine inemedikleri, bu kaygının ifade ettikleri süreçten de daha eski bir sürece dayandığı ve panik korkularının kökeninde bağlanma sorunsalının ve ayrılık anksiyetesinin olduğu ifade edilebilir. Aynı katılımcının TAT kartlarından birine yaptığı yorumlamada panik atakların hep ‘karanlık’ (bilinmedik yerler olarak yorumlanabilir) yerlerden geldiğini şu şekilde ifade etmiştir:

‘Karınca mı, arıya mı benziyor? Arı gibi duruyor da pek anlamadım. Burada bir uçurum var. Uçurumun kenarında bir arı mı var, tam anlamadım. İnsan da olabilir. Onun da arkasında bir karga var. Yılan gibi bir şey var. Ona doğru uzanmış. Ona ulaşmaya çalışıyor. Onun da önünde şey var. Bir tarafta uçurum var bir tarafta o var. Bu tarafa gelse belki kendini kurtarabilir. Biraz daha beklerse, oradaki hayvansı tehlikeli canlı ona zarar verebilir. Diğer tarafa giderse ona zarar verebilir. Sanki onun yaptığı bir şey yüzünden yere düşüyor. Orada kalmaya çalışıyor tekrar. Kalkacak gibi duruyor. Kalkarsa ondan kurtulacak gibi duruyor. Bu şey de, olmadık ve karanlık yerlerden çıkıyor. Bir şekilde ayağa kalkmaya çalışıyor. Kendini ondan kurtarmaya ve ayakta durmaya çalışıyor (PB3- TAT 11.KART).

- *Dinamik yorum: Yaşadığım bu panik ataklar da hep olmadık karanlık yerlerden çıkıyor. Her ne kadar kendimi kurtarmaya çalışmak için yoğun bir çaba harcasam da kendim için doğru olanın hangisi olduğuna (...Orada kalmaya çalışıyor tekrar. Kalkacak gibi duruyor. Kalkarsa ondan kurtulacak gibi duruyor) karar veremiyorum. Hayvanlar üzerine yapılan yatırımlar, danışanın ilkel korkularına gönderme yapmaktadır. Kendisine doğru uzanan yılanın fallik bir obje olduğu göz önüne alınırsa, danışanın anksiyetesinin temel dinamiklerinden birinin ‘baba’ olduğu ifade edilebilir.’*

Aynı katılımcı anamnez oturumunun bitmesinden hemen sonra, kendisinde neden ve tam olarak ne zaman bu rahatsızlığının başladığına dair net bir fikrinin olmadığını farkettiğini ifade etmiştir.

Son olarak tanı almış katılımcıların, yakındıkları sorunlar ile baş edebilmek için çeşitli stratejiler geliştirdikleri görülmektedir. Örneğin, psikiyatrik yardım arayışıyla başlayan bu süreç, hastalığın internet ortamında veya çeşitli kitaplar aracılığıyla araştırılmasından manevi arayışlara kadar uzanan geniş bir süreç olarak ifade edilebilir. İlginç bir şekilde tanı almış katılımcıların tamamı özellikle dini en önemli başa çıkma stratejisi olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir. Aşağıda tanı alan katılımcılardan birinin anamnez oturumlarından yapılan kolaj, tanı almış bireylerin sorunlarıyla nasıl baş etmeye çalıştıklarının bir özeti olarak düşünülebilir:

‘Panik atağı araştırdım. Hatta şu an panik atak hakkında kitap yazacak kapasitedeyim. İlk ne olduğumu ne tür etkiler yarattığını araştırdım. Doktora gittim, panik atağın öldürebileceğinden korkuyordum. Panik atağın hiçbir zaman öldürmeyeceğini anladım. Sadece senin gününü mahveder... Ama aslında beni hayata karşı daha çok güçlendirdi. Bazı küçük şeyleri dert etmemeyi öğretti. Nasıl atlattın dersiniz, panik atağın öldürmeyeceğini öğrendim. Ataklar geldiği zaman vücutta ne gibi etkiler yarattığını ve burada beynimin bir

şaka yaptığını anladım. ...İlaçları kullandım. İşte ara ara gelgitlerim oldu. Hani ilaçlar etki etti ama daha çok namaz kılarak kurtulmaya çalıştım. Daha çok namaz bana etki etti. Epey tesirli oldu. Çoğu şeyi atlattım. 6 aydır hiç acile gitmedim. Hiç doktorlara gitmedim. Tamamını olmasa da yüzde 70'ini atlattım diyebilirim. Bunda da namazın epey etkisi oldu ki tavsiyem panik atak hastalarının dine daha çok yakınlaşması lazım diye düşünüyorum. Bana göre psikiyatrik tüm sorunların en iyi çıkış yolu namaz ve duadır.

....

Güçlü olmak için elimden geleni yaptım. Bunun Allah'tan geldiğini ve onun tekrar geri alacağını düşündüm. Bunu sadece ben halledebilirim diye düşündüm. Allah'ın yardımıyla tabiki. Bunları yaptıktan sonra iyiyeye gittiğimi hissettim. Sonra, kalbim sıkışıp göğsüm ağrığında acile gitmek yerine farklı şeylerle uğraştım. Müzik, namaz, arkadaşla sohbet etmek, sosyal aktivite. Bence akılda her soru işareti kaldığında hastaneye gidilmemeli. Zaten gidilmedikçe o etkiler azaldı. Hastaneye gitmedikçe anladım. Atak geldi, hastaneye gitmedim. Bir daha gelecek bir daha ölmeyeceğim. Hastaneye gidersem doktor aynı şeyi söyleyecek, yine bir şey çıkmayacak. Artık şöyle düşünüyordum. Eskiden panik atak büyüktü. Ben büyüdüm ve onu yedim...

....

Ben artık hastalıktan sonra her şeyi araştırmaya başladım. Alakalı alakasız... Doktor kadar bilgiye sahip oldum ilaçlar konusunda. İlaçların yan etkilerine bakıyorum. Bırakırsam ne olur, kalp krizi etkisi yapar mı? Onları okuduktan sonra senle aynı düşüncelere sahip insanları görünce sana komik ve gülünç geliyor. Hatta onları da böyle aciz gibi görüyor. Kendimin de dışarıdan böyle göründüğümü hissettim. Sosyal medyadan panik atak sayfalarını takip etmeye başladım (PB1-Anamnez 1. ve 2.Oturum).'

Ego Entegrasyonu ve Süperegosu Ne Durumda?

Bıçimsel açıdan bakıldığında bireyin resimlerle ilgili hikâyeler anlatması gerektiğini ve bu durumu nasıl bir şekilde karşıladığı, başı-ortası ve sonu olan bir hikâye oluşturmadaki yeteneği bireyin ego entegrasyonu hakkında bilgi verir (Güneri, 2016). Anamnez için düşünüldüğünde ise bireyin gerçeklik algısı, olay örgüsünü zorlanmadan devam ettirip ettiremediği gibi tahliller bireyin ego entegrasyonu hakkında bilgi verir. Bununla birlikte bireylerin çok katı veya yumuşak bir süperegoya sahip olup olmadıklarının anlaşılması için altta yatan davranış dinamiklerine bakılmaktadır.

Bu anlamda her iki gruba ait veriler incelendiğinde, PB1 ve PB4 dışında diğer tanı almış katılımcıların ego entegrasyonunun çok da yeterli olmadığı, öte yandan tanı almamış katılımcılardan biri dışında (SB5) diğerlerinin ego entegrasyonunun yeterli olduğu söylenebilir. Tanı almış katılımcılardan birinin TAT kartlarından birine yaptığı yorumlama aşağıdaki gibiyken:

'Ben bundan hiçbir şey çıkaramadım. Sanki karikatüristlerin çizmiş olduğu bir şey. Sanki orda delikli bir şeyler var, ağaç mı başka bir şey mi bilmiyorum. Böyle bir... Ne bileyim, bir şeyler çıkaramadım... (PB2 – TAT 19.KART)'

- *Dinamik yorum: Ego tekrar dağıldı, entegrasyon sağlanamadı. Belirsiz görünen doğa danışanda anksiyete ve güvensizlik duygusu yarattı. Bu durumdan kaçmak için hikayeye başlanmadan kesildi (inkar).'*

Tanı almamış katılımcılardan birinin aynı karta yaptığı yorum ise şu şekildedir:

'Burada ise bir kış günü. Evlerinde oturan insan var. Soğuktan korunmak için evlerinde oturan insanlar var. Böyle bir şey. Evde neler oluyor? Onu pek göremiyorum. Bir tane adamın siması pencereden gözüküyormuş gibi hissettim. Ne olduğunu bilmiyorum. Bir kış gününde korunan insanlar var (SB3 – TAT 19.KART)

- *Dinamik yorum: Kış şartlarına karşı korunaklı, baş etme becerileri olan biri. Ego entegrasyonun olduğu söylenebilir.'*

Gruplardan elde edilen veriler doğrultusunda katılımcıların 'süperego'larına yönelik çıkarımlar yapılmış ve gruplar arasında niteliksel olarak farklılıklar olduğu düşünülmüştür. Şöyle ki her iki grubun da katı, kontrolcü ve baskın bir süperego yapısına sahip olduğu görülmekle birlikte, tanı almış grubun neredeyse tamamı (PB3 dışında) yaşadıkları sorunları daha az manipüle ederek ifade etmişlerdir. Tanı almış bireylerden PB2'nin anamnez oturumundan alınanlar şu şekildedir:

'Bir insanla muhabbet edip kendimi açamıyorum. Arkadaşıma açıp konuşursan başkası gelir yüzüne çarpar. Sen onunla paylaşırsın, arkadaşız dersin. Ama günü gelir, terslik olur bunu yüzüne vururlar. Bunları hesap ederek biriktiriyorum. Çünkü bunları yaşadım. Yaşamadıysam da şahit olmuşum. Özür diliyorum tecavüzcü arkadaşım varmış, pezevenk arkadaşım varmış. O varmış, bu varmış... Bütün insanlarla muhabbet etme ortamım olmuştur. Bunlar insana bir tecrübe kazandırıyor. Her oturduğum yerde susarım. Bir şeyler kapmaya çalışırım. Bu 3 yaşındaki bir çocuk dahi olabilir (PB2-Anamnez 2.oturum).'

Hatta öyle ki zaman zaman geçmişte yapılan illegal faaliyetlerin ifade edilmesinden de çekinilmemiştir:

'Korkularım vardı. 95'te uyuşturucu ticareti yaptım. Karşılıklı silah çektik. Korkular vardı. Bazen bu korkuları bizler de kabadayıyız diye dile getiremiyoruz. Onu içinde yaşıyorsun. Bastırıyorsun. Bunlar gerçek yani. (PB2-Anamnez 1.oturum).'

Bir başka katılımcı ise yaşadıkları sorunlara rağmen, damgalanma endişesiyle tedavi olma sürecine karşı nasıl direnç geliştirdiğini şu şekilde ifade etmiştir.

Danışan: *Büyük ablam bir keresinde bir psikoloğa, psikiyatriste gitmemi söyledi. Ben çok büyük bir tepki verdim ona. Sen bana deli mi diyorsun şeklinde.*

Danışman: *Şimdi ne düşünüyorsun?*

Danışan: *Önce öyle düşünüyordum da şimdi öyle düşünmüyorum tabi ki. Her insanda olabilecek problemler. Sonradan yavaş yavaş o duyguyu kabul ettim ama başlangıçta psikoloğa gittiğimi kimse bilsin istemiyordum. Sonradan kabul etsem de kimsenin beni görmeyeceği şekilde, beni tanıyanların bilmeyeceği şekilde gitmeyi tercih ediyordum. Sanki deşifre olacaktım öğrendiklerinde. Beni etiketlemelerinden korkuyordum. Zaten en büyük problem bu. Kendimi bu konuda rahat hissedersen bir şeyleri daha rahat ilerletebilirim. Buraya gelirken bile kendimi o kadar sakladım ki. Kendimi gizlemeye çalışıyordum, farklı yollar kullanıyordum. Bir an önce milletten sıyrılıp size gelmeyi planlıyordum (PB5-Anamnez 1.oturum).'*

Aynı katılımcının karşı cins ile yakınlaşma konusundaki ‘katı süperego’, hem anamnez hem TAT oturumlarında şu şekilde ortaya çıkmıştır:

‘Danışman: Karşı cins ile iletişiminiz nasıl?

Danışan: Çok kötü. Karşı cins ile konuşurken ellerim ve ayaklarımın ısısı artıyor. Gergin hissediyorum kendimi (PB5-Anamnez 2.oturum).’

....

‘Orta yaşlı bir çift görüyorum. Adam eşinin saçını kokluyor. Kadın da işte giyinip eşine sarılmış. Eli göğsünde işte. Sanki ikisi huzurlu. Önceden yapmak istedikleri bir şey gibi geliyor bana. Burada bir çift görüyorum sadece. Biraz da yorgun (TAT-10.KART).

- *Dinamik yorum: Danışanın sevgi ve yakınlık ihtiyacının karşı cinsle yönelik olduğu ve ilerideki evlilik ilişkisinden beklentilerini tasvir etmeye çalıştığı söylenebilir. Danışanın cinselliği dolaylı bir şekilde ifade etmeye çalışması (...Kadının giyinmesi, önceden yapmak istedikleri şeyi yapmaları vs.) katı bir süperego ile açıklanabilir.’*

Diğer tanı almış katılımcıların aksine, sürece en başından beri direnç gösteren bir katılımcının TAT ve Anamnez oturumlarından bazı kesitler aşağıda yer almaktadır:

‘Başkalarına kulak astığı için... Hani başkalarının hatalarını kovalayan kadınlar oluyor ya arkada. “Şöyle yaptı, böyle yaptı.” Gibisinden. Arkadaki her an onun hata yapmasını bekliyor. O gözle bakıyor, onu bekliyor. Öndeki bayanda “bir şeyler yaparsam onlar tarafından nasıl karşılanır” diyor. Hep başkaları ne der diyerek yaşıyor. Çünkü arkasında hep o gölge kadın var. O ne yaptı diye düşünen insanlar var. Bunu hissediyor. O kadın ya da insan iyi niyetli değil. Öyle merakla bakıyor. Bunun verdiği bir düşünce var. Öndeki bayanda bundan ötürü hep arkayı düşünüyor (PB3-TAT 12.KART F).

- *Dinamik yorum: Anneye karşı negativist tutumlar ön plana çıktı. Anne, sürekli hatalarını arayan bir gölge gibi ‘baskıcı’ bir tutum içerisinde, danışan ise kendi iç sesinden ziyade ‘başkalarının’ isteğine göre yaşayan ‘boyun eğici’ bir tutum içerisinde. Çok katı bir süperego var. Ayrıca, resimdeki iki kadın figürünün danışanın her iki farklı yanını (genç kadının danışanı, yaşlı kadının ise vicdanı’nı) temsil ediyor olabilir.*

Katılımcının anamnez oturumundaki sorulara karşı gösterdiği direnç ise şu şekildedir:

Danışman: Peki. Şimdi size tüm yaşamınız boyunca hatırladığınızda size acı, korku, rahatsızlık ve kaygı veren bir anınızı hatırlamanızı istiyorum.

Danışan: Dedemi kaybettiğim, lise 2’de olduğum dönemdi. Hayatımda ilk defa aileden birini kaybediyordum.

Danışman: O döneme dair neler hissediyorsunuz? Dedeniz sizinle birlikte mi yaşıyordu?

Danışan: Birlikte değil, dayımlarda yaşıyordu. Ama hep birlikte ve beraberdik. İlk defa kaybetmenin ne demek olduğunu anladım.

Danışman: Yanınızda kimler var?

Danışan: Arkadaşlarım var, ablam var. Dedem hastalıktan vefat etti. Üzülmemem gerektiğini söylüyorlar. Kurtulduğunu söyleyerek beni teselli etmeye çalışıyorlar. Daha çok soru var mı? (PB3-Anamnez 2.Oturum).’

Benzer şekilde PB3’ün BCTT maddelerine verdiği yanıtların çoğunun neredeyse bir kaç kelimedenden oluşması ve bazı maddeleri cevapsız bırakması ve soruları pozitive evirmek için

sürekli manipüle etme çabası direncin ne kadar yoğun yaşandığının bir göstergesi olarak düşünülebilir. Katılımcının BCTT'nin birkaç maddesine verdiği yanıtlar şu şekildedir:

- ‘25. Cinsel ilişkiler: *iyi.*
- 42. Kendi kendimi kontrol etmekte: *ediyom.*
- 54. Bugüne kadar yaptığım en kötü şey: *bilmiyorum.*
- 67. Sağlığım: *çok şükür.*’

Öte yandan tanı almamış bireylerin, daha önce de ifade edildiği gibi, çok daha katı bir süperegoya sahip oldukları ifade edilebilir. Örneğin katılımcılardan biri (SB3) anamnez ve TAT oturumları boyunca uzun konuşmaktan çekinmiş, anamnez oturumlarında sorulan sorulara kısa kısa yanıtlar verirken, TAT oturumlarında ise çok kısa hikâyelerle süreci tamamlamaya çalışarak hem direnci hem de süperegosu hakkında yeterli veriye ulaşılmasını sağlamıştır. Bu katılımcıdan alınan ifadelere aşağıda yer verilmiştir:

‘Danışman: *Karşı cinsle olan ilişkilerinden bahseder misin?*

Danışan: *Ben genelde onlardan uzaklaşıyorum. Niye, bilmiyorum. Ben mi yanlış düşünüyorum; onlar mı yanlış düşünüyor, kestiremiyorum. Hiç olmadık insanlara aşık olma gibi bir durum olabiliyor.*

Danışman: *Nasıl bir şey bu, olmadık insanlar derken tam olarak neyi kastediyorsun?*

Danışan: *Mesela samimi bir arkadaşımıdır. Konuşurken biraz daha farklı konular açılabilir. Sevme durumları gibi... O yüzden bazen kaçıyorum. Ben mi yanlış düşünüyorum; onlar mı yanlış düşünüyor. İnsan kestiremiyor.*

Danışman: *Anlatmak istediklerinden tam olarak emin değilim. Biraz daha detaylı anlatıp somutlaştırabilir misin?*

Danışan: *Örneğin “A Kişisi” ile aram iyidir.*

Danışman: *Ayşe’yle aram iyi.*

Danışan: *Evet, mesela Ayşe’yle aram iyi. Ama sürekli göz göze geliyoruz. Ben de bundan kaçıyorum. Demek istediğim aslında buydu.*

Danışman: *Seni yanlış anlamasından korkuyorsun.*

Danışan: *Evet... (SB3-Anamnez 2.Oturum).’*

Aynı katılımcının TAT kartlarından birine yaptığı yorumlama ve BCTT’ne verdiği yanıt ise aşağıdaki gibidir:

‘Burada ise yarı çıplak bir kadın var. Kocasıyla, arkadaşısıyla görmemek için yüzünü kapatmış. Öyle bir şey derdim herhalde. Böyle bir hikaye var (TAT-13.KART MF).

- *Dinamik yorum: Cinselliğe ilişkin suçluluk duyguları var. İnkâr savunma mekanizması hâkim. Cinsellikle ilgili olduğunu düşündüğü kartlara çok fazla yorum yapmak istemiyor. Süperego çok katı.’*

‘24. Boş bir insan olarak düşünülme için için korkuyorum (BCTT-24.Madde)

33. Beni en çok kaygılandıran şey: *ileride boş bir insan olarak düşünülmemdir (BCTT-33.Madde)’*

SB3'ün verilerine bakıldığında anamnezde çok fazla detay vermek istemediği, daha çok dirençli bir yapısının olduğu görülmüştür. Aynı durum projektif testlerde olmasına rağmen anamnezden alınan veriler ile kıyaslandığında projektif testlerden, doğası gereği, kişilik dinamiklerine ilişkin çok daha fazla veri toplanması sağlanmıştır. Bu anlamda TAT'nin dirençli bireylerde kullanımının terapötik sürece önemli katkılar sağlayabileceği ifade edilebilir.

4.2.1. TAT Kartlarına İlişkin Bazı Detaylar

TAT kartları analiz edilirken özellikle bazı kartların tanı almış ve almamış bireylerin dikkat çekici bir şekilde birbirlerinden farklılaştığı görülmüştür. Bu nedenle analiz sürecinde TAT kartlarından bazıları için ayrı bir başlık açılmasının her iki grubun psikodinamik açıdan anlaşılması adına daha yararlı olacağı düşünülmüştür. Bu anlamda sürecin daha iyi anlaşılması adına zaman zaman dublikasyona düşmekten çekinilmemiştir.

1.KART: Keman Vurgusu

Tanı almış gruptan sadece bir katılımcı dışında neredeyse diğerlerinin tamamı kemanı algılayamamış, başka çeşitli nesnelere (telefon, tüfek, saz vs) benzetmişlerdir. Kemanın başarıyı ve cinselliği simgeleyen bir kart olduğu düşünüldüğünde, PB tanısı alan katılımcıların başarıya ilişkin algılarının düşük ve cinsel çatışmalarının yoğun olmasından ötürü 'yön değiştirdikleri' görülmektedir. Tanı almamış gruptan ise sadece bir kişi bunu keman olarak tanımlayamamıştır. Bununla birlikte her iki grupta da ortak nokta olarak 'olumsuz beden algısına yönelik imajın' olduğu vurgulanabilir. Her iki gruptan birer katılımcının yorumlamasına aşağıda yer verilmiştir:

'Çocuğun önündeki uzun şeyi ilk bakışta bir çifteye, tüfeğe benzettim. Bu tarafta, alttaki şeyi ufak, küçük sos yaptığımız kaba benzettim. Ama baktığım zaman bir tüfeğe de benzetiyorum. Bakıp bir şeyler çıkarmaya çalışıyorum. Tam olarak ne düşünüyor bilemiyorum. Üstüne bakıyorum ama karanlıktan ötürü bir şey göremiyorum. Sol elini kafasının üstüne sağ elini kulağının altına koymuş. O ne görüyor bilmiyorum ama benim gördüğüm şey uzun bir çift. Yani tüfeğe benzetiyorum. Burada tüfekle bir suç işlemiş ya da işleyecekmiş gibi duruyor. Yapmışsa yanlış olduğunu ya da yapacaksa, bunun nerelere uzanacağını düşünüyor (PB2).

- *Dinamik yorum: Başlangıç açısından en iyi (tehditkar olmayan) kartlardan biri olan bu kartı danışanın direkt tehdit verici olarak algılaması paranooid eğilimi akla getirmektedir. Elindeki tüfekle suç işlenebileceğini ifade etmesi danışanın agresyonunun çığ olduğunu göstermektedir. Ayrıca ebeveynler ile olan ilişkiye gönderme yapıldığı düşünüldüğünde, danışanın ebeveynlerine karşı 'isyankar' bir tavrı olduğu söylenebilir. Ayrıca bu figürlerin bastırılması aile içi ilişkilerin çok iyi*

olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Son olarak kemana yönelik çarpık ifadeler danışanın çarpık beden imajı algısına vurgu yaparken, çocuğun ellerinin yönüne ilişkin yapılan yatırımlar obsesif eğilimi düşündürmektedir.

.....

'Burada bir çocuk görüyorum. Çocuk herhalde keman çalmak istiyor gibi. Fakat çalamadığı için nasıl çalması gerektiğini düşünüyor gibi. Aslında biraz... Nasıl söylesem, umutsuz gibi. Ama bunun üzerinde karamsar bir şekilde düşünüyor. Keman çalabilir miyim veyahutta çalamaz mıyım veya nasıl çalabilirim, bunu merak ediyor gibi. Bana göre bunu düşünüyor. Odak noktası, keman çalıp çalamayacağıdır. Bir sonuca bağlamak gerekirse bu çalabilir. Bence kemani çalacaktır. Bayağı bir üzerine odaklanmış durumda. Bu, onun çalmasına sebep olacaktır (SB2).

- *Dinamik yorum: Başarılı olmak istiyor ancak bunu nasıl yapacağından emin değil. Umutsuzluk yaşıyor. Nasıl başarılı olacağına ilişkin merakı var. Umudu da var, odaklandığı bu durumun başarıyla sonuçlanacağını düşünüyor. Sembolik olarak yorumlanırsa cinsel birliktelik istiyor ancak bununla ilgili endişeleri var, yine de sonuç olarak bunun üstesinden geleceğine inanıyor.*

3.KART BM: Yerdeki Objeler

Erkekler için depresyon kartı olarak bilinen bu kartta, resimdeki kişi kıvrılarak kanepeye dayanmış ve başını eğmiş bir şekilde duruyor. Yerde hemen yanında ise bir tabanca duruyor. Bu yerde duran obje, bireylerin dürtüleriyle nasıl başa çıktıklarının anlaşılmasında önemli bilgiler sunuyor. Kartlara dair yapılan hikâyelendirmeler incelendiğinde, PB tanısı almış (erkek) katılımcıların tamamının bu objeden söz ettiği görülürken, ilginç bir şekilde, tanı almayan katılımcıların hiçbirinin bu objeden söz etmediği görülmektedir. Bu durumun, tanı almamış bireylerin normal görünme çabaları olarak savunma mekanizmalarını yoğun bir şekilde kullanmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Benzer şekilde literatürde, bu objelerden söz edilmemesinin saldırganlık dürtülerininin tamamen "inkâr"ı olarak ifade edildiği bilinmektedir (Güneri, 2016). Bunun dışında tanı alan grubun depresyon temalarının, tanı almayan gruptan farklı olarak, intihar, mutsuzluk ve çaresizlik belirtileriyle ortaya çıktığı görülmektedir. Tanı almayan grup ise depresif temaları daha çok yorgunluk ve sorumlulukların artması şeklinde hikâyeleştirmiştir. Bu karta ilişkin hikâyeler, katılımcılar tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

'Problemi olan bir insan başını kanepeye gömmüş. Burada elinde bir kesici alet var. Kendini mi yaralamış? Yaralamamışsa da korkuyor. Benim gibi... Bazen çarpıntı olunca kendime saplamaktan başka çare olmadığını düşünüyorum. Eğer kendini yaralamamışsa o duyguları bastırmak için kafasını gömmüş bekliyor. Ama insanlar farkına varıyor. Öyle yapınca insanlar bir problem olduğunun farkına varıyorlar (PB5).

- *Dinamik yorum: Karttaki bireyle özdeşim (benim gibi...) kurulmasına karşın, bu bireyin 'problemi olan bir insan' şeklindeki ifadesi içe dönük bir agresyonu düşündürmektedir. Yaşadığı sorunların*

kendisinde zaman zaman 'intihar' düşüncelerini çağrıştırdığını, bunu da yaşadığı psikolojik sorundan kurtulmak için düşlediğini ifade etmektedir. Sorunlarının çözümünde üstlendiği pasif rol (...kafasını gömmüş bekliyor...) dikkat çekicidir. Bu anlamda ilk kartta ifade edilen '...başkasıyla çözülebilecek bir problem olduğunu düşünüyorum.' ifadesini de destekler niteliktedir. Son olarak danışanın depresyonun temasının 'intihar, mutsuzluk ve çaresizlik' belirtileriyle ortaya çıktığı söylenebilir.

....

Pek bir şey anlamadım. Ama gördüğüm kadarıyla söyleyeyim. Kadın bence birini kaybetmiş ve divana yaslanmış ağlıyor. Birini mi kaybetti, doğrusu bilmiyorum. Yorulmuş da olabilir. Ama bence sonuç üzgün olduğudur. Söyleyeceklerim bu kadardı bitti (SB4).

- *Dinamik yorum: Gizil homoseksüalite. Depresif hisleri kayıplarla tetikleniyor olabilir. Yorgunluk hissi var. Yerdeki nesneye ilişkin veri yok, saldırganlık dürtülerin inkâr edilme eğilimi var.*

4.KART: Çıplak Kadın Portresi

Bu kartta özetle, bir kadın gitmek isteyen bir erkeğin kolundan tutmakta ve onların arkasında duvarda tabloda duran yarı çıplak bir kadın bulunmaktadır. Tanı alan gruptaki bireylerin biri dışında (PB3) tamamı arkadaki tabloya vurgu yaparken, tanı almayan grup içerisindeki hiçbir katılımcının bunu görmemesi/görmezden gelmesi ilginç bir bulgu olarak görülmektedir. Resimde var olduğu halde görmezden gelinen figürlerin veya objelerin psikodinamik bir anlam taşıdığı düşünülmelidir. En temel çıkarım, ifade edilmeyen figür veya objenin orada olmamasına yönelik bir arzunun ifadesi olarak alınabilir. Bir diğer yorumlama ise ifadesinden kaçınılan figür veya objenin psişik bir çatışmaya neden olduğu şeklindedir. Sözü edilen ifadeler kesin bir yargı taşımamakla beraber üzerinde durulması gereken konular olarak ele alınabilir (Güneri, 2016). Tanı alan grubun tanı aldıkları için ve geçmişlerinde daha önce de psikolojik yardım arayışında buldukları için, bunu ifade etmelerinin kabul edilebilir bir şey olduğunu düşündükleri; tanı almayan grubun ise muhtemelen arkadaki figürün ifadesinin bir patolojiyi veya cinselliğe dair ifade etmek istemedikleri bir olguyu ortaya çıkaracağını düşündükleri için bunu ifade etmekten kaçındıkları, direnç göstererek ifade etmedikleri düşünülmektedir. Benzer şekilde tanı alan grup içerisinde bu tabloyu ifade etmeyen tek katılımcının, süreç içerisinde uygulanan ölçme araçları ve yapılan anamnez oturumları ile psikopatolojik sorunları olmasına rağmen sağaltım için hazır olmadığı ve katılımcılar arasında en yüksek dirence sahip olduğu belirlenmiştir. Her gruba ait katılımcılardan birine ait yorumlamalar aşağıdaki gibidir:

'Bu fotoğrafta iki şey görüyorum. Bir ilişkiyi görüyorum. Ama arkadaki bir fotoğraf var. Oradaki bayan yanıltıyor beni. Geneleve benzetiyorum burayı. Sanki bu kızın sarılması ona bağlı olduğunu gösteriyor ama erkeğin yüzünde de bir isteme var. Ama gitmeye yelteniyor. Arkadaki bayan kafamı karıştırdı. Erkek istiyor

ama gitmek zorunda. Kadın da gitmemesi için çaba gösteriyor. Hem aşkı hem farklı şeyler geliyor aklıma. İlk geneleve benzetiyorum. İkincisi bir aşka benzetiyorum. Genelevdeki birine aşık olduğunu düşünüyorum. Erkeğin gönlü var ama gitmek zorunda. Bitti (PB1).

- *Dinamik yorum: Karşı cinsle olan ilişkinin gündeme getirildiği bu kartta danışanın cinsel çatışmalarının olduğu düşünülmektedir. İd (genelev) ve süperego (aşk) arasındaki çatışmanın yarattığı psikik gerilimden kurtulmak için kadından ayrılmak zorunda. Süperego baskın.*

....

'Kadın ve erkek arasında gerçekleşen ilişkinin büyük bir ihtimalle kadının erkeği yanlış anlamasından kaynaklanan ve erkeğin buna karşı tepki olarak yüzünü çevirmesi... Yeni bir başlangıç yapmak için harekete geçmesi... Evet bunu görüyorum. Yani kadın o kadar da umutsuz davranmıyor, umutlu davranıyor aslında. İium şey de olabilir evlerine çok fazla zarar verebilen varlıklar olabilir etrafta, hırsız da girmiş olabilir. Onlara saldırmaya, onları engellemeye, eşini darp etmeye çalışıyor. Ya da bir boks sahnesi de olabilir bu. Ne çok sinirliyim ne de çok rahat... Çok fazla huzursuzluk veren bir kartoğrafya görüyorum. Bu yüzden bana göre evlerine saldırıda bulunmak isteyenlere karşı bir tepki olarak kocasının saldırılarını engelleme çalışan bir kadın izlenimi görüyorum. Bu kadar bitti hocam (PB1).

- *Dinamik yorum: Kadın erkek ilişkilerinde çatışma yaşıyor. Yanlış anlaşılma kaygısı var. Yaşanan çatışmaların inkarı, mantığa bürüne savunma mekanizmalarının kullanılması. Çatışma karşısında ikircikli duygular geldi. Diğer kartlarla düşünüldüğünde olayları çok dramatize etmeye çalışan bir yapısı var. Arkadaki resime herhangi bir vurgunun yapılmaması cinsel çatışmaların olduğunu göstermektedir.*

6.KART BM, 7.KART GF ve 12.KART F: Anne Kartı

Grupların anne imajının incelenmesinde, erkekler için 6BM, kadınlar içinse 7GF ve 12F kartları esas alınmıştır. Genel olarak her iki grubun da anne ile yeteri kadar sağlıklı bir ilişki kuramadıkları görülse de panik tanısı alan bireylerin anneye karşı negativist tutumlarının daha fazla ön plana çıktığı görülmektedir. Tanı alan bireyler baskıcı, umursamaz ve sıcak ilişkinin kurulamadığı bir anne figürü çizdikleri görülürken, tanı almayan bireylerin daha çok 'sembiyotik bir ilişki'nin kurulduğu anneden ayrılamama temalarının resmedildiği görülmektedir. Katılımcılar tarafından yapılan yorumlamalar ve bu yorumlamaların analizine aşağıda yer verilmiştir:

'Hiii (şaşıyor) bir tane böyle çok yakışıklı bir adam varmış (sesli bir şekilde gülüyor)... Kızı seviyormuş daha şimdiye kadar bir sürü kız varmış ama birini çok sevmiş. Onunla evlenmek istemiş ama bir tane dedikoducu kadın gelmiş kızla alakalı kötü şeyler anlatmış oda biraz inanmamış ama yine de düşünmeye başlamış, sorguluyor öyle mi gerçekten diye. Kadın da (anlatan dedikoducu da) onda yarattığı etkiden dolayı zafer kazanmış gibi aynı. Aynı zamanda çok yaşlı... (PB3-12.KART F)

- *Dinamik yorum: Erkek arkadaşım çok yakışıklı, şu ana kadar bir sürü kız vardı ama beni seçti, benimle evlenmek istiyor, yalnız annem benimle evlenmesini istemediği için benimle alakalı (bana göre) bir sürü dedikodu yapmış, sonunda erkek arkadaşım da bunların doğruluğu üzerine*

düşünmeye başlayınca annem zafer kazanmış bir eda içerisinde duruyor... Ya da evlenmek istediğinde annesi ona birçok olumsuz şey anlatmış olabilir, cinsel çatışmaların kaynağında bu dedikodular da olabilir. Annesiyle negativist çatışmalı ilişkileri var. Annesinin kendisinin mutluluğuna gölge düşüren olarak algılıyor.'

.....

'Burada bir anne ve oğlu var. Çocuk, oradan ayrılacakmış gibi bir ortam var. Annesi gitmesini istemiyor. O yüzden annesi üzgün. Pencereden dışarıya bakıyor. Çocuk da kesin gidecekmış gibi gözüküyor. Ama annesini bırakmak istemiyor. Öyle bir yüz ifadesi var (SB3-6.KART BM).

- *Dinamik yorum: Danışanın annesiyle olan ilişkisindeki ayrılık çatışması. Anne oğlunu bırakmak istemiyor ancak oğlan bireyselleşmek için annesinden ayrılması gerektiğini biliyor; ancak henüz buna hazır olmadığı düşünülebilir.'*

6.KART GF ve 7.KART BM: Baba Kartı

Baba figürüne ilişkin dinamiklerin aktarılmasında TAT kartlarından kadınlar için 6. Kart (6GF) ve erkekler için 7.Kart (7BM) incelenmiştir. Her iki grupta da otoriteye ilişkin çatışma profili çok net bir biçimde görülebilmektedir. Bununla birlikte tanı alan grubun tasvir ettiği baba figürü sert, otoriter, korku ve öfke duyulan kişi konumundayken; tanı almayan grubun baba imajı daha çok tartışılan, sözü dinlenilmeyen, aralarında iletişim kopukluğu olan bir figür şeklinde resmetmişlerdir. Gruplara ilişkin alıntılar ve analizleri şu şekildedir:

'Bayan, şaşkın bir şekilde bakıyor. Adam bir şey anlatmaya çalışıyor. Arkasından tehdit eder gibi duruyor. Kadın da şaşkın gözüküyor. Söylenen şey kadını belki korkutuyor. Kadın panik olmuş, korkmuş bir şekilde bakıyor. Adam sigarası ağzında bir vaziyette çok rahat bir şekilde duruyor. Ama bayanı korkutmayı başarmış (PB3-6.KART GF).

- *Dinamik yorum: Kadınlar için baba kartı olarak bilinen bu kartta danışanın 'babaya' ilişkin algısının olumsuz olduğu; babanın tehdit edici, korkutan bir kişiliğe sahip olduğu ifade edilebilir. Danışanın panik korkularının arkasında yatan temel faktörlerden biri 'baba' olabilir.*

....

'Bir çocuk ve bir baba var. İkisi de üzgün gözüküyorlar. Bir tartışmadan çıkmışlar gibi. Evden çıkmışlar gibi gözüküyor. Çocuğun babasına karşı olan tutumu böyle görünüyor (SB3-7.KART BM).

- *Dinamik yorum: Danışanın babasıyla olan ilişkisinde her ikisinin de üzgün olması, yaşanan çatışmaları tasvir ediyor. Otoritenin reddi olarak düşünülebilir, agresif tavırlar mevcut.*

11.KART: Anksiyete Kartı

Derinde olan infantil korkuların ortaya çıkarılmasının amaçlandığı bu kart aynı zamanda anksiyete kartı olarak da bilinir. Bu kart için grupların karşılaştırılmasında ilk dikkat çeken nokta, tanı alan bireylerin yaptıkları yorumlamaların, tanı almayan

gruptakinden çok daha uzun ve ayrıntılı bir şekilde ifade etmeleri olarak ifade edilebilir (Kelime ortalaması PB için 80, SB için 67). Bunun yanında tanı alan grubun çok daha fazla regresif öğelere gönderme yaptığı görülmektedir. Öte yandan tanı almayan grubun anksiyeteyi baskılamaya çalıştığı görülmektedir. Bu durum aynı zamanda tanı alan grup ile almayan grubun kullandığı savunma mekanizmaları (regresyon vs baskılama) hakkında da önemli bir veri sağlamaktadır. Son olarak bu karta uygun başı, ortası ve sonu olan bir hikaye'nin oluşturulmasında tanı alan grubun öteki gruba oranla daha başarılı olduğu görülmektedir. TAT örnekleri şu şekildedir:

'Burada bir tsunami görüyorum ya da sel görüyorum. Bir şehirde oluyor. Denize ya da okyanusa kıyısı olan bir şehirde. Bir sel ya da tsunami felaketi görüyorum. Dalgıçlar büyük bir çabayla özgüven göstererek suya dalıyorlar. Suya kapılanları kurtarmaya çalışıyorlar ama çok şiddetli rüzgarlar da esiyor. Fotoğrafta çoğu kişinin boğulup suda öldüğünü düşünüyorum. Bir yerde taş gibi bir şey görüyorum. Burada sadece hüsrana görüyorum Dediğim gibi deniz ya da okyanusa kıyısı olan bir şehir. Dalgıçlar insanları kurtarmak için dalıyor. Ama kayalıklar kafamı karıştırıyor. Bilmiyorum çok karmaşık. Ama bence tsunami (PB1).

- *Dinamik yorum: Deniz, dalgalar, tsunami, dalgıçların suya atlaması savunma mekanizmalarından 'Regresyon'a gönderme yapmaktadır. Çoğu kişinin suda ölmesi agresyonun dışa dönük olduğunu göstermektedir. Bu kartta da tıpkı 8BM'de olduğu gibi agresyon/saldırganlık önce insanlara yöneltilmekte ardından bu agresyonun geri çekilmesi için yapboz mekanizması kullanılmakta. İd ve süperego ciddi çatışma içinde. Tsunami insanları öldürmeli (id – agresyon) ancak bu kabul edilebilir değil, dalgıçlar onları kurtarmalı (süperego).'*

....

Burada yamaç ve bozuk bir yol görüyorum. İleride bir köprü var ve oldukça ıssız bir yere benziyor. Üst taraflar büyük yamaçlarla dolu. Orada kuşlara benzeyen köprünün üzerinde hayvana benzer şeyler görüyorum (SB2).

- *Dinamik yorum: Oral agresyon mevcut. Anksiyete ve korku bastırılıyor*

16.KART: Boş Kart

Bireyin istek, arzu ve beklentilerine özetle motivasyon kaynaklarına gönderme yapan bu kartın gruplar arasında yapılan karşılaştırmalar göz önüne alındığında, PB tanısı alanların temel ve aynı zamanda ortak motivasyonunun yaşanılan panik ataklardan kurtulmak (homojen) olduğu görülürken, tanı almayan bireylerin motivasyonlarının değişkenlik (heterojen) gösterdiği görülmektedir.

'İlk başta baktığımda, hayatımda beni en çok olgunlaştıran şey panik atak hastalığım olmuştu. Bu fotoğrafın başlangıcına bu sıkıntıyla tanışmamı koyuyorum. Çünkü hayatımın dönüm noktası olmuştu. Burada ilk başlangıç olarak benim panik atak sıkıntısına düşmek, bir türlü anlayamamak. Ta ki anlayana dek. Sol köşedeki fotoğrafında tükenmişlik içinde sorunun ruhsal mı bedensel mi olduğunu anlamaya çalışıyorum

Ortasında bütün sıkıntıları aşmak için çabalarımı görüyorum. Bu sıkıntidan ortadaki resimden biraz daha ileride kurtulduğumu görüyorum, Namazla duayla kurtuluyorum. Ondan sonra orta fotoğrafın yan kesiminde de aşağı doğru bir resim daha görüyorum. Orada bu sıkıntidan kurtulmak istediğimi düşünüyorum. Tüm sıkıntıyı anlayıp, çözdüğümü üstesinden geldiğimi görüyorum. Dördüncü fotoğrafta ise hayallerimi görüyorum. Çünkü bu kadar sıkıntıya rağmen bu hayatın ve hayallerin yaşanması gerektiğini düşünüyorum. Hayallerime baktıkça ilk sıkıntılarımın uzaklaşmaya unutmaya çalışıyorum. Hayallerime doğru ilerlemeye çalışıyorum. Hayallerime ulaştınca her şeyin çok güzel olacağını inanıyorum. Sabır ve dua ile. Eğer ki hayallerime ulaşsam ilk fotoğrafa dönebilirim. Ama her şeye rağmen hayallerim çok güzel ve gerçekleşeceğinden eminim. Yaşamam gerektiğini gösteriyor. Dünyaya bir kere geldiğimizi gösteriyor. Boş şeylerle geçinmememiz gerektiğini söylüyor. Hedeflerin doğrultusunda ilerledikçe sıkıntılardan kurtulacağım inşallah (PB1).

- *Dinamik yorum: Danışan şu ana kadar verilen kartların yerine (anksiyeteyi ortaya çıkardıkları için), bu boş karta 4 farklı resim yerleştirerek açığa çıkan anksiyeteyi bastırmaya çalışıyor. Ancak ilginç bir şekilde çizilen bütün resimlerin içeriği yaşanan 'panik ataklar'dan ve (son kartta) bunun ortaya koyduğu rahatsızlıktan kurtulmak üzere tasarlandığı görülüyor.*

....

'Herkesin mutlu huzurlu güne başladığı bir gün acının ıstırapın olmadığı saldırganlığın olmadığı insanların ölmediği bir dünya kadınların değer gördüğü bir dünya her gün ölüm haberinin olmadığı dünya aynı bu kağıt gibi bembeyaz böyle bir güne uyansak yine hayat devam ediyor çocuklar okullara gidiyor ama mutlu bir şekilde gidiyorlar herkes istediği dersi alıyor herkes istediği şekilde eğitim alıyor herkes yeteneğine göre gidiyor. Sonuç olarak hayatlarını kendileri çizmiş oluyor. Babasının abisini ya da başka birinin akrabasının baskısı değilde istediği şekilde okula gidiyor. Ailesiyle arası iyi annesiyle babasıyla iyi. Mutlu bir hayat yaşıyorlar ve sonuç olarak mutluluk (SB5).

- *Dinamik yorum: Aile içi ilişkilerden, baskıdan, birey olarak görülmemekten duyulan öfke dile getirilerek ideal ebeveyn ve ideal aile tablosuna duyduğu özlem ifade edilmeye çalışılmıştır. Danışan istek ve ihtiyaçlarını doğrudan ifade etmek yerine dolaylı bir yol seçmiş bunu sublimasyon ile 'olması gereken ideal dünya' propagandası ile ifade etmeye çalışmıştır.'*

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

Bu kısımda, araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın alt problemlerine cevap verecek şekilde var olan literatür ışığında tartışılacaktır.

3.1. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, PB tanısı almış bireylerin kişisel ve sosyal uyumları farklılık göstermekte midir?

Araştırma kapsamında PB tanısı alanlar ile PB tanısı almayanların sosyal ve kişisel uyum puanlarının istatistiksel düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmanın ikinci alt problemi doğrultusunda elde edilen bu bulgu PB tanısı almanın ya da PB tanısı almamanın bireylerin sosyal uyum ve kişisel uyumları açısından bir farklılık oluşturmadığı şeklinde yorumlanabilir. Kişisel uyum puanları bireyin kişilik özelliklerini ölçmeyi amaçlayan dört alt ölçekten elde edilen puanları yansıtmaktadır. Bu doğrultuda bireylerin uyum puanları kendini gerçekleştirme, duygusal kararlılık, nevrotik eğilimler ve psikotik belirtiler olmak üzere dört ayrı alt ölçekten alınan puanlar doğrultusunda oluşturulmaktadır. Kendini gerçekleştirme boyutu; kendine güvenme, yeteneklerinin farkında olma, kendi kararlarını verme, doğru bildiğini söyleme, kabul edilme ve bir işe yaradığı duygusu gibi özellikleri yansıtmaktadır. Duygusal kararlılık ise bireyin duygusal yönden kararlı olmasını ifade eder. Bu özelliğe sahip bireyler kendine güvenen, kendi kararlarını alabilen, alıngan olmayan, sakin ve huzurlu birey izlenimi verirler. Bir diğer alt boyut olan nevrotik eğilimler ise iştah kaybı, sürekli yorgun hissetme hali, baş ağrısı şikâyetleri gibi bir takım somatik belirtileri içermektedir. Nevrotikler benliği olduğu gibi kabul etmeme, mükemmeliyetçi olma eleştiriye açık olmama gibi davranışları yansıtır. Son olarak psikotik belirtiler ise insanlardan uzak kalma ve yalnız kalmayı tercih etme, dikkati toplama güçlüğü ve hayal kurma eğilimi gibi davranış örüntüleri sergilerler, aşırı derece alıngan ve duygusal tipler olarak nitelendirilebilirler (Özgüven, 1992).

Kişilik özellikleri psikiyatrik bozukluklarla dört farklı şekilde ilişkilendirilmektedir. Birincisi bireyin kişilik özelliklerinin psikiyatrik bir bozukluğa yol açabileceği, ikincisi kişilik özelliklerinin bireyin psikiyatrik rahatsızlığının seyrini ve sonucunu etkileyebileceği, üçüncüsü kişilik özelliklerinin bireyin psikiyatrik rahatsızlığının bir sonucu olabileceği ve son olarak kişilik özelliklerinin eksen I bozukluklarının seyrini ve yoğunluğunu etkileyebileceği şeklinde ifade edilmektedir (Duggan vd., 2003). Bireyin

kişilik özellikleri, depresyon ve kaygı bozukluklarının tedavisinde sonuçları etkileyen bir faktör olarak görülmektedir. Bazı kişilik özelliklerinin baskın olması tedavi sonuçlarının kötü sonuçlanmasına sebep olabilmektedir (Massion vd., 2002; Praško vd., 2005). Kişilik özelliklerinin hem tedavi sürecini etkilediği hem de bazı kişilik faktörlerinin psikolojik rahatsızlıkların gelişimini etkilediği bilinmektedir. Bu doğrultuda kişilik özelliklerinin PB'nin gelişimi üzerinde de etkili olabileceğini gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Özellikle yüksek nevrozluğun ve düşük pozitif duygulara sahip bireylerin PB'ye daha yatkın olabileceği ifade edilmektedir (Carrera vd., 2006; Clark, Watson ve Mineka, 1994).

PB olan bireylerde kişilik özelliklerine yönelik yürütülen çalışmalarda birçok kişilik özelliği araştırılmış olmasına rağmen PB ile ilişkisi en fazla ortaya konan iki kişilik özelliği ön plana çıkmaktadır. Bunlardan birincisi nevrozlu bir diğeri ise dışadönüklük olarak ifade edilmektedir. PB'si olan bireylerin nevrozlu düzeyi yüksek, dışadönüklük düzeylerinin ise daha düşük seviyede olduğu belirtilmektedir (Bienvenu vd., 2001; Cuijpers, van Straten ve Donker, 2005; Freire vd., 2007; Zugliani, Martin-Santos, Nardi ve Freire, 2017) Nevrozlu duygusal dengesizliği, strese karşı savunmasızlığı ve kaygı eğilimini yansıtırken, dışadönüklük sosyalleşmeyi ve canlılığı yansıtmaktadır (Cloninger, Przybeck ve Svrakic, 1991). Panik, fobik ve majör depresif komorbiditesi olan hastalarda içe dönüklük ve nevrozlu özellikleri dışlandığında bu bozukluklar arasındaki ilişkilerin önemli derecede azaldığı belirtilmektedir (Bienvenu vd., 2001). Nevrozlu aynı zamanda psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu komorbiditesinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Kısacası nevrozlu psikopatoloji için potansiyel bir genel zayıflık faktörü olarak değerlendirilmektedir (Khan, Jacobson, Gardner, Prescott ve Kendler, 2005).

PB tanısı almış bireylerin mizaç özelliklerine yönelik yapılan çalışmalarda PB'li bireylerin baskın depresif mizaç, baskın siklotomik mizaç, baskın endişeli mizaç ve baskın sinirli mizaç puanlarının sağlıklı bireylerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunlar içerisinde baskın endişeli mizacın PB ile ilişkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Baskın endişeli mizaca sahip kişilerde PB riskinin daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Ok-Gülcü, 2016). Bir başka çalışmada ise PB ve OKB'li bireylerin depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarının sağlıklı bireylerden anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir (Erdoğan Canca, 2009). Ayrıca PB'li bireylerin zarardan kaçınma konusunda sağlıklı bireylere göre daha dikkatli oldukları ifade edilmektedir (Kaldırımçı, 2014). Son olarak yeniliklere açık olma, yenilik arayışı konusunda PB tanısı alan bireyler ile SB'ler arasında bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (İzci, 2011). Yapılan birçok

çalışmada kişilik özelliklerinin PB ile ilişkili olduğu ve bireyin kişilik özelliklerinin PB tedavi sonuçlarını etkileyecek bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. Mevcut çalışmada PB tanısı alan bireyler ile SB'ler arasında kişilik uyumları açısından bir fark olmadığı görülmektedir. Özellikle nevrotik eğilim boyutunda farkın çıkmaması alanyazınla örtüşmemektedir. Ancak araştırmanın nitel kısmında yürütülen 'her bireyin yaşam öyküsünün derinlemesine incelenmesi' tanı almayan bireylerin de panik belirtiler sergilediği; projektif testler sayesinde de 'nevrotik eğilimler' gösterdiği anlaşılmaktadır. Bununla birlikte tanı almayan katılımcılardan bazılarının (SB1 ve SB5) PŞÖ'den alınan puanların yüksek olması bir farkın oluşmamasının nedenleri olarak gösterilebilir.

PB tanısı alan bireyler ile sağlıklı bireyler arasında sosyal uyum düzeyleri yönünden bir fark tespit edilememiştir. Sosyal uyum kişiliğin aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, sosyal normlar ve antisosyal eğilimler olmak üzere dört farklı boyutunu ölçmektedir. Aile ilişkileri boyutunda bireyin anne, baba ve kardeşleriyle sağlıklı ilişkiler kurup kurmadığı, sevgi görüp görmediği ve bu sevgiye karşılık verip vermediği gibi özellikler ölçülmekte ve buradan alınan puanların yüksek oluşu bireyin ailesiyle iyi ilişkiler geliştirip uyumlu olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir.

PB oldukça sık rastlanan, kronik ve yineleyici bir şekilde seyreden bir anksiyete bozukluğudur. Bireyin sosyal yaşantısında, aile içi ilişkilerde bozukluğa sebep olan bir ruhsal rahatsızlıktır (Eaton, Kessler, Wittchen ve Magee, 1994; Güz ve Dilbaz, 2003). PB ve aile ilişkileri ile ilgili yürütülen sınırlı sayıdaki çalışmalarda, aşırı kontrolcü ebeveynlik uygulamalarının panik semptomları yaşayan çocuklarda yüksek risk ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (Bilsky, Knapp, Bunaciu, Feldner ve Leen-Feldner, 2016). Ayrıca PB'nin gelişmesinde bireyin hem psikolojik hem biyolojik zayıf noktalarının etkisinin olduğu belirtilmektedir (Barlow, 2004). Ebeveyn çocuk ilişkisi PB'deki psikolojik zayıf noktaların gelişimi için kritik bir değişken olarak görülmektedir (Bilsky vd., 2016). Yürütülen çalışmalarda PB semptomlarının gelişmesinde aile ortamının önemine de vurgu yapılmaktadır. PB yaşayan bireylerin yaşamayan bireylere oranla daha az aile desteği aldığı ve aileleri tarafından daha fazla stres baskı altında tutuldukları ifade edilmektedir (Bilsky vd., 2016; Bunaciu vd., 2014; Craske, DeCola, Sachs ve Pontillo, 2003). Bunlara ek olarak anne baba tarafından ortaya konan psikolojik kontrol ve duygusal müdahaleci taktikler ile panik belirtiler arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır (Laursen ve Collins, 2009). Ebeveyn ölümü veya boşanmada PB ile ilişkisi bulunan diğer faktörler olarak göze çarpmaktadır. Bu doğrultuda yürütülen çalışmalarda erken çocukluk döneminde (10 yaşından önce) ebeveynlerden birisinin ölümü veya ebeveynlerin boşanması gibi travmatik

çocukluk deneyimlerinin PB'nin gelişmesinde etkili faktörler olduğu belirlenmiştir (Robins, 1985). Panik bozukluğunun ortaya çıkmasında ve ilerlemesinde aile ortamı, ebeveyn yitimi ve ebeveynlerin çocuklarıyla olan ilişkilerinin ve tutumlarının etkili olduğu ifade edilebilir. Bunun yanında araştırmanın nitel kısmına bakıldığında, her iki katılımcı grubun ebeveynlerinin istismar eden, şiddet uygulayan ve otoriter tutumlar içerisinde olduğu, tanı alan ve almayan grubun benzer ebeveyn figürlerini tasvir ettikleri görülmektedir. Bu anlamda araştırmanın hem nitel hem de nicel kısmından elde edilen bulguların bu alt boyut için desteklendiği ve bu durumun gruplar arasında neden anlamlı bir farkın çıkmadığına yönelik bir açıklama olabileceği ifade edilebilir.

PB bireylerin hayatının çoğu yönü üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir: Evlilik ilişkisi, sosyal bağlantılar, ekonomik durum vb. birçok durumu oldukça olumsuz etkilemektedir (Rachman ve De Silva, 2009). Panik bozukluğu bireylerin sosyal ve mesleki alanlarda oldukça yüksek düzeyde sınırlamalarla seyreden bir rahatsızlıktır PB'ye en fazla eşlik eden rahatsızlık ise agorafobi olarak bildirilmektedir ve kronik olma eğilimi bulunmaktadır (Wittchen, Gloster, Beesdo-Baum, Fava ve Craske, 2010). Agorafobi ile panik bozukluk nadiren bir arada bulunmamaktadır. Agorafobi ile panik bozukluk ani ve yoğun korku nedeniyle bulunulan yerden ve yapılan faaliyetlerden kaçmayı sembolize etmektedir. Bu nedendir ki PB tanısı konmayan birçok kişiye kamusal alandan korktukları ve kaçındıkları için agorafobi tanısı konmaktadır. Yapılan araştırmalar PB olan bireylerin işsizlik oranlarının daha yüksek olduğunu ve istihdamlarında sorunlar yaşadıklarını göstermektedir (Rachman ve De Silva, 2009). Görüldüğü üzere PB alan bireylerin çoğuna agorafobi eşlik etmektedir. Agorafobisi olan PB hastalarının kendilerini güvende hissedebilmek adına kaçınma davranışlarını daha fazla sergilediği ve bu doğrultuda hem ortamlardan hem de aktivitelerden uzak kalma çabası içerisine girdikleri görülmektedir. Bu kaçınmanın sonucu olarak bireylerin hem sosyal hem de iş yaşamında istenilen seviyede aktif olamadıkları ifade edilebilir. Bununla birlikte Öngider ve Kavak (2014) tarafından yapılan bir çalışmada PB tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin 'kaçınma' puanları arasında herhangi bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir başka çalışma da (Kavak, 2009) bu bulgu ile paralellik göstermiş, PB tanısı almış bireyler ile SB'lerin kaygı ve kaçınma semptomları arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir. İfade edilen son iki araştırma bulgusunun mevcut araştırmanın bulgularıyla örtüştüğü ifade edilebilir. Göz önünde bulundurulması gereken başka önemli bir nokta ise mevcut araştırmanın sosyal ilişkiler boyutunu yansıtan benzer bir çalışmaya rastlanılmadığıdır. Panik bozukluğa ilişkin yapılan çalışmalar genellikle

psikopatolojik yönden ele alınmış, PB'nin psikososyal boyutu göz ardı edilmiştir. Bu doğrultuda özellikle psikososyal boyutla ilgili çalışmaların artması bu bulgunun daha güçlü tartışılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Öte yandan literatürde doğrudan sosyal uyumun incelendiği çalışmalara rastlanmadığı, daha çok sosyal fobinin incelendiği çalışmaların yürütüldüğü bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada PB tanısı almış bireyler ile herhangi bir tanı almamış bireylerden oluşan iki grup, sosyal fobi puanları açısından karşılaştırılmıştır. Tanı almış grubun sosyal fobi ölçeğinden aldıkları korku puanlarının sağlıklı bireylerin puanlarından çok daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, PB'li bireylerin olası bir atak geçirebilme ihtimalini düşünerek, mahcup ve rezil olacakları korkusuyla toplumdan uzak kalmaya çalıştıkları şeklinde yorumlanmıştır (Öngider ve Kavak, 2014). Bu bulguyu destekleyecek nitelikte çok sayıda çalışma (Güz ve Dilbaz, 2003; Kavak, 2009; Öngider ve Kavak, 2014; Özcan, Uğuz ve Çilli, 2006; Saygılı ve Karamustafalıoğlu, 2010) sıralanabilir. Özetle PB tanısı alan bireylerin sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları ve çevreyle etkileşimlerinin azaldığı söylenebilir. Buna ek olarak yukarıda sıralanan çalışmaların ulaştığı sonuçlar, özellikle DSM tanı kriterleri doğrultusunda ulaşılan sonuçlardır ve mevcut araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmemektedir. Diğer taraftan, literatürde yer alan araştırmalarda PB'nin birçok alt tipinin olması gerektiği ve özellikle DSM kriterleri dışında birçok belirtinin olması gerektiğini vurgulayan çalışmalar (Arzu, Arik, Hatice, Sahin ve Abanoz, 2010; Örsel, Güriz, Akdemir ve Türkçapar, 2003) bulunmaktadır. Bu araştırmada yapıldığı gibi, PB'nin belirtilerinin kapsamlı bir şekilde incelenmesi, bozukluğun şiddeti ve seyri, komorbidite tanınması ve tedavisi üzerinde birçok etkisinin olacağı düşünülmektedir. Nitekim yürütülen bir çalışmada PB tanısı bireylerin DSM tanı kriterleri içerisinde bulunmayan huzursuzluk, ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, boğazda düğümlenme hissi, ümitsizlik/çaresizlik dikkati toplayamama, zihin bulanıklığı gibi belirtiler gösterdikleri belirlenmiştir. Bu belirtilerin bir kısmının DSM'de sıralanan PB belirtilerinden daha şiddetli bir düzeyde hastalar tarafından deneyimlendiği sonucuna ulaşımlardır (Arzu vd., 2010). PB'de en sık rastlana belirtiler sırasıyla çarpıntı, huzursuzluk hissi, ölüm korkusu, titreme ağız kuruluğu, ümitsizlik çaresizlik hissi olduğu ifade edilmektedir. Sıralanan belirtilerin üçü DSM-IV belirtilerinde yer alırken özellikle bilişsel olan belirtiler huzursuzluk, ümitsizlik, çaresizlik gibi hislerin DSM-IV'de yer almadığı görülmüştür. Belirti şiddeti olarak bakıldığında ise daha çok DSM-IV belirtileri olan çarpıntı, ölüm korkusu, titreme, nefes darlığı, çıldırma ve boğulma hissi şiddetini daha şiddetli yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmanın en önemli noktalarından birisi ise hastaların en sık bildirdiği

belirtilerin DSM-IV dışı belirtiler olmasıdır. Huzursuzluk hissi, ümitsizlik hissi, çaresizlik hissi, ağız kuruluğu ve dikkati toplayamama özellikle sıralamada dikkati çeken belirtiler olarak sınıflandırılmıştır (Örsel vd., 2003). Panik atak belirtileri üzerine yürütülen bir diğer çalışmada DSM belirtileri dışında görme bozukluğu, işitme bozukluğu, konsantrasyon zorluğu, öfke duyguları, çaresizlik hissi, bir rezalete sebep olma, kaçma düşünceleri gibi DSM dışı belirtilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. PB hastalarına tanı koymada DSM-III dışı belirtilerin daha temel belirtiler olduğu iddia edilmektedir (Cox, Swinson, Endler ve Norton, 1994). PB bozukluğuna ilişkin belirtilerin çeşitliliği üzerine birçok araştırmada mevcuttur. DSM tanı kriterleri dışında PB'ye ilişkin daha farklı belirtilerin olduğuna yönelik birçok çalışma bulunmaktadır (Örsel vd., 2003; Pio-Abreu, Ramalheira ve Valente, 1998; Starcevic, Kellner, Uhlenhuth ve Pathak, 1993). Yukarıda PB'ye ilişkin DSM'de bulunmayan çeşitli belirtiler sıralanmıştır. DSM-V tanı kriterlerine bakıldığında daha önce DSM-III ve DSM-IV'de bulunmayan huzursuzluk, ümitsizlik, ağız kuruluğu, konsantrasyon bozukluğu, görme bozukluğu, duyma bozukluğu, öfke duyguları, bir rezalete sebep olma, boğazda düğümlenme hissi gibi belirtilerin DSM-V'de de yer almadığı görülmektedir. DSM'de bulunmayan belirtilerle hastaneye başvuran bireylerin olduğu görülmektedir. Bu nedenle DSM-V'de bulunmayan bu ve benzeri belirtiler ile hastanelere başvuran bireylerin tanılama süreci sağlıklı bir şekilde yapılamamaktadır. Bu durum özellikle mevcut çalışmada, tanı almamış bireylerin psikolojik belirtilerine rağmen hekim tarafından farkedilmemiş olmasında açık bir şekilde görülmektedir. Bu nedenle söz konusu çalışma, tanılama sürecinin sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için kapsamlı bir anamnez alınmasını ve gerekirse bunun yanında projektif testlerin kullanılmasını salık vermekte, mevcut psikiyatrik tanılama sisteminin sağlıklı bir şekilde yapıl(a)madığını vurgulamaktadır. Bu anlamda PB tanısı alan bireyler ile almayan bireyler arasında herhangi bir farklılık tespit edilememesinin bir nedeni olarak PB belirtilerine ilişkin sadece DSM'nin dikkate alınması ve DSM dışında kalan belirtilerin tanı koyma sürecinde göz ardı edilmesi olarak ifade edilebilir.

PB'nin alt tiplerine ilişkin yürütülen çalışmalarda, daha iyi bir tanılama süreci için PB'nin faktör yapısının ortaya çıkarılmaya çalışıldığı görülmektedir. Özellikle DSM kriterleri dışında bulunan belirtilerin eklenmesiyle PB'nin faktör yapısı belirlenmeye çalışılmıştır. Örneğin (Cox vd., 1994) PB için 'Sersemlik hissi (dizziness)', 'kardiyorespiratuvar' ve 'bilişsel' olmak üzere toplamda üç faktörlü bir yapı ortaya koymuşlardır. Bu faktörlerin toplam varyansın %46.8'ini açıkladığı belirlenmiştir. Örsel ve arkadaşları (2003) ise yürüttükleri bir çalışmada PB'nin faktör yapısına en uygun olan

çözümün dörtlü faktör yapısı olduğunu belirtmişlerdir. Bu faktörleri ‘kardiyovasküler’, ‘bilişsel’, ‘gastrointestinal ve vestibular’ ile ‘gerginlik’ olmak üzere dört alt boyut altında sınıflamışlardır. Burada da açıklanan varyansın %53.09 olduğu bildirilmiştir. Son olarak Sarp ve meslektaşları (2009), PB’nin DSM dışındaki belirtilerini de ekleyerek PB’nin faktör yapısını belirlemeye çalışmışlardır. Sonuç olarak çarpıntı, nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı gibi dolaşım ve solunum sistemine ilişkin belirtilerin yer aldığı ‘solunum-dolaşım’; depersonalizasyon, derealizasyon, çıldırma ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi belirtilerin yer aldığı ‘bilişsel faktör’ ve son olarak terleme, titreme, bulantı veya karın ağrısı gibi belirtilerin yer aldığı ‘otonomik faktör’ olmak üzere toplam üç farklı faktör yapısı belirlemişlerdir. Çalışmada açıklanan toplam varyans oranı %61.75 olarak saptanmıştır.

PB’nin faktör yapısını belirlemeye yönelik çalışmalardan anlaşılacağı üzere açıklanan varyans oranları %50-60 arasında değiştiği ve faktör yapısına ilişkin net bir fikir birliğinin oluşmadığı ifade edilebilir. Özellikle faktör yapılarının biyolojik ve bilişsel faktörlere yönelik olduğu hemen göze çarpmaktadır. Açıklanan varyansın dışında kalan yaklaşık %30-40 arasındaki varyansın hangi faktörlerle ilişkisi olduğu konusunda ise herhangi bir öneriye rastlanmamıştır. Daha önce de vurgulandığı üzere, PB’ye ilişkin psikososyal faktörlere ilişkin çalışmaların çok az olduğu ve ihmal edildiği dikkate alındığında, faktör analizlerinde psikososyal unsurların da göz önünde bulundurularak faktör yüklerinin yeniden değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle araştırmada kişisel, sosyal ve genel uyum ile bağlantılı bir farklılığın olmaması, psikososyal faktörlerin analizlerde yer almaması ve bu psikososyal belirtilere yönelik çok az çalışmanın yapılması gruplar arasında bir farklılığın çıkmamasının bir nedeni olarak görülebilir.

3.2. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, PB tanısı almış bireylerin psikolojik belirtileri ve şiddeti farklılaşmakta mıdır?

Tanı almış bireyler ve tanı almamış bireyler arasında psikolojik belirtiler ve şiddeti açısından bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla non-parametrik istatistiklerden Mann Whitney U testiyle veriler analiz edilmiş ve analiz sonucunda, tanı alan grup lehine olmak üzere somatizasyon ve fobik anksiyete alt boyutlarında istatistiksel olarak bir farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında OKB, kişisel duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, paranoya, psikotizm ve ek maddeler alt boyutlarında istatistiksel olarak

anamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Somatizasyon bireyin çeşitli psikolojik problemleri deneyimlemesi ve bunu sık sık fiziksel bir hastalığa bağlayarak tıbbi bir yardım alma arayışına girmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu durumun genel olarak yaşam olaylarının beraberinde getirdiği psikososyal strese tepki olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Bu durum genellikle dışarıdan bir gözlemcinin çıkarımına dayanır çünkü somatizasyonu olan bireyler yaşadıkları sıkıntılar ile fiziksel rahatsızlıkları arasında bir bağlantı olduğunu reddederler. Bireyler bu somatik belirtilerin altında psikolojik bir faktörden ziyade fiziksel bir hastalık olduğunu, dolayısıyla tıbbi bir bakıma ihtiyaç duyduklarının göstergesi olarak görme eğilimindedirler (Lipowski, 1988). Diğer bir ifadeyle somatizasyon bireyin psikolojik amaçlarla bedenini veya bedensel belirtileri kullanmasıdır (Yücel, 2009). Bu anlamda, somatizasyon PB'nin ayrılmaz bir parçası olarak çoğunlukla duygusal ve fizyolojik bir uyarılma sonucu olarak gelişir (Lipowski, 1988). Panik bozukluğun komorbiditesine bakıldığında, önde gelen rahatsızlıkların başında somatizasyon bozukluğunun geldiği görülmektedir (Konkan, Yalçınkaya, Erkıran ve Erkmn, 2003). Panik atak sırasında birey soluk alma zorluğu, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma, karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi çeşitli somatizasyon belirtileri gösterir. Hatta bunun da ötesinde panik atak geçiren kişiler, bir felaket ile karşı karşıya olduğu duygusu içindedirler. Kalp atım sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmaları nedeniyle sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler. Bu anlamda bireyler ciddi bir tehlikeyle karşı karşıya olduklarını düşünerek kendilerini çok aciz hissederler. Bu aciziyet hissi, kişide tehlikeli bir durum içinde kapana kısırıldığı duygusu oluşturur. Semptomların başlangıcıyla beraber kişi bir dizi tepki vermeye başlar. Önce bilişsel olarak feci bir şeyler olacağına ilişkin çeşitli düşünceler üretir ardından hızlı kalp atışı, baygınlık, karın ağrısı, terleme gibi çeşitli bedensel belirtiler oluşur (Beck ve Emery, 2011). Özetle literatürde panik bozukluk ve somatizasyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında (Abramowitz, Olatunji ve Deacon, 2007; Güz ve Dilbaz, 2003; Karapıçak, Aslan ve Utku, 2012), tanı almış bireylerin somatik uyarılara oldukça fazla odaklandığı görülmektedir. Bu doğrultuda mevcut çalışmanın bu konuda literatür ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. PB tanısı alan bireylerin somatizasyon belirtilerini, tanısı almayan bireylere göre daha fazla gösterdiği ifade edilmişti. PB tanısı alan bireylerin, bedensel uyarılara daha fazla odaklandıkları ve bu uyarımları ciddi bir hastalık belirtisi olarak algıladıkları söylenebilir. Somatik belirtilerin PB'ye eşlik eden en belirgin belirtilerden biri olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla bu

belirtiler, vücudun deneyimlenen kaygıya karşı geliştirdiği tepkiler olarak düşünülebilir. Şöyle ki PB tanısı alan bireyler panik atak sırasında bu uyarılara daha fazla odaklanarak somatik belirtilerin daha fazla artmasına neden olmaktadır (Abramowitz vd., 2007). Belirtilerin artması atakların geleceğine ilişkin inancı kuvvetlendirmekte ve bu süreç döngüsel bir şekilde tekrarlanabilmektedir. Bu bağlamda yaşanan atakların somatizasyon belirtilerinin artmasında ve panik şiddetinin yükselmesinde tetikleyici bir rol üstlendiği ifade edilebilir.

Bir diğer istatistiksel olarak anlamlı çıkan psikolojik belirtinin fobik anksiyeter olduğu ifade edilmiş, PB tanısı alanların fobik anksiyetelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fobik anksiyete bozuklukları bir grup anksiyete bozukluğuna verilen şemsiye bir terim gibi düşünülebilir. Genellikle depresyon ile komorbid olan fobik anksiyete agorafobi, sosyal fobi ve özgül fobi olmak üzere üç kategoride değerlendirilmektedir (ICD-10; WHO, 2016). Agorafobide birey toplu taşıma araçlarını kullanma, açık ve kapalı yerlerde bulunma, sırada bekleme, kalabalık bir yerde bulunma ve tek başına evin dışında olma gibi durumlardan korku ya da kaygı duyar. Sosyal fobi, toplumsal kaygı bozukluğu olarak da bilinir, ise bireyin başkaları tarafından değerlendirilmekten kaçındığı için toplumsal aktivitelerden belirgin bir şekilde uzak durması, bu aktivitelerden korku ve kaygı duyması olarak ifade edilebilir. Örneğin, başkalarının önünde bir konuşma yapma, yemekli bir toplantıya katılma, tanışma toplantılarına katılma gibi aktiviteler, sosyal fobik bireylerin kaçındığı aktiviteler olarak ifade edilebilir. Bu kaçınmanın altında yatan temel motivasyon ise bireyin katılacağı bu aktiviteler esnasında küçük düşeceğinden ya da utanç duyacağından korkması olarak ifade edilebilir. Son olarak özgül fobi ise adından anlaşılacağı üzere bireyin özgül bir nesneden veya durumdan belirgin bir şekilde korku ya da kaygı duyması durumu olarak tanımlanmaktadır. Uçağa binme fobisi, kan görme fobisi, yükseklik fobisi gibi daha bir çok spesifik fobi bu kategoriye eklenebilir (APA, 2013). Bu üç fobi türünden agorafobi panik bozuklukta meydana gelen panik atakların bir sonucu olarak bireylerin yaşam kalitesini oldukça düşüren ve bireylerin işlevsellik düzeylerini oldukça azaltan bir faktör olarak görülmektedir (Konkan vd., 2003; Tükel, 2002). Agorafobinin tanısal özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, bireyin felaketleştirme stratejisini kullanarak çevreyi tehlikeli bir yer olarak algıladığı ifade edilmektedir. Bu nedenle günlük yaşamı oldukça olumsuz etkileyen agorafobi, günlük yaşamın kısıtlanmasından dolayı PB'si olan bireylerin öfke duygularını arttırmaktadır (Öz, 2017).

PB'ye eşlik eden diğer fobik anksiyete ise sosyal fobidir. Yürütülen bir çalışmada (Öngider ve Kavak, 2014). PB tanısı alan bireylerin sosyal fobi tanısı almasa da sosyal

fobik özellikler gösterdiğine işaret etmektedir. Yapılan çalışmalar (Özcan vd., 2006; Saygılı ve Karamustafaloğlu, 2010) PB'ye sosyal fobinin eşlik etme oranının yaklaşık %14-31 arasında değiştiğini, sosyal fobisi olan bireylerde ise ek tanı olarak PB görülme sıklığının %17-50 arasında değiştiğini ifade etmektedir (Konkan vd., 2003). Bu bağlamda, mevcut araştırmada da PB tanısı alan bireylerin fobik anksiyete belirtilerini gösterdikleri ve bunun literatürde yürütülen diğer çalışmalarla da paralellik gösterdiği ifade edilebilir. Özellikle çalışmaya başlangıçta katılma kararı alan, ancak oturumlar tamamlandıktan sonra verilerin imha edilmesini isteyen ya da veri toplama süreci içerisinde çalışmaya direnç gösteren katılımcıların verdikleri cevaplar ile küçük düşüklerini düşünmeleri veya uygulayıcı tarafından olumsuz bir şekilde değerlendirilebileceklerine dair inançlarının fobik anksiyete puanını arttırdığı ifade edilebilir. Ayrıca sosyal fobi düzeylerinin yüksek olmasının altında yatan bir başka neden de etkileşime girdikleri diğer bireyler tarafından olumsuz bir şekilde değerlendirileceklerine dair inançları olabilir.

Sonuç olarak tanı almış bireyler ile almamış bireylerin psikolojik belirtilerin karşılaştırılmasında araştırmanın nicel kısmında fobik anksiyete ve somatizasyon belirtileri dışında diğer psikolojik belirtilerin (tanı alan grubun ölçme araçlarında aldıkları puanlar daha yüksek olsa da) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir. Psikolojik belirtiler ile panik bozukluk arasında böyle bir farklılığın oluşmamasının literatür ile örtüşmediği ifade edilebilir. Araştırmanın sınırlı sayıda katılımcı üzerinden yürütülmesi bu durumun en önemli nedeni olarak düşünülmektedir. Öte yandan araştırmanın nitel bulgularına bakıldığında, yukarıda ifade edilen psikolojik belirtilerin tanı almış grup tarafından daha fazla yaşandığı bulgusuna hem bireylerin anamnestik sorgulamalarında hem de projektif testlerin analizlerinden ulaşılmaktadır. Bu anlamda, karma desen çalışmasının görevini tam anlamıyla yerine getirdiği, nicel araştırmanın zayıf kaldığı durumlarda nitel araştırmanın yaşanan fenomenolojinin ortaya çıkmasına katkı sağladığı ifade edilebilir.

3.3.Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, PB tanısı almış bireylerin depresyon düzeyi farklılaşmakta mıdır?

Bilindiği üzere depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum ise bireyin içsel olarak deneyimlediği, davranışlarına ve çevresini algılamasına etki eden sürekli ve hakim bir duygu tonudur. Duygudurum normal, yükselmiş veya çökkün olabilmektedir. Depresyonu olan bireylerde ise çökkünlük baskın duygudurumdur. Anksiyete ise herkes

tarafından deneyimlenebilen bir durum olmakla birlikte, yaygın hoş olmayan ve belirsiz bir olumsuzluk önsezisidir. Anksiyete belirtileri kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Psikolojik rahatsızlıklar arasında en yaygın olan bozukluklar anksiyete ve depresyon olarak ifade edilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları o kadar sık bir arada bulunmaktadır ki karışık anksiyete depresyon bozukluğu adıyla yeni bir tanı grubunun sınıflandırılması gerektiği bile savunulmaktadır (Lydiard ve Brawman-Mintzer, 1998). Kaygı bozukları arasında yer alan PB'nin diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda oldukça sık bir şekilde görüldüğü ve PB'ye en fazla eşlik eden rahatsızlığın ise depresyon olduğu belirtilmektedir (Konkan vd., 2003). Özellikle PB'de depresyon şiddetinin daha fazla olduğunu gösteren çok sayıda araştırma (Kennedy, Morris, Pedley ve Schwab, 2001; Scott, Heimberg ve Jack, 2000) bulunmaktadır. PB'de depresyonun eş tanı olarak bulunması PB'nin şiddetini ve panik atak geçirme sıklığını arttıran ve anksiyetenin daha yoğun yaşanmasına ve daha fazla fobik kaçınma gösterilmesine etki etmektedir (Noyes vd., 1990). Panik bozukluğuna ilişkin gerçekleştirilen komorbidite çalışmalarında PB'nin depresyonla oldukça sık görüldüğü ve çeşitli PB olgularında depresyonun görülme oranının %32-53 arasında olduğu gösterilmiştir (Kocabaşoğlu, 2002). Yürütülen bir başka çalışmada ise PB'nin agorafobili olması durumunda %32.8-54.5 oranında PB'nin agorafobisiz olması durumunda ise %4.7-16 arasında değişen oranlarda depresyonun eşlik ettiği ifade edilmektedir (Weissman vd., 1997). Gerek klinik uygulamalarda gerekse sağlık hizmetlerinin çeşitli basamaklarında PB ve depresyon belirtileri çeşitli şiddetlerde görülebilmektedir. Bu tip durumlarda, iki rahatsızlıktan biri 'bozukluk', diğeri ise 'belirti' düzeyinde bulunabilmektedir (Boulenger ve Lavallée, 1993). Çocukluk döneminde yaşanan güçlükler, kayıp (depresyon) ve tehlikenin (anksiyete) stresli olayların birçoğunda birlikte görülmesi ve sürekli bir anksiyete durumunun depresyona neden olması PB'ye depresyonun eşlik etmesinin sebepleri olarak ifade edilmektedir (Stahl, 1993).

Yürütülen çalışmaların birçoğunda PB tanısı alan bireylerde, depresyonun eşlik edip etmediğine yönelik komorbidite çalışmalarının yoğunlukta olduğu görülmektedir. Bunun yanında PB tanısı alan bireylerde depresyonun yaygınlığına yönelik tanımlayıcı çalışmaların fazlaca olduğu görülmektedir. Öte yandan bu araştırma kapsamında yapılan istatistiksel analiz sonucunda, PB tanısı almış bireyler ile SB arasında depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu anlamda araştırmanın bu bulgusu ile literatürün örtüşmediği ifade edilebilir. Bunun nedeni olarak araştırmanın çok sınırlı sayıda bireylerden alınması ve tanı almayan katılımcılardan birinin (SB1) Beck Depresyon

envanterinden aldığı puan hayli yüksek (BDE=33) iken; tanı alan katılımcılardan ikisinin düşük depresyon skoruna (PB1=14, PB2=13) sahip olmaları olarak ifade edilebilir. Tanı alan gruptaki bu bireylerin depresyon için elde edilen toplam puanı aşağı çekmeleri ve SB grubundaki katılımcının ise toplam depresyon skorunu artırması iki grup arasındaki farkın azalmasına yol açmıştır. Bu da her iki grup arasındaki farkın anlamlı çıkmamasının nedeni olarak düşünülmektedir. Buna ek olarak araştırmanın nitel kısmından elde edilen bulgular dikkate alındığında buradaki bulguların literatür ile örtüştüğü görülmektedir. Tanı alan grubun anksiyete ve depresif duygu durumu daha baskın bir şekilde deneyimledikleri, tanı almayan grubun ise narsistik eğilimlerinin daha fazla ön plana çıktığı ifade edilmiştir.

3.4.PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişki ne düzeydedir?

Araştırma kapsamında PB tanısı almış bireylerin panik şiddet düzeyleri ile psikolojik belirtileri arasında herhangi bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analizden elde edilen bulgular doğrultusunda PBŞ ile hostilete arasında pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca ek olarak PBŞ ile KSE'nin diğer alt boyutları olan; somatizasyon, OKB, kişisel duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete paranoya, psikotizm ve ek maddeler arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu bağlamda PB tanısı alan bireylerin hostilete düzeylerinin yüksek olduğu ve hostiletenin PB'ye eşlik eden psikolojik bir belirti olduğu söylenebilir.

Hostilite (düşmanlık-öfke); kontrol edilemeyen öfke ve duygu patlamalarının olduğu, diğer insanlarla sık sık tartışmaya girme eğilimi ve muhalif olma, bazı şeyleri kırıp dökme, bireyin kendisini tuzığa düşürülmüş bir biçimde algıladığı ve bazen topluluk içinde bayılma hissini eşlik ettiği bir kişilik özelliği olarak tarif edilebilir (Özgüven, 1992). Smith, (1994) ise hostileteyi bireyin diğer insanların değer kaybetmesi, onların suçlu ve hatalı olmaları yönünde bir eğilime sahip olma, zarar görmelerine şahit olma isteğinin bulunması ve muhalif bir çerçeveden bakma gibi genel bir kişilik özelliği olarak tanımlamaktadır. Birçok psikiyatrik rahatsızlık ve ruhsal bozukluğun hostilete ve sinirlilik üzerinde bir artışa sebep olabileceği ifade edilmektedir (Fava, Molnar, Zielezny ve Loretan, 1987). Panik bozuklukla eş zamanlı bir biçimde oluşan hostilete ve öfke ataklarının panik bozukluğunun belirtileri olarak gösterilebileceği ifade edilmektedir (Fava vd., 1993; M. Fava, Anderson ve Rosenbaum, 1990; George, Anderson, Nutt ve Linnoila, 1989).

Hostilite ve saldırganlık gibi agresif davranışların panik bozuklukla önemli derecede ilişkili olmasına rağmen (O'Day ve Heimberg, 2018) panik bozukluk belirtilerine dahil edilmediği vurgulanmaktadır (Higuchi, Kamata, Yoshimoto, Shimisu ve Hishikawa, 1999). Bunun yanında PB başta olmak üzere diğer kaygı bozukluklarının, bireyin yaşadığı öfke duygusunun sonuçlarından birisi olduğu ve öfkenin dindirilmesi halinde kaygı belirtilerinin de azalacağı ifade edilmektedir (Hazaleus ve Deffenbacher, 1986). Bu bağlamda PB'si ve hostilitesi olan bireylere uygulanan farmakoterapilerde verilen antidepresan ilaçlarının her ikisinde de düşüşe neden olması bunların bir arada bulunabileceği fikrini daha da güçlendirmiştir (George vd., 1989). Özetlemek gerekirse, PB tanısı almış bireylerin hostilite ve agresyon düzeylerinin tanı almayan bireylere oranla çok daha yüksek olduğu görülmektedir (Fava vd., 1993; Yeragani ve Kumar, 2000). Anksiyete ile öfke ve saldırganlık arasındaki ilişkiye yönelik yapılan çeşitli çalışmalarda bu değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca hostilite ve öfkenin anksiyetenin anlamlı yordayıcıları olduğu ortaya konmuştur. Şöyle ki hostilite ve öfke arttıkça bireyin kaygısı da artmaktadır. Bunlara paralel olarak anksiyete arttıkça bireyin saldırganlık düzeyi de artmaktadır (Kılınç ve Murat, 2012). Yapılan çalışmalar (Ataman Temizel ve Dağ, 2014; Galang, Babson, Boden ve Bonn-Miller, 2015) panik bozukluğun özelliklerinin belirlenmesinde hostilitenin önemli bir faktör olabileceği ve PB'nin anlaşılmasına önemli katkılar sunabileceği ifade edilmektedir. Yukarıda sıralanan çalışmalardan da anlaşılacağı üzere mevcut araştırmanın bulgularının alinyazınla paralellik gösterdiği ifade edilebilir.

Hostilite ve PB arasındaki ilişkiyi varlığını destekleyen çalışmaların yanı sıra bu ilişkinin var olmadığına dair çeşitli çalışmaların da alanyazında olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda yürütülen bir çalışmada, PB tanısı alan, depresyonu olan ve normal olan üç grup üzerine yürütülen bir çalışmada, PB'si ve depresyonu olan grupların sinirlilik ve öfke puanlarının normal gruptan yüksek olduğu; ancak hostilite boyutunda gruplar arasında herhangi bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Wetzler, Kahn, Cahn, Van Praag ve Asnis, 1990). Ayrıca pek çok çalışmada hostilite ve çeşitli psikolojik rahatsızlıklar arasında ilişki bulunmasına rağmen hostilitenin kaygı, depresyon ve genel psikolojik rahatsızlıkların yordayıcısı olarak bulunmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (Dirik ve Şahin, 2008). Örneğin Güz ve Dilbaz (2003), PB tanısı almış ve almamış bireylerin hostilite puanlarını karşılaştırmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığını vurgulamışlardır (Güz ve Dilbaz, 2003). Alanyazında her ne kadar PB ile hostilite arasında bir ilişki olduğuna dair çalışmalar olsa da yukarıda sıralanan çalışmalardan da anlaşılacağı

üzere, PB tanısı alan bireylerin hostilete, saldırganlık, öfke vb. davranışlarla ilişkisinin çok netleştirilemediği görülmektedir bu doğrultuda kanıta dayalı çalışmaların yürütülmesine ihtiyaç duyulduğu söylenebilir. Özellikle DSM tanı kriterlerinde hostilete ve saldırganlık gibi belirtilere henüz yer verilmediği görülmektedir. Her ne kadar literatürde bu araştırmayı destekleyecek çalışmalar olsa da bu konuda literatürde bir boşluğun olduğundan söz edilebilir.

3.5.PB tanısı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile kişisel, sosyal ve genel uyumu arasındaki ilişki ne düzeydedir?

PB tanısı alan bireylerin yaşamış oldukları panik şiddeti ile uyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmış ve analiz sonucunda elde edilen bulgulardan yola çıkarak PB tanısı alan bireylerin PBŞ düzeyleri ile uyum düzeyinin alt boyutları olan kişisel, sosyal ve genel uyum düzeyleri arasında ters yönlü bir ilişki olduğu ancak bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Panik bozukluğu şiddeti, bireylerin yaşadıkları panik atakların yoğunluğunu, anksiyete seviyelerini ve işlevsel olma düzeylerini tanımlamaktadır (Shear vd., 1997). Anksiyete hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan bir psikolojik durumdur. Daha önce ifade edilen fizyolojik belirtilerin yanında psikolojik belirtilerin (sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi) yoğun yaşandığı bir korku durumu olarak ifade edilebilir. Başka tanımlamalar ise anksiyeteyi, kaynağı büyük bir ölçüde bilinmeyen bir tehlike beklentisiyle sınırlandırarak korkudan ayırt eder. Anksiyete, uyum sağlayıcı ve ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici işlevinin yanında, engelleyici işlev de görebilir. Bu anlamda anksiyetenin ne zaman ve nerede uyumlu (adaptive) – uyumsuz (maladaptive) olduğunun tespiti önem arz etmektedir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011). Panik bozukluk tanısı almış bireylerin atağa yakalanma korkusu bireyin özelde kişiliğini, çevresiyle olan uyumunu ve genelde de tüm yaşamını olumsuz etkilemektedir. Her ne kadar doğrudan panik bozukluk şiddeti ile kişisel ve sosyal uyumun incelenmesine yönelik literatür bulgusuna rastlanmasa da buna dolaylı yoldan vurgu yapan çalışmalardan söz edilebilir. Örneğin yapılan çalışmaların birinde panik tanısı almış deneklerin dürtüsellik, depresyon, umutsuzluk ve intihar girişimi öyküsü bildirme olasılığının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Nam, Kim ve Roh, 2016). Burada ifade edilen psikolojik sorunlar, panik tanısı almış bireylerin uyumunun kişisel ve sosyal yönden bozulduğunun bir göstergesi olarak düşünülebilir. Buna ek olarak panik bozukluğu ile kişilik bozuklukları arasında eş

tanının yaygın olduğu (özellikle C kümesi kişilik bozuklukları) vurgulanmaktadır (Navinés, Egmond ve Martín-Santos, 2016). Bu bulguya burada yer verilmesinin nedeni kişilik bozuklukları ile kişisel uyum arasında bir bağın olduğunu vurgulamaya çalışmaktır. Şöyle ki literatür incelendiğinde ‘kişilik bozukluğu’ ifadesinin DSM için uygun bir tanımlama olmadığı, bunun ‘uyum bozukluğu’ olarak değiştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Bunun nedeni ise kişilik bozukluklarının damgalayıcı bileşeninin azaltılması ve uyum bozukluğunun olumlu çabalara vurgu yapması olarak ifade edilmektedir. Bunun da ötesinde kişilik bozukluğu kişiliğin kendisinin bozulmasını değil, uyumun bozulduğunu ifade ettiği için bu önerinin dikkate alınması gerektiği ifade edilmektedir (Svrakic, Lecic-Tosevski ve Divac-Jovanovic, 2009). Özetle panik bozukluk şiddeti ile kişisel ve sosyal uyum arasında olumsuz bir korelasyon olduğu ifade edilebilir. Araştırmada kullanılan ölçme aracı (PBŞÖ) dikkate alındığında tanı almış katılımcılardan biri dışında hiçbirinin ciddi ve ağır düzeyde panik şiddetini deneyimlemediklerini ifade ettikleri görülmektedir. Öte yandan araştırmanın nitel boyutu incelendiğinde hem bireylerin anamnez sorgularında hem de projektif testlerde panik şiddetini yoğun yaşadıkları ve bu sürecin de hem kişisel hem de sosyal uyumlarını etkiledikleri görülmektedir. Bu anlamda araştırmanın nicel kısmından elde edilen sonucun sınırlı sayıda verilen literatür tarafından desteklenmezken, araştırmanın nitel aşaması tarafından desteklendiği ifade edilebilir.

3.6.PB tanısı almış ve almamış bireylerin TAT kartlarına verdiği yanıtlarda ortaya çıkan betimlemelerdeki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?

TAT analizi sonrasında elde edilen bulgular incelendiğinde her iki grubun da olumsuz beden imajına sahip oldukları, sorunlu bağlanma stillerine sahip oldukları ve otorite ile çatışma içerisinde oldukları ifade edilebilir. Ancak bağlanma sorunsalı ve otorite çatışmasına ilişkin muhtevanın, her iki grup için aynı zamanda farklılık gösterdiği de vurgulanmalıdır. Örneğin her iki grubun kaygılı bir bağlanma stiline sahip olduğu ancak annenin bu bağlanma stili üzerindeki rolünün her iki grup için farklı olduğu söylenebilir. Şöyle ki tanı almış bireyler anne imajını baskıcı, sıcak bir ilişkinin kurulamadığı, umursamaz bir anne olarak algıladıkları için anneye karşı öfkeli bir resim çizerken; tanı almayanlar ise anneden ayrılmayan, sembiyotik bir ilişkinin kurulduğu (şiddet uygulayan, istismar eden bir anneden) daha makul bir anne portresi çizmeye çalışmışlardır (örnekler için TAT’deki anne kartlarına yapılan yorumlara bakınız).

Benlik, doğumdan ölüme kadar yaşanan süreçte bireyin yaşantıları ve çevresindeki

diğer insanlar tarafından şekillenen psikolojinin en önemli kavramları arasında yer almaktadır. Benlik kendilik algısı, becerileri, yetenekleri ve amaçları gibi birçok kavramla ilişkili olmakla birlikte temelde bireyin kendisini nasıl değerlendirdiğiyle ilişkilidir (Tutar, 2016). PB belirtilerine benlik saygısı düşüklüğü eşlik ettiğinde bireyin depresyona girme riskinin arttığı ifade edilmektedir (Tükel, 2002). Literatür incelendiğinde PB ve benlik saygısına ilişkin çok fazla çalışmanın yapılmadığı görülmektedir. Pınar (2017) yürüttüğü çalışmada PB ile benlik saygısı arasında negatif yönde güçlü ilişki olduğunu belirlemiş ve özellikle düşük benlik saygısı ve PB'nin kadınlarda daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur. Mevcut çalışmada katılımcıların ifadelerinden benlik saygılarının düşük olduğu ve bir önce verilen araştırma bulgusuyla örtüştüğü söylenebilir. Öte yandan Aydın (2017) ise yaptığı çalışmada PB tanısı alan bireylerin benlik saygılarının, tanı almayan bireylerin benlik saygısından daha yüksek olduğunu vurgulamıştır. Özetle panik bozukluk ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik literatürün henüz doygunluğa erişmediği belirtilerek, mevcut araştırmanın nitel bulgularından elde edilen veriler doğrultusunda benlik saygılarının düşük olduğu ifade edilebilir. Bu bulgunun nedenlerinin ise çok boyutlu olduğu düşünülmektedir. Panik bozukluğun korku dolu süreci göz önüne alındığında bireyin bir çok yerde atak beklentilerinden ötürü kendini güvende hissetmemesi (Çölkesen-Alcan, 2004), panik bozukluğun eşlik ettiği komorbiditelerin (depresyon, sosyal fobi vb.) olması (Fogliati vd., 2016; Kocabaşoğlu, 2002), ebeveynlerin ilgisinden ve şefkatinden uzak kalmaları (Ünlü, 2015) gibi bir çok faktörün bireyin benlik saygısını etkilediği ifade edilebilir. Ancak bunlar içerisinde benliğin gelişimindeki en önemli unsurun aile içi ilişkilerin, özellikle de anneyle kurulan bağın olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak tanı almış katılımcıların depresif belirtilerinin olduğu saptanmıştı. Bu anlamda depresyonun bireyin kendini değerlendirme yetisi üzerinde olumsuz olduğu düşünüldüğünde bu tür komorbiditelerin de düşük benlik saygısına neden olduğu düşünülmektedir (Sowislo ve Orth, 2013).

Bağlanma, ilk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisi ile başlayan, ancak sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar üzerinde de etkisi olan önemli bir süreçtir (Keskin ve Çam, 2009). Anne ve çocuk arasında kurulan bağlanma ilişkisinin türü çocuğun gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Anne ile çocuk arasında güvenli bir bağlanma ilişkisi kurulmuş ise çocuğun sağlıklı bir psikolojik gelişim göstereceği kabul edilir. Eğer bu bağlanma ilişkisiz, kopuk ve güvensiz bir biçimde gelişirse bireyde kişilik problemlerinin ve zihinsel rahatsızlıkların gelişeceği iddia edilmektedir (Tüzün ve Sayar, 2006). Bu bağlamda yetişkin bağlanma yapısı son yıllarda ampirik olarak geniş çapta incelenmiş,

kişilerarası ilişkiler, kişilerarası duygu düzenleme çalışma modelleri ve psikopatoloji ile ilişkileri ortaya konmuştur (Mikulincer ve Shaver, 2007). Erken çocukluk döneminde anne babalarıyla ciddi problemler yaşayan ve bu deneyimlerin ardından güvensiz bağlanma stili geliştiren bireyler, sosyal ilişkilerinde çeşitli sorunlar yaşamının da ötesinde bazı psikopatolojik rahatsızlıklara da yatkın olabilmektedirler. Bu yüzden güvensiz bağlanan bireyin, ilerleyen yaşamında kişilik bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikolojik sorunlar için risk faktörü olabileceği ifade edilmektedir (Dozier, Stovall-McClough ve Albus, 2008; Shorey ve Snyder, 2006). Yürütülen bazı çalışmalarda ise güvensiz bağlanma stilinin anksiyete bozukluklarında bir katalizör ve devam ettirme görevi gördüğü ifade edilmektedir (Dozier vd., 2008; Manicavasagar, Silove, Marnane ve Wagner, 2009; Manning, Dickson, Palmier-Claus, Cunliffe ve Taylor, 2017; Zalaznik, Weiss ve Huppert, 2019). Anksiyete bozuklukları bireyde sürekli bir tehdit hissi ve belirsiz uyarıların tehlike işareti olarak yorumlanması ile karakterizedir (Barlow, 2004). Bu yaklaşım bireyin bedeninde oluşan uyarımların bir tehdit olarak algılanarak yanlış yorumlandığı ve böylece panik atakların oluştuğu ifade edilmektedir. Bu anlamda anksiyete bozukluklarında sürekli bir tehdit duygusunun olması bağlanma sisteminin sürekli aktive olması ile muhtemeldir (Zalaznik, Weiss ve Huppert, 2019). Bununla birlikte bağlanma biçimlerinin PB ve normal bireyler arasında farklılık olmadığına dair çalışmalar da bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada (Sumer vd., 2009) batı toplumundan farklı olarak, Türk toplumunda saplantılı bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu, bu durumun kültürler arası farklılıklardan kaynaklanabileceği ifade edilmiştir. Bir diğer çalışmada (Selbes vd., 2018) ise PB tanısı alan bireyler ile herhangi bir tanısı olmayan bireyler arasında ilk sırada “saplantılı bağlanma” biçimi yer almış ve gruplar arasında herhangi bir farklılık bulunmamıştır. Buna ek olarak saplantılı bağlanma biçiminin PB riskini arttırabileceği ifade edilmiştir. Ancak bağlanma biçimleriyle PB arasında zayıf bir ilişki olduğuna genellikle yaygın anksiyete bozukluğu ile bağlanma stillerinin ilişkili olduğuna dair çalışmalar da yapılmıştır (Newman, Shin ve Zuelig, 2016). Ayrıca bağlanma stilleri ile PB bozukluğu arasında bir ilişki olmadığını ileri sürenler de bulunmaktadır (Bifulco vd., 2006). Örneğin yapılan bir araştırmada (Pacchierotti vd., 2002) ebeveyn bağı ile PB arasındaki ilişkinin incelendiği bir diğer çalışmada şefkatsiz, ihmal eden, sevgi kontrolü ve optimal bağ şeklinde sınıflanan ebeveyn bağları ile PB arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Yürütülen bu araştırmada PB olan bireyler ile SB’lerin kaygılı bağlanmaya sahip oldukları belirlenmiştir. Literatürde genellikle PB’li olan bireylerin güvensiz, kaygılı bağlanma türlerine sahip oldukları ifade edilmekte ve normal bireylerle bu noktada yarıştıkları ifade edilmektedir.

Ancak bağlanma stillerinin kültürden kültüre değiştiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu noktada PB tanısı alanlar ile SB'ler arasında herhangi bir fark olmamasının nedeni olarak kültürel özelliklerin yetiştirme tarzı üzerindeki etkisi gösterilebilir. Buna ek olarak, tanı almamış grubun kişilik dinamiklerinden yola çıkarak, bu grubun tanılama sürecinin hekim tarafından yeteri kadar iyi yapılamadığı ve toplumdaki sağlıklı bireyler olarak belirlenen popülasyondan sapma gösterdiği düşünülmektedir. Her ne kadar örneklem sayısı yeteri kadar büyük olmasa da yapılan normallik analizleri tanı almamış grubun kendi içerisinde normal bir dağılıma sahip olmadığını göstermektedir. Öte yandan tanı almış grubun normallik dağılımlarının gerekli istatistiksel analizlerin (Kolmogorov Smirnov, Shapiro-Wilks, Basıklık – Çarpıklık değerleri ve grafik incelemeleri) ardından kendi aralarında normallik gösterdiği saptanmıştır. Sonuç olarak grupların benzer bağlanma stillerine sahip olmalarının hem kültürel yetiştirme tarzında hem de tanı almamış grubun iyi bir tanılama sürecinden geçmemiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bir diğer farklılığın olduğu nokta ise otorite ile çatışmanın niteliğidir. Otorite ile çatışma ve bundan duyulan korkular PB'de sıkça görülen bir çatışma türü olarak kabul edilir ve hastalar bu çatışmaları transferans yoluyla ortaya çıkarmaktadırlar. Girişkenlik ve rekabet gücü yıkıcı öfke ile karışarak çatışma yaratır. Ayrılık ve özerkliğe ilişkin fanteziler PB'lerde oldukça ciddi kaygılı çatışma alanları olarak kabul edilmektedir (Busch, Milrod, Singer ve Aronson, 2012). Mevcut çalışmada da tanı almış bireyler için otorite figürü olan baba, korku ve öfkenin duyulduğu, sert ve otoriter kişidir. Diğer yandan tanı almamış bireyler ise babayı; karşı gelinebilen, gerektiğinde iletişim kurulmayan, baş edilebilirliği olan bir figür olarak tasvir etmişlerdir. Neden bazı insanlarla kurduğumuz ilişkiler bizi çok fazla etkilemez ve 'kendiliğimiz' üzerinde içsel bir etki bırakmazken, diğerlerinin 'kendiliğimiz' üzerinde yaşam boyu kalıcı bir etkisi olmaktadır? Yaşamımızda önemli yer edinen birinin, özellikle ebeveynlerimizin, benliğimizin gelişimi üzerinde önemli ve kalıcı bir yeri vardır. Bu tıpkı çok sıcak bir ütünün cilde değmesiyle oluşan kalıcı bir leke gibi, egonun yapısı üzerinde çok büyük değişikliklere neden olarak (Watkins ve Watkins, 2006) bireyin yaşamına yön verebilmektedir. Bu bağlamda bir çocuğun ebeveynleri ile olan bağının niteliği, daha sonraki yıllarda ortaya çıkabilecek psikopatoloji ile yakından ilişkilidir (Hudson, 2013). İlgisizlik, ihmal, fiziksel veya sözlü şiddet ya da bireye sevilmediğini hissettiren davranışlarla karakterize olan ebeveyn reddi; bireyin yaşamını, kişilerarası ilişkilerini ve bireyin varoluşu hakkındaki zihinsel temsillerini etkilediği

düşünülmektedir (Rohner, 2004)¹¹. Bunun yanında hem anne hem baba hem de aile üyelerinin reddinin bireylerin arkadaşlık kalitesi ve yalnızlıkları üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte annenin reddetmesinden ziyade babanın reddetmesinin sosyal kaygıdaki değişiklikleri öngördüğü belirtilmektedir. Araştırmacılar, bu bulguların sosyal kaygısı olan ergenlere yardım etmede ve baba ile çocuk ilişkisinin önemini pekiştirmede rehberlik edebilecek önemli bir strateji olabileceğini vurgulamaktadırlar (Mak, Fosco ve Feinberg, 2018).

Literatür incelendiğinde, bugüne kadar yapılan araştırmaların çoğunun neredeyse sadece annelere odaklandığı görülmektedir. Erken çocukluk döneminde babaların anksiyete ve depresyon gelişimindeki rolü hakkında bilgi sınırlıdır. Babalar aslında risk almayı teşvik ederek ve cesaret verici oyunlar oynayarak çocuğun duygusal sağlık sorunlarının gelişimini önlemede benzersiz bir rol oynayabilir (Hudson, 2013). Babalar çoğunlukla araştırmalara dahil edilmediğinden, bireyin deneyimlediği psikolojik belirtiler üzerinde babanın rolüne dair yeteri kadar literatür bulunmamaktadır (Mak vd., 2018). Bu anlamda babaların rolünü araştıran daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir (Hudson, 2013; Mak vd., 2018). Özetle, kültürümüzde annelerin çocuklara, babadan daha yakın oldukları (Öztürk Can ve Aksel, 2017) ve bazı durumlarda babanın birey üzerindeki etkisinin anneye kıyasla daha etkileyici olduğu (Fosco, Stormshak, Dishion ve Winter, 2012) düşünüldüğünde, tanı almış bireyler tarafından deneyimlenen anksiyete başta olmak üzere diğer psikolojik belirtilerde de 'korku ve otorite' figürü olarak tanımlanan 'baban'ın önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Son olarak bu bulgunun, sınırlı sayıdaki literatür ile de desteklendiği ifade edilebilir.

Savunma mekanizmalarına bakıldığında her iki grubun da inkâr savunma düzeneğini kullandıkları; ancak tanı almış bireylerin regresyonu ve bastırmayı, almamış grubun da entellektüalizasyon ve baskılamayı çok daha sık bir şekilde kullanması iki grup arasında savunma düzeneklerine ilişkin belirgin farklar arasında sıralanabilir. Ego üç şey taraftan tehdit altındadır. Dış dünya tarafından, tehlikeli iç güdüsel bir dürtü olan id tarafından ve vahşi süperego tarafından. Ego bunlar arasında savaşmayı öğrenecek etkili savunma silahlarını keşfeder (Dooley, 1941). Savunma mekanizmaları elektrik sigortalarına benzer. Ne zaman elektrik sistemi bir güç dalgalanmasıyla tehdit edilir veya aşırı yüklenirse,

¹¹ Ronald Rohner 1986 yılında ebeveyn kabulü-reddi (parental acceptance-rejection theory) olarak bilinen bir kuram geliştirmiştir. Burada ifade edilen karakteristikler Rohner'in kuramının temelini oluşturan boyutlardır. Konu ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Sage Publications, Inc.)

sigorta tetiklenir ve sonuç olarak tehlikeli elektrik dalgalanmasının hedefine (belirli elektrikli cihaz) ulaşması engellenmiş olur. Bu otomatik koruma sistemi olmadan, elektrikli cihazlar hasar görebilir, kullanılamaz hale gelebilir ya da daha kötüsü, tehlikeli yangınlar oluşabilir. İfade edilen bu aşırı yüklenmeye veya tehlikeli bir şekilde gelen elektrik enerjisine maruz kalmak ile travmatik olaylara maruz kalmak arasında bir analogi kurulabilir. Savunma mekanizmaları da tehlikeli bir şekilde bireye yönelen psikolojik enerjiye otomatik bir biçimde cevap verir. Bu anlamda hem elektriksel hem de psikolojik sistemde sigortalar sadece tehdit eden enerji yükü tolere edildiğinde, başka yere transfer edilebildiğinde ya da katlanılabilir seviyeye geldiğinde tekrar devreye girerler. Bir başka deyişle, bireyler yaşadıkları olayların travmatize edici etkisinden korunmak için savunma mekanizmalarını kullanırlar. Yaşanan travmayı ancak güvenli olduğunda bilinçli olarak deneyimleyeceklerdir (Rosenberg, 2013).

Ego savunma mekanizmaları psikiyatrik hastaların psikodinamik işlevlerini değerlendirmek için kullanılmaktadır (Andrews, Singh ve Bond, 1993). Savunma mekanizmaları kişiliğin istikrarlı bir parçası olarak kabul görse de bireyin problemleri durumlardaki duygusal durumu ve semptomlarının, savunma mekanizmalarını seçimini etkileyebileceği vurgulanmaktadır. İnsanların stresli durumlar ve akut krizler sırasında gerileme (regrese olma) eğiliminde oldukları bilinen bir gerçektir ve bu nedenle geçici olarak normalde başvurmayacakları daha olgunlaşmamış savunma mekanizmalarını kullanabilirler (Andrews, Pollock ve Stewart, 1989; Holi, Sammallahti ve Aalberg, 1999). Savunma mekanizmaları kişiliğin önemli, bir boyutunu temsil etmenin de ötesinde anksiyete ve diğer duygusal durumları kontrol etmede ve davranış kalıplarının belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Kipper vd., 2004). Savunma mekanizmaları her bireye göre değişmekte ve bireye özgü bir karakteristik özellikler göstermektedir (Freud, 2018). Savunma mekanizmalarının DSM'de yer alması ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının üçüncü revizyonu ile gerçekleşmiştir (APA, 1987). Ancak bunun öncesinde yapılan çalışmalarda, savunma mekanizmalarının psikodinamik teori ve olgunluk düzeylerine göre başlangıçta dört ayrı kategoride ele alındığı görülmektedir. Bunlar olgunlaşmamış (immature), nevrotik, olgunlaşmış (mature) ve narsisistik ya da psikotik savunma mekanizmaları olarak sınıflandırılmaktadır (Vaillant, 1971, 1976). Olgunlaşmamış savunma düzenekleri daha sık kişilik bozukluklarında karşılaşılan fantezi, yansıtma, pasif-agresif savunma, hipokondriya gibi savunma mekanizmalarını ifade eder. Nevrotik savunmalar daha çok nevrozlarda karşımıza çıkan entellektüalizasyon, bastırma (repression), yer değiştirme, dissosiyasyon, yap-boz gibi

savunma düzeneklerini kapsar. Olgun (mature) savunmalar ise yüceltme, diğergamlık (altruism) ve mizah gibi savunma düzeneklerini içerir. Son olarak psikotik/narsisistik savunmalar ise inkâr, sanrılı yansıtma (delutional projection) ve gerçeklik algısının bozulması (distortion) gibi durumları ifade eder (Vaillant, 1976). Ancak daha sonra bu kategorizasyonda değişikliğe gidilmiş ve psikotik savunma düzeneği kategoriden silinerek üç kategoriye düşürülmüştür (Andrews vd., 1993). Bu kategorilerden olgun savunma mekanizmaları yüceltme, mizah, beklenti ve baskılama olarak kabul edilirken nevrotik savunma mekanizmaları; felaketleştirme, sahte özgecilik, idealleştirme ve karşıt tepki geliştirme; olgunlaşmamış savunma mekanizmaları ise yansıtma, pasif-agresif, rol yapma, soyutlanma, değerden düşürme, imgelem, inkâr, yer değiştirme, çözülme, bölünme, mantığa bürünme ve bedenselleştirme olarak sınıflandırılmaktadır (Kipper vd., 2005). Ancak görüldüğü üzere daha sonra yapılan çalışmadaki tek değişiklik sadece kategorilerin azaltılması ile kalmamış, aynı zamanda kategorilerin alt boyutlarında yer alan savunma düzeneklerinin yerleri de değişmiştir. Örneğin Vaillant'ın (1976) psikotik savunmalar kategorisinde yer bulan inkâr düzeneğinin diğer çalışmada (Andrews vd., 1993) olgunlaşmamış savunmalar kategorisinde yer aldığı görülmektedir. Buna ek olarak 'bastırma' (repression), entellektüalizasyon ve regresyonun da herhangi bir alt başlık altında olmadığı görülmektedir. Son dönemlerde yapılan çalışmalardan birinde (Floros, 2017) ise savunma mekanizmalarının yeniden dört kategori altında toplandığı, ancak bu defa da hem psikotik hem de nevrotik boyutların olmadığı yeni bir kategorizasyon göze çarpmaktadır. Özetle kategorizasyonlara ilişkin kesin bir model olmasa da yapılan çalışmalar PB olan bireylerin nevrotik ve olgunlaşmamış savunma mekanizmalarını, sağlıklı bireylerin bulunduğu kontrol grubundan çok daha fazla kullandıklarını belirtmektedir (Kipper vd., 2004, 2005). Ancak literatürde tanı almış bireylerin hangi savunma mekanizmasını daha sık kullandıklarına dair bir fikir birliğine rastlanmamıştır. Örneğin bazı araştırmacılar karşıt tepki ve felaketleştirme düzeneklerine dikkat çekerken (Busch, Shear, Cooper, Shapiro ve Leon, 1995), bazıları da (Kipper vd., 2005) yüceltme ve beklenti düzeneklerinin panik bozukluktaki önemine dikkat çekmiştir. Kipper ve arkadaşları ise (2004) tanı almış ve almamış gruplar arasında kullanılan savunma düzeneklerinden felaketleştirme, imgeleme, yer değiştirme, pasif-agresif ve bölünme savunma mekanizmalarını kullanma açısından bir farklılık olmadığını; ancak tanı alan bireylerin yüceltme, sahte özgecilik, rol yapma ve bedenselleştirme savunma mekanizmalarını daha fazla kullandıklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte kullanılan savunma mekanizmaları ne kadar değişkenlik gösterirse gösterebilir, terapötik süreç danışan

için geliştirilen formülasyon ile tutarlı bir şekilde ilerler (Busch vd., 1995). Özetlemek gerekirse, PB tanısı almış bireylerin nevrotik ve olgunlaşmamış savunma mekanizmalarını daha sık kullandıkları görülmektedir. Bu anlamda bu çalışmada da PB tanısı almış bireylerin çoğunlukla nevrotik ve olgunlaşmamış savunma mekanizmalarını, tanı almamış gruba oranla daha fazla kullandıkları ifade edilebilir. Bu doğrultuda mevcut çalışmadan elde edilen PB'li bireylerin bastırma gibi nevrotik savunmalar ile regresyon ve inkâr gibi olgunlaşmamış savunma mekanizmalarını kullanmalarının literatür tarafından desteklendiği ifade edilebilir.

Son olarak tanı alan grubun diğer gruba oranla; cinsel çatışmaların daha yoğun olduğu, içe dönük bir kişilik yapısına sahip oldukları, yaşamlarındaki korku ve kaygı verici unsurların daha fazla olduğu ve ego entegrasyonun daha zayıf olduğu ifade edilebilir. Kaygı bozukluklarında yaşanan cinsel işlevlerin niteliğine dair çok az şey bilinmektedir. Özellikle cinsel işlev bozuklukların sosyal fobi ve panik bozuklukta sık yaşanan bir sorun olmasına rağmen ihmal edildiği vurgulanmaktadır (Figueira, Possidente, Marques ve Hayes, 2001). Anksiyete bozukluklarından muzdarip bireylerde cinsel bozukluklar yaygındır ve genellikle bir hekime başvurmanın ilk nedeni de cinsel semptomlar olmaktadır. Cinsel bozukluğun patogenezinde psikolojik faktörlerin önemli olduğu ancak bu faktörleri standart ölçme araçları ile araştırmanın pek mümkün olmadığı ifade edilebilir. Ancak literatürde bu ifadeyi bile sınavan araştırma sayısının yeterli olmadığı belirtilmektedir (Corretti ve Baldi, 2007). Kaplan (1988) panik bozukluk tanısı almış bireylerin yaklaşık yüzde 75'inin cinsel bozukluklar yaşadığını belirtmektedir. Panik bozukluk ve sosyal fobi tanısı almış bireylerin cinsel işlevlerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada (Figueira vd., 2001) panik tanısı almış bireylerin sosyal fobi tanısı almış bireylerden çok daha fazla bir şekilde cinsel bozukluk yaşadıklarını bildirdikleri belirtilmektedir. Yine bu çalışmada hem kadınların hem de erkeklerin en temel yaşadıkları sorunun cinsel isteksizlik olduğu vurgulanırken, erkeklerde erken boşalma ve ereksiyon bozukluğunun, kadınlarda ise cinsel uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu ve vajinismus gibi sorunların yaşadığı ifade edilmiştir. Bu anlamda kaygının, eşin veya partnerin beklentilerini karşılayamama korkusu, cinsel performansın içsel sorgulanması (Tignol, Martin-Guehl, Aouizerate, Grabot ve Auriacombe, 2006) gibi stresörlerin cinsel çatışmaları ve sorunları artırdığı ifade edilebilir. Bu nedenle Corretti ve Baldi (2007), anksiyete bozuklukları ile çalışırken danışanın cinsel yaşamının göz önüne alınması gerektiğini ifade ederek, danışanlarının psikolojik arka planının incelenmemesinin sağaltım hedefini olumsuz etkileyeceğini vurgulamışlardır. Bu doğrultuda mevcut

çalışmanın, katılımcıların tüm yaşam dönemlerinin kapsamlı bir biçimde incelenmesini vurgulayan bu yöntemin, katılımcıların psikolojik arka planının anlaşılması açısından ruh sağlığı çalışanlarına önemli bir örnek teşkil ettiği vurgulanmalıdır. Son olarak yukarıda ifade edilen araştırma bulgularının, mevcut araştırma bulgularıyla tutarlı olduğu ifade edilebilir

Tanı almış bireylerin dış dünya algılarının genellikle daha olumsuz olduğu ve içe dönük bir yaşamı tercih ettikleri söylenebilir. Bu nedenle daha karamsar bir yapıya sahip oldukları görülmektedir. Burada ifade edilen değişkenlerin tam olarak anlaşılması için panik tanısı alan bireylerin kişilik örüntülerine, bozukluğa eşlik eden agorafobi ve sosyal fobi gibi bozukluklara yakından bakılmalıdır. Yapılan birçok çalışmada PB'nin yüksek nevroitiklik ve içe dönüklük kişilik özellikleri ilişkili olduğu belirlenmiştir (Kendler, Neale, Kessler, Heath ve Eaves, 1993; Trull ve Sher, 1994). Nevrotiklik, duygusal dengesizlik, kaygı ve strese açıklık ile karakterize edilen, Eysenck tarafından önerilen bir kişilik yapısıdır. Eysenck'in önerdiği bir diğer kişilik yapısı ise dışa dönüklüktür. Dışa dönüklük iddialı, kendine güvenen, cesur, enerjik, hevesli, dost canlısı, kişiler arası etkileşim ve olumlu duygular ile ilişkili bir kişilik boyutudur (Brandes ve Bienvenu, 2006). Bu anlamda içe dönük bireylerin daha yılgın, yalnızlığı tercih eden, kişiler arası etkileşimi asgari seviyede tutan bireyler olduğu ifade edilebilir. PB'ye eşlik eden bir diğer rahatsızlık ise agorafobidir. Agorafobi, bireyin kapalı yerlerden, tek başına dışarı çıkmaktan, açık alanlarda bulunmaktan kaçınma ile bunlara eşlik eden korku ve kaygıyla karakterize bireyin birçok alanda işlevsiz olmasına sebep olan bir ruhsal rahatsızlıktır (APA, 2013). Sosyal fobi de PB'ye eşlik eden bir diğer rahatsızlık olarak gösterilmektedir. PB tanısı alan bireylerin yaklaşık %14.3'üne sosyal fobinin eşlik ettiği ifade edilmektedir (Saygılı ve Karamustafaloğlu, 2010). Tekrarlanan paniklerin en yaygın sonucu, panik ile ilişkili hale gelen yerlerden veya aktivitelerden kapsamlı bir şekilde kaçınmaktır. İnsanlar ayrıca panik durumunda kaçmanın zor olabileceği yerlerden (bir tiyatronun orta sırasında oturmak, yeraltı treniyle seyahat etmek gibi) uzak durma eğilimindedir (Rachman ve De Silva, 2009). Görüldüğü üzere PB tanısı alan bireylerin sosyal yaşamlarını oldukça kısıtlayan agorafobi, sosyal fobi, sosyal anksiyete gibi rahatsızlıkların eşlik ettiği görülmektedir. Bu tür ruhsal sorunlar bireyin çevresindeki diğer insanlarla sosyal ilişkilerini kısıtlayan, daha ileri düzeyde yaşandığında ise neredeyse toplumsal bir soyutlanmaya kadar ilerleyebilecek rahatsızlıklar olarak ifade edilebilir. Bu ruhsal rahatsızlıkların yanında PB tanısı alan bireylerin daha çok nevroitiklik ve içedönüklük kişilik eğilimleri sergiledikleri, sosyal etkileşimi ifade eden dışadönüklük eğiliminin ise düşük olduğu görülmektedir.

Gruplar arasında karşılaşılan bir diğer farklılık, korku ve kaygı verici durumlara tanı almış bireylerin hikâyelendirmelerinde daha fazla rastlanması olarak ifade edilebilir. Korku öğrenimi, değişen ve yeni ortamlarda hayatta kalmayı sağlayan önleyici olaylara oldukça uyarlanabilir bir yanıt olarak kabul edilir (Michael, Blechert, Vriends, Margraf ve Wilhelm, 2007). Panik bozukluk da bilindiği üzere yoğun korku ve anksiyete dönemleri ile karakterize bir bozukluktur (APA, 2013). PB’de yüksek bir savunma tepkisi olarak yoğun korku ve gelecekte oluşacak potansiyel panik ataklara karşı anksiyete geliştirilir. Bu anksiyete, panik bozukluğun başlamasına ve sürdürülmesine neden olan içsel ve dışsal uyarımlara duyarlı, koşullu uyarıcıların oluşmasına neden olur. Bu anlamda panik atak ve korku koşullanması arasında bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. Örneğin, panik bozukluğu olan bireyler, atakların meydana geldiği ortama yönelik (örneğin, belirli bir alışveriş merkezine) bir koşullu korku geliştirirler, bu korkunun benzer ortamlara (örneğin tüm alışveriş merkezleri) genellenmesi, atakların nüksetmesine neden olur (Lissek vd., 2010). Böylece korku ve kaygı durumunun tanı almış bireyin yaşamının bir parçası haline geldiği söylenebilir. Mevcut araştırma bulgusunda olduğu gibi, yapılan çeşitli araştırmalarda da PB’si olan bireylerin korku ve anksiyete düzeylerinin tanı almayan bireylere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Güz ve Dilbaz, 2003; Özcan vd., 2006; Saygılı ve Karamustafaloğlu, 2010). Kaygı duyarlılığı, PB’si olan bireylerde daha fazla olmakta ve çeşitli kaygı bozukluklarından daha şiddetli seyreden bir rahatsızlık olarak görülmektedir (Güz ve Dilbaz, 2003). Özetle tanı almış bireylerin yaşamlarındaki yoğun korku ve kaygıya eşlik eden çeşitli sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Bu anlamda bu çalışmada da tanı almış bireylerin anksiyete duyarlılıkları ve korkuyu genelleştirme eğilimlerinin olması nedeniyle korku ve anksiyete düzeylerini TAT’deki uyarılara da yansıttıkları ifade edilebilir.

PB tanısı alan bireylerden PB1 ve PB4 dışındakilerinin ego entegrasyonlarını yeterli düzeyde olmadığı buna karşın SB’lerden ise SB5 dışındaki katılımcıların ego entegrasyonlarının yeterli olduğu söylenebilir. Başka bir ifadeyle katılımcı grupların ego entegrasyonuna ilişkin farklılıklar taşıdığı ve PB’lerin SB’lere kıyasla daha yetersiz bir ego entegrasyonu profili çizdikleri ifade edilebilir. Ego sadece id’in bir diğer ifadeyle bilinçdışının gereksinimini karşılayan bir yapı değil, gereksinim ve hedeflerini kendi belirleyebilen bağımsız bir yapıdır. Ego’nun id’den bağımsız olan ihtiyaçları ise insanın sosyal yönünü vurgular. İnsan doğumdan sonra sosyal ilişkilere gereksinim duyan sosyal bir varlıktır. Bireyin psikososyal yönü kaynağını erken dönem anne-bebek arasında kurulan ilişkiden almaktadır. Yeni doğan bebek anneyle “psikolojik bir erime” içerisindedir. Bebek

doğumdan itibaren bireyselleşme yolunda adım atar ve bu noktada ayrılma-birleşme çelişkisi ortaya çıkmaktadır. Bebeğin egosunu geliştirme arzusu ve anne tarafından korunma arzusu ile sürekli bir çelişki içerisinde ve bu çatışma hayta boyu insanlar üzerinde etkilidir (Carver ve Scheier, 2012; Tüzün ve Sayar, 2006). Bu dönemin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi bireyin ego gelişimi üzerinde olumlu katkıda bulunmaktadır. PB'si olan bireyler egolarını olumsuz bir şekilde değerlendirmektedirler (Tükel, 2002). Psikodinamik bakış açısına göre bireylerin işlevselliği ego örgütlenmesi düzeylerinin psikolojik olarak ne kadar olgun ve sağlıklı olduğuna göre değişir. Ego örgütlenmesi düzeyi bir süreklilik hattı üzerinden tanımlanır. Bu süreklilik hattının en altında psikotik örgütlenme düzeyi ve en üst kısmında nevrotik örgütlenme düzeyi yer alır (Safran, 2014). Erikson'un teorisine göre, insanlar ego bütünlüğüne ulaşmak için geçmişteki zorlukları gözden geçirmeye ve yeniden düşünmeye istekli olmalıdır. Araştırma sonuçları, acı verici hatıralardan kaçınmanın kısa vadede refah ile pozitif bir ilişkisi olabileceğini, ancak olgunluk ve gelişme ile negatif bir ilişkisi olabileceğini düşündürmektedir (King, 2001). Bununla birlikte, herkes geçmişini yeniden entegre edemez. Özellikle geçmişi ile yüzleşemeyenler, aşırı suçluluk, panik ve depresyon yaşayanlar ego entegrasyonu konusunda başarılı olamamaktadırlar (Torges, Stewart ve Duncan, 2008). Ego psikoanalitik yaklaşım çerçevesinde değerlendirildiğinde özellikle ilk altı yıl içerisinde gelişen kişilik bölümü olarak ifade edilebilir. Birey doğduğu andan itibaren anne ile yakın bir ilişki geliştirmekte ve bu ilişkinin sonucunda da ego şekillenmektedir. Dolayısıyla, bireyin egosunun şekillenmesinde anne ile olan ilişkinin yani bağlanma stillerinin önemli bir etkisinin olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu doğrultuda, PB olan bireylerin ebeveynleriyle bağlanmalarının genellikle güvensiz, kaygılı bir tarzda olması ego entegrasyonlarının yeterli bir biçimde gelişmemesinin nedeni olarak ifade edilebilir.

3.7.PB tanısı almış bireylere uygulanan anamnestik görüşmeler ile projektif testler panik atağın doğasının anlaşılmasına katkı sağlamakta mıdır?

TAT testinin ortaya koymayı amaç edinmediği (testi alan kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, ebeveynlerinin boşanma durumu, kardeşlerinin yaşları, cinsiyetleri, aile bireylerinin hayatta olup olmadıkları vb) bazı bilgilerin yokluğunda araştırmacı / yorumlayıcı süreci yönlendirmede bir takım zorluklar yaşayabilir. Söz konusu bilgiler olmaksızın sürecin başarılı olup olmayacağı ihtimal dahilinde olduğundan sürecin klinik pratikte bir önemi olmayacaktır (Güneri, 2016). Bu nedenle tam da bu noktada 'Anamnez' almanın öneminden söz edilmelidir. Anamnez yukarıda ifade edilen

demografik bilgilerin çok ötesinde, danışanın mahrem veya değil bütün sınırlarında gezinerek danışanın sağaltımında fayda sağlayabilecek neredeyse bütün ihtimalleri düşünerek kapsamlı bir sorgulama yapılmasını sağlayan, gerek danışanın anlaşılmasının danışman tarafından anlaşılmasını kolaylaştırmada gerekse de terapi sürecinin yönlendirilmesinde çok önemli bir araçtır. Bununla birlikte TAT'nin bireyin kişilik dinamiklerinden en çok 20 küçük ögeyi ön plana çıkardığı, ve bu 20 ögenin tüm kişiliğin bir iskeletini çıkarabilme gücünün olduğunu öne sürmenin fazlaca iyimser bir yaklaşım olacağı vurgulanmaktadır. Bir başka nokta ise test uygulayıcısının yeteri kadar profesyonel bir biçimde uygulayamadığı TAT oturumlarında, katılımcı sürece iyi bir şekilde odaklanamayabilir ve resimdeki öğelerle ilgili oluşturulan hikâyeler bireyin tanık olduğu olaylardan, okuduğu kitaplardan veya izlediği filmlerden kesitlerden oluşabilir. Doğal olarak bu hikâyelerin hiçbiri kişilik dinamikleri hakkında belirleyici ifadeler olamaz (Güneri, 2016). Yine bu noktada TAT oturumlarında ifade edilen hikâyelerin, anamnez oturumlarında elde edilen veriler ile karşılaştırılması, TAT oturumlarındaki sürecin ne kadar sağlıklı bir şekilde tamamlandığı hakkında yeterli veri sağlayabilir. Öte yandan TAT'nin kişilik dinamiklerinin örtük kısmını temsil ettiği bilinmektedir. TAT'nin bu örtük kişiliğin açığa çıkarılmasında kullanılan bir yöntem olması 'anamnez oturumlarında' farkedilemeyen 'örtük yapının' anlaşılmasında önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmalıdır. Anamnez alma süreci psikodinamik öğeleri her ne kadar içerisinde barındırsa da (rüyaların sorgulanması, bağlanma stillerinin incelenmesi vs.), 'kişiliğin örtük yapısını' doğrudan ortaya çıkarmayı 'temel amaç' edinmemektedir. Bu anlamda TAT ve anamnez oturumlarından elde edilen verilerin entegrasyonu, psikoterapötik formülasyonun oluşturulmasına ve sürecin hem danışan hem de danışman için daha verimli bir şekilde ilerlemesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. İfade edilen bu nitel yaklaşımların yanı sıra, yaşanan psikolojik sorunların şiddeti ve öncelik sıralamasının belirlenmesinde bir takım objektif testlerden yararlanmak danışanların anlaşılmasına önemli katkılar sağlayabilmektedir. Tıpkı karma desen araştırmalarında olduğu gibi, psikoterapötik müdahale yaklaşımlarında da 'karma yöntemlerin' kullanılması, 'tek başına' kullanılacak yöntemlerden herhangi birinden kaynaklanabilecek olan 'zayıflığın' önlenmesine katkı sağlayabilir. Özetlemek gerekirse, objektif testlerden elde edilen verilerin manipüle edilebilme ihtimali, projektif testler ile önlenemez, kapsamlı bir anamnez ile de sürecin ortaya konulduğu 'neden – sonuç' tablosu net bir şekilde çizilebilir. Araştırmaya dahil olan sağlıklı bireylerden biri (SB5) tam da bu noktada örnek verilebilir. SB5'in nicel verilerine bakıldığında Beck Depresyon Envanterinden aldığı puanın 0, Kısa

Semptom Envanteri'nde bütün alt boyutlarının normal olduğu herhangi bir psikopatolojik bulguya rastlanmadığı, BCTT' alt boyutlarında ve anamnez oturumlarında ise ebeveynlerine yönelik tavırların gayet olumlu olduğu, HKE alt boyutlarından 'Aile içi ilişkiler' uyumunun ise gayet yeterli olduğu görülmesine rağmen; TAT yorumlamalarına bakıldığında danışanın 'karşıt tepki geliştirme' savunma mekanizmasını çok sık kullandığı, aile içi ilişkilerinden kaynaklanan bir depresif duygu durumu içinde olduğu görülmektedir. Son olarak anamnezden ve diğer ölçme araçlarından elde edilen bilgilerin aksine, ebeveynlerine yönelik negativist tutumlarının olduğu ifade edilebilir.

Her ne kadar geçmişe oranla toplumun psikiyatrik rahatsızlıklara bakışında bir iyileşme ve ilerleme olduğu ifade ediliyor olsa da psikiyatrik tanı alan bireylerin 'yaftalandığı' ve sosyal dışlanmaya maruz kaldıkları göz önüne alındığında, özelde panik bozukluğun, genelde ise tüm psikolojik rahatsızlıkların neden bu denli etraflıca incelenmesinin salık verildiği daha iyi anlaşılabilir. Bu denli kapsamlı bir sorgulamanın yapılması danışanların süreci, daha hızlı ve sağlıklı bir şekilde atlatabilmeleri için son derece önemli görülmektedir. Öte yandan, ruh sağlığı çalışanları tarafından bu denli geniş bir incelemenin yapıl(a)maması, danışanın psikopatolojisine dair birçok şeyi gözden kaçırmaya da neden olabilir. Örneğin yapılan bu çalışmada da tanı almayan bireyler için 'Hekim Onayı' alınmış ve araştırmaya dahil edilmiştir. Hekimin '*şahısta aktif herhangi bir psikopatoloji saptanmamıştır*' raporuna rağmen, bazı katılımcıların, yapılan oturumlar sonrası, çok ciddi sorunlarının olduğu, bu titiz ve kapsamlı inceleme sonucu ortaya çıkmıştır. Bu anlamda bu çalışma modern tıbbın sunduğu psikiyatri hizmetinin çok da 'nevi şahsına münhasır' bir şekilde yapılmadığını ortaya koyması açısından, özelde DSM ve ICD gibi sınıflandırmalara genelde ise günümüzdeki psikiyatri hizmetlerinin metodolojisine yöneltilen bir eleştirel çalışma olarak ifade edilebilir. Murray, bireyin kişilik dinamiklerinin anlaşılması için 'uzunlamasına' bir incelemenin gerekli olduğunu, onun herhangi bir zamandaki tavrına veya davranışına bakarak kişiliği hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olunamayacağını vurgulamaktadır (Akkoyun, 2014). Bu anlamda bu araştırmada yapıldığı gibi tanılama sürecinin mümkün olduğu kadar detaylı yapılmasının danışanın veya hastanın anlaşılmasında ve sonraki sağıltım sürecinde gerekli formülasyonun sağlanmasında da ciddi önem taşıdığı ifade edilmelidir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın alt problemleri doğrultusunda elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuç ve önerilere bu başlık altında yer verilmiştir.

6.1. SONUÇ

Panik bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin psikodinamik yapıları, objektif ve projektif testler ile karşılaştırılmış ve araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

6.1.1. Araştırmanın nicel boyutundan elde edilen sonuçlar:

1. Panik bozukluk tanısı alan bireyler ile sağlıklı bireylerin kişisel, sosyal ve genel uyumları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.
2. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, tanı almış grubun ‘somatizasyon’ ve ‘fobik anksiyete’ puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek çıktığı görülmüş; ancak kısa semptom envanterinde yer alan diğer psikolojik belirtiler açısından gruplar arasında bir farklılık olmadığı saptanmıştır.
3. Panik bozukluk şiddeti (PBŞÖ) ve depresyon (Beck D) açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.
4. Tanı almış grubun panik bozukluk şiddeti ile hostilite, somatizasyon ve depresyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.
5. Tanı almış bireylerin yaşadıkları panik şiddeti ile kişisel uyum, sosyal uyum ve genel uyum arasında negatif bir ilişki olduğu; ancak bu ilişkinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

6.1.2. Araştırmanın nitel boyutundan elde edilen sonuçlar:

1. Sağlıklı bireylerin, tanı almış bireylere oranla nispeten daha sağlıklı bağlanma stillerine sahip olmakla birlikte her iki grubun da kaygılı bağlanma stiline sahip oldukları görülmüştür.
2. Hem tanı almış hem de almamış grubun zayıf benlik algılarına sahip oldukları gözlenmiştir.
3. Tanı almış bireyler, panik bozukluğun neden olduğu sorunlardan ötürü geleceğe yönelik umutsuz beklentiler içerisindeyken; tanı almamış bireylerin başarı odaklı bir gelecek hayal ettikleri ve zaman zaman bunun kaygısını yaşadıkları görülmüştür.

4. Yaşam öyküleri incelendiğinde, tanı almış bireylerin geçmiş yaşamlarında çok daha fazla travmatize edici deneyimlere maruz kaldıkları saptanmıştır.
5. PB tanısı almış bireylerin sağlıklı bireylere oranla depresyon, somatizasyon, hostilite, OKB ve paronoid kişilik eğilimlerinin daha baskın olduğu belirlenmiştir.
6. PB tanısı almış bireylerin geçmiş yaşantılarında ebeveyn yokluğunu daha yoğun bir şekilde yaşadıkları görülmüştür.
7. Tanı almış bireylerin önemli ölçüde 'regresyon' savunma mekanizmasını kullandıkları buna karşın tanı almamış grubun ise 'entellektüalizasyon' savunma mekanizmasını daha yoğun kullandıkları tespit edilmiştir.
8. Hem cinsel çatışmaların hem de otorite ile çatışmanın her iki grup tarafından deneyimlendiği, buna ek olarak tanı almış grubun cinsel çatışmaları daha fazla deneyimledikleri belirlenmiştir.
9. Tanı almış bireylerin 'tehlikeli ve güvenilemez' bir dış dünya algısına sahip oldukları ve ego entegrasyonlarının da yeterli olmadığı saptanmıştır.
10. Tanı almış bireyler için yaşanan anksiyetenin temel kaynağının panik ataklar olduğu ve bu atakların ilk olarak ne zaman başladıklarına dair net bir zaman dilimi veremedikleri görülmüştür.

6.2. ÖNERİLER:

Araştırma sonucunda ulaşılan bulgulardan yola çıkılarak sunulan öneriler, araştırmacılar ve uygulamacılar için ayrı ayrı ele alınmış, aşağıda sunulmuştur.

6.2.1. Araştırmacılara Öneriler

1. Literatür incelendiğinde panik bozukluk tanısı almış bireylerin cinsel çatışmalarına ve özellikle de ego bütünlüklerine ilişkin literatürün sınırlı olduğu görülmektedir. Başka araştırmacılar bu konuda çalışmalar yapılabilir.
2. PB tanısı alan bireylerin kişisel ve sosyal uyumlarının tanımlanmasına yönelik bir ihtiyacın olduğu görülmektedir. Özellikle tanılamada biyolojik ve bilişsel faktörler ön plana çıkmaktadır; ancak psikososyal faktörlere ilişkin herhangi bir belirtinin tanımlanmaması göz önünde bulundurulduğunda araştırmacıların bu konuya yönelmeleri faydalı olabilir.
3. Bu çalışma sadece tanı almış bireylerin kişilik dinamikleri, bir takım objektif ve projektif testlere bireylerin kendilerinin verdiği yanıtlarla incelenmiştir. Başka araştırmacılar bu dinamiklerin anlaşılmasında tanı almış bireylerin yakınlarını da sürece dahil ederek daha detaylı bir süreç başlatabilir.

4. Bu çalışma farklı projektif testlerle ve örneklem sayısı artırılarak yeniden değerlendirilebilir.

6.2.2. Uygulamacılara Öneriler

1. Bu çalışma, PDR'nin alt alanlarından biri olan 'Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı'na yönelik bilgiler içermektedir. Tıpkı 'Okul Psikolojik Danışmanlığı' ve diğer alt alanlara olduğu gibi 'Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı' alanına da gereken değerin verilmesi ve psikolojik danışmanların bu konudaki yetkinliklerinin vurgulanması gerektiği düşünülmektedir. Bu anlamda Türk PDR Derneği'nin, PDR'nin bu alt alanına gereken önemi vermesi ve bu alt alanı tanıtıcı faaliyetlerde bulunması (kongre, konferans vs.) önerilebilir.
2. Bu çalışma 'Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı' kapsamında, psikodinamik bir psikolojik değerlendirme sürecinin panik bozukluk tanısı almış bireylerde nasıl yapılandırıldığına dair ayrıntılı bir model önerisi sunmuştur. Bu alanda çalışacak uygulayıcılar bu modelden faydalanabilirler.
3. Alan çalışanları 'projektif test'ler eğitimlerini tamamlayarak 'Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı' alanında daha yeterli bir hale gelebilirler.
4. Alan çalışanları, danışanlarıyla dinamik yönelimli anamnezin nasıl alınacağını ve buradan alınan öykünün projektif testler ile nasıl bütünleştirebileceklerini, bu çalışmada atılan adımları izleyerek anlayabilirler.
5. Psikolojik danışmanlar bu çalışmayı kullanarak, PB tanısı almış bireylerin anlatamadıkları, bastırdıkları sorun ve semptomları çözümlenmeyi öğrenebilirler.
6. Hekime tanılama süreci için verilen zamanın bu süreç için yeterli olmaması, toplumun ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyacın artması ve dolayısıyla hekimlerin de bakmak zorunda olduğu danışan sayısının artması tanılama sürecinin hem danışan hem de hekim için sağlıksız bir şekilde ilerlemesine sebep olmaktadır. Bu anlamda, hekimin diğer ruh sağlığı personellerinden (psikolojik danışman ve psikolog) tanılama sürecini hızlandıracak yeterli desteği alması hem danışan takibinin yapılması hem de hekimin daha yerinde bir tanılama sürecini tamamlaması adına kayda değer bir önem taşıdığı ifade edilebilir.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86–94.
- Akkoyun, F. (2014). *Projektif Teknikler*. (H. Bacanlı, Ed.) (3rd ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Alkın, T. (2002). Birinci basamakta panik bozukluğu tedavisi. *J Clin Psy.*, 5(3), 22–31.
- Alsancak Sönmez, B. (2011). *Çocuk depresyonunun projektif testler ve wçzö-r ile değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi.
- Altınbaş, G. (2012). *Panik bozukluğu hastaları ve birinci dereceden yakınlarında mizaç özellikleri ve yaşam kalitesi*.
- Altıntaş, E., Uğuz, Ş., & Levent, B. A. (2015). Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması. *Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 40(2), 288–297.
- Andrews, G., Pollock, C., & Stewart, G. (1989). The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 46(5), 455–460.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367–372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>
- Anzieu, D., & Chabert, C. (2011). *Projektif yöntemler*. Çev: Bahar Kolbay, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)* (3rd ed.). Washington, DC.
- APA. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. American Psychiatric Association.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R)* ((4th ed.,). Washington, DC.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (Vol. 5).
- APA. (2019a). Clinical interview. Retrieved January 5, 2019, from <https://dictionary.apa.org/clinical-interview>

- APA. (2019b). Ego strength. Retrieved January 7, 2019, from <https://dictionary.apa.org/ego-strength>
- APA. (2019c). Projective technique. Retrieved February 1, 2019, from <https://dictionary.apa.org/projective-technique>
- APA. (2020a). intellectualization. Retrieved March 10, 2020, from <https://dictionary.apa.org/intellectualization>
- APA. (2020b). Repression. Retrieved May 2, 2020, from <https://dictionary.apa.org/repression>
- APA. (2020c). Suppression. Retrieved May 2, 2020, from <https://dictionary.apa.org/suppression>
- Arastaman, G., Öztürk Fidan, İ. ve Fidan, T. (2018). Nitel araştırmada geçerlik ve güvenilirlik: Kuramsal bir inceleme. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi* 15 (1), 37- 75
- Arkar, H. (2010). Depresif Duygudurum ile Kişilik Arasındaki İlişki: Beck Depresyon Envanteri ile Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Karşılaştırılması. In *Yeni Symposium* (Vol. 48).
- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 325–341.
- Arzu, S., Arik, A. C., Hatice, G. Ü. Z., Sahin, A. R., & Abanoz, Z. (2010). Possible subtypes of panic disorder. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 269.
- Atalay, N. D., & Bayraktar, E. (1992). *Panik bozukluk*. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Ataman Temizel, E., & Dağ, İ. (2014). Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(1).
- Aydın, G. (2017). *Panik bozukluk tanılı hastalarda bağlanma stilleri ve benlik saygısı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Üsküdar Üniversitesi.
- Baker, C., Wuest, J., & Stern, P. N. (1992). Method slurring: The grounded theory/phenomenology example. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1355–1360.
- Balıkçı, K., Herdem, A., Aydemir, Ö., Aydın, O., Çökmüş, F. P., Sücüllüoğlu Dikici, D., ... Köroğlu, E. (2017). DSM-5 panik bozukluğu ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18, 13–17. <https://doi.org/10.5455/apd.245341>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.

- Başaran, S. K., & Sütcü, S. T. (2016). Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 79–94.
- Beck, A. T., & Emery, G. (2011). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler*. (V. Öztürk, Ed.) (2nd ed.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Beier, D. C. (1961). *Cümle tamamlama testi el kitabı*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı yayınları.
- Bellak, L., & Siegel, H. (1983). *Handbook of intensive brief and emergency psychotherapy (BEP)*. CPS.
- Beutel, M. E., Stark, R., Pan, H., Silbersweig, D., & Dietrich, S. (2010). Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 184(2), 96–104.
- Bienvenu, O. J., Brown, C., Samuels, J. F., Liang, K.-Y., Costa, P. T., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2001). Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. *Psychiatry Research*, 102(1), 73–85.
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 796–805.
- Bilsky, S. A., Knapp, A. A., Bunaciu, L., Feldner, M. T., & Leen-Feldner, E. W. (2016). Parental psychological control and adolescent panic symptom frequency. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(3), 229–243.
- Bögels, S. M., Wijts, P., Oort, F. J., & Sallaerts, S. J. M. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: An efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, 31(5), 363–373. <https://doi.org/10.1002/da.22246>
- Boulenger, J.-P., & Lavallée, Y.-J. (1993). Mixed anxiety and depression: diagnostic issues. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Brandes, M., & Bienvenu, O. J. (2006). Personality and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 8(4), 263–269.
- Budak, S. (2003). *Psikoloji sözlüğü*. Bilim ve Sanat Yayınları.

- Bunaciu, L., Leen-Feldner, E. W., Blumenthal, H., Knapp, A. A., Badour, C. L., & Feldner, M. T. (2014). An experimental test of the effects of parental modeling on panic-relevant escape and avoidance among early adolescents. *Behavior Therapy, 45*(4), 517–529.
- Busch, F. N., Milrod, B. L., & Singer, M. B. (1999). Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8*(3), 234.
- Busch, F. N., Milrod, B. L., Singer, M. B., & Aronson, A. C. (2012). *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy—extended range* (Vol. 36). Routledge.
- Busch, F. N., Shear, M. K., Cooper, A. M., Shapiro, T., & Leon, A. C. (1995). An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*(1), 15–21.
- Butchler, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). *Anormal Psikoloji* (Çev. O. Gündüz). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Büyüköztürk, S., Kılıç Çakmak, E., Akgün, O. E., Karadeniz, S., & Demirel, F. (2016). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Pegem Akademi. Ankara: PegemAkademi.
- Carlson, N. R. (2016). *Fizyolojik psikoloji davranışın nörolojik temelleri*. (M. Şahin, Ed.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Carrera, M., Herrán, A., Ayuso-Mateos, J. L., Sierra-Biddle, D., Ramírez, M. L., Ayestarán, A., ... Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Quality of life in early phases of panic disorder: predictive factors. *Journal of Affective Disorders, 94*(1–3), 127–134.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2012). *Perspectives on personality*. Pearson Education.
- Casey, L. M., Oei, T. P. S., & Newcombe, P. A. (2004). An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review, 24*(5), 529–555.
- Cassillo-Robbins, C., Conklin, L. R., Anakwenze, U., Gorman, J. M., Woods, S. W., Shear, M. K., & Barlow, D. H. (2015). The effects of aggression on symptom severity and treatment response in a trial of cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 60*, 1–8.
- Çeçen, H. (2015). *Panik bozukluk hastalarında aleksitimi, anksiyete duyarlılığı, sirkadiyen tercihler ve biyokimyasal ölçümlerin değerlendirilmesi*. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 103.

- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The tridimensional personality questionnaire: US normative data. *Psychological Reports, 69*(3), 1047–1057.
- Çölkese-Alcan, N. (2004). *Panik bozuklukta yaşam kalitesi*. Çukurova Üniversitesi.
- Corretti, G., & Baldi, I. (2007). The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. *Psychiatric Times, 24*(9), 16–21.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Endler, N. S., & Norton, G. R. (1994). The symptom structure of panic attacks. *Comprehensive Psychiatry, 35*(5), 349–353.
- Craske, M. G., DeCola, J. P., Sachs, A. D., & Pontillo, D. C. (2003). Panic control treatment for agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(3), 321–333.
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Creswell, J. (2014). *Little Oxford Dictionary of Word Origins*. Oxford University.
- Creswell, J.W. (2014). *A concise introduction to mixed methods research*. California: Sage Publications.
- Creswell, J W, & Pablo-Clark, V. (2014). Karma yöntem araştırmaları (Çev Edt: Dede, Y. ve Demir, SB). *Ankara: Anı*.
- Creswell, John W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Creswell, John W. (2016). *Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni*. Siyasal Kitabevi.
- Crowe, M., Carlyle, D., & Farmar, R. (2008). Clinical formulation for mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*(10), 800–807.
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 43*, 79–89. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Donker, M. (2005). Personality traits of patients with mood and anxiety disorders. *Psychiatry Research, 133*(2–3), 229–237.
- Daini, S., Manzo, A., Pisani, F., & Tancredi, A. (2010). Attempted Suicide: Psychopathology and Wartegg Test indicators. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health, 17*(2).
- Demir, A. (2017). *Suça sürüklenen çocukların ruhsal işleyişlerinin projektif testlerle değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi.
- Derogatis, L. R. (1992). *The brief symptom inventory (BSI): administration, scoring &*

procedures manual-II. Clinical Psychometric Research.

- Dirik, G., & Şahin, G. (2008). Kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard infarktüsü (kalp krizi) geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(15), 249–266.
- Doğan, O. (2017). *Panik bozukluğu* (3rd ed.). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Doğan, S. (1993). Psikolojik Danışman Eğitiminde Akreditasyon Gereği ve Bir Model Önerisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(14), 31–38.
- Doğan, Y. B. (2015). *Kısa acil psikoterapi (BEP)*. (2nd ed.). Ankara: Kurgu Kültür Merkezi Yayınları.
- Dooley, L. (1941). The concept of time in defense of ego integrity. *Psychiatry*, 4(1), 13–23.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood.
- Duggan, C., Milton, J., Egan, V., McCarthy, L., Palmer, B., & Lee, A. (2003). Theories of general personality and mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182(S44), s19–s23.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U., & Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *The American Journal of Psychiatry*.
- Egger, N., Konnopka, A., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... König, H. H. (2016). Long-term cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy versus psychodynamic therapy in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1114–1122. <https://doi.org/10.1002/da.22540>
- Eraslan, B., & Matyar, F. (2010). Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sık görülen bulaşıcı hastalıklar ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Karadeniz Fen Bilimleri Dergisi*, 1(2), 61–72.
- Erbaydar, T. (2003). Halk sağlığı açısından sağlık iletişimi. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 45–51.
- Erdoğan Canca, G. (2009). Panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında baskın affektif mizacın ve mizaç, karakter özelliklerinin karşılaştırılması.
- Erdoğan, S. (2007a). Panik bozukluğu tedavisinde paroksetin kullanımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(Ek 4), 14–19.
- Erdoğan, S. (2007b). Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10(4).
- Ersoy, A. F. (2016). Fenomenoloji. A. Saban & A. Ersoy (Edt.). *Eğitimde Nitel Araştırma*

- Desenleri*, 51–104.
- Evrensel, A. (2015). A methodological criticism to diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Noropsikiyatri Arsivi*, 52(3), 319–320. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.8762>
- Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Saviotti, F. M., Ballin, M., & Pesarin, F. (1993). Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 29(4), 213–217.
- Fava, G. A., Guidi, J., Grandi, S., & Hasler, G. (2014). The Missing Link between Clinical States and Biomarkers in Mental Disorders. *Psychother Psychosom*, 83, 136–141. <https://doi.org/10.1159/000360348>
- Fava, G. A., Molnar, G., Zielezny, M. A., & Loretan, A. (1987). Hostility and irritable mood during lithium prophylaxis: A longitudinal study. *Medical Science Research*.
- Fava, M., Anderson, K., & Rosenbaum, J. F. (1990). “Anger attacks”: possible variants of panic and major depressive disorders. *The American Journal of Psychiatry*.
- Fava, & Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 623–637.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30(4), 369–377.
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9(4), 374.
- Floros, G. D. (2017). Defense Style Questionnaire. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1–3). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_22-1
- Fogliati, V. J., Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Sheehan, J., Johnston, L., ... Titov, N. (2016). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for panic disorder and comorbid disorders: a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 88–102.
- Fosco, G. M., Stormshak, E. A., Dishion, T. J., & Winter, C. E. (2012). Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(2), 202–213.
- Freire, R. C., Lopes, F. L., Veras, A. B., Valença, A. M., Mezzasalma, M. A., Nascimento, I., & Nardi, A. E. (2007). Personality traits spectrum in panic disorder and major

- depression. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(1), 31–34.
- Freud, A. (2018). *The ego and the mechanisms of defence*. Routledge.
- Gabbard, G. O. (2017). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. American Psychiatric Pub.
- Galang, J. N., Babson, K. A., Boden, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2015). Difficulties in emotion regulation are associated with panic symptom severity following a quit attempt among cannabis dependent veterans. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(2), 192–204.
- Garb, H. N., Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Nezworski, M. T. (2002). Effective Use of Projective Techniques in Clinical Practice: Let the Data Help With Selection and Interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(5), 454–463. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.5.454>
- Gaudlitz, K., Plag, J., Dimeo, F., & Ströhle, A. (2015). Aerobic exercise training facilitates the effectiveness of cognitive behavioral therapy in panic disorder. *Depression and Anxiety*, 32(3), 221–228.
- George, D. T., Anderson, P., Nutt, D. J., & Linnoila, M. (1989). Aggressive thoughts and behavior: another symptom of panic disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(5), 500–502.
- Gill, M. J. (2014). The possibilities of phenomenology for organizational research. *Organizational Research Methods*, 17(2), 118–137.
- Gloster, A. T., Sonntag, R., Hoyer, J., Meyer, A. H., Heinze, S., Ströhle, A., ... Wittchen, H. U. (2015). Treating treatment-resistant patients with panic disorder and agoraphobia using psychotherapy: A randomized controlled switching trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 100–109. <https://doi.org/10.1159/000370162>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Smith, S., ... Saha, T. D. (2006). The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Grimal, P. (2012). *Mitoloji Sözlüğü: Yunan ve Roma*. İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Güleç, C., & Köroğlu, E. (1997). *Psikiyatri temel kitabı*. HYB.
- Güneri, E. (2016). *Türkiye’de kullanılan psikolojik testler: Kişilik testleri* (1st ed.). İstanbul: Kaknüs.
- Güz, H., & Dilbaz, N. (2003). Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının

- demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 6, 32–38.
- Hackney, H., & Cormier, L. S. (2008). *Piskolojik danışma ilke ve teknikleri: piskolojik yardım süreci el kitabı*. (T. Ergene & S. Aydemir-Sevim, Eds.). Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Hasnat, A., Maruf, A., & Nahar, Z. (2011). Genetics of Panic Disorder. In A. M. Columbus (Ed.), *Advances in Psychology Research* (pp. 1–10). Nova Science Publishers.
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., Kvale, G., Tangen, T., Andersson, G., ... Havik, O. E. (2015). Stepped care versus face-to-face cognitive behavior therapy for panic disorder and social anxiety disorder: Predictors and moderators of outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 76–89. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.002>
- Hazaleus, S. L., & Deffenbacher, J. L. (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 222.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568–1578.
- Hewitt, P. L., & Linden, W. (2013). *Klinik psikoloji bir modern sağlık uzmanlık alanı*. (M. Şahin, Ed.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Higuchi, H., Kamata, M., Yoshimoto, M., Shimisu, T., & Hishikawa, Y. (1999). Panic attacks in patients with chronic schizophrenia: A complication of long-term neuroleptic treatment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(1), 91–94.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3–13.
- 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.
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. G., & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199–212.
- Holi, M. M., Sammallahti, P. R., & Aalberg, V. A. (1999). Defense styles explain psychiatric symptoms: An empirical study. *The Journal of Nervous and Mental*

- Disease*, 187(11), 654–660.
- Huberman, A. M., Miles, M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Hudson, J. L. (2013). Parent-child relationships in early childhood and development of anxiety & depression. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1–6.
- Hutcheon, D. (2010). Using tat projective interpretation with a Korean client to influence disclosure in therapy. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 13(4), 14–77.
- İkiz, T. (2011a). *Tematik algı testleri* (1st ed.). İstanbul: Bağlam Yayınları.
- İkiz, T. (2011b). Türkçe basıma ön söz. In D. Anzieu & C. Chabert (Eds.), *Projektif Yöntemler* (p. 9). İstanbul: Bağlam Yayınları.
- İkiz, T. (2015). *Psikanalitik yönelimli klinik görüşmeler*. Bağlam Ders Kitapları.
- Insel, T. R., & Lieberman, J. A. (2013). DSM-5 and RDoC: shared interests. Retrieved March 6, 2018, from <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml>
- İskifoğlu, T. Ç. (2016). Kaygı bozukluğunun bir türü olan panik bozukluğunun aile terapi yöntemleriyle beraber incelenmesi. *Turkish International Journal of Special Education and Guidance & Counselling (TIJSEG) ISSN: 1300-7432*, 5(2).
- İzci, F. (2011). *Panik bozukluğu olan hastalarda alektimi ile mizaç ve karakter özelliklerinin klinik değişkenlerle ilişkisi*. Fırat Üniversitesi.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26.
- Kaldırımçı, A. T. (2014). *Panik bozukluk ve ağrı bozukluğu olgularında bağlanma stilleri, ayrılma anksiyetesi, savunma biçimleri, mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması*. İstanbul Üniversitesi.
- Kaplan, H. S. (1988). Anxiety and sexual dysfunction. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65–74.
- Karapıçak, Ö. K., Aslan, S., & Utku, Ç. (2012). Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 43–51.
- Kavak, V. (2009). *Panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobi görülme sıklığının incelenmesi*. Maltepe Üniversitesi.
- Kaya, M. (2015). *Lise öğrencilerinin yaşadıkları gelişimsel ve travmatik sorunlar:*

Velilerin, öğretmenlerin ve öğrencilerin gözünden. İnönü Üniversitesi, Malatya.

- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Archives of General Psychiatry*, 50(11), 853–862.
- Kennedy, B. L., Morris, R. L., Pedley, L. L., & Schwab, J. J. (2001). The ability of the Symptom Checklist SCL-90 to differentiate various anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly*, 72(3), 277–288.
- Kesgin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). Sağlıkın tanımı; başa çıkma. *Journal of Istanbul Kultur University*, 3, 47–49.
- Keskin, G., & Çam, O. (2009). Ergenlik ve Bağlanma Süreci: Ruh Sağlığı Açısından Literatürün Gözden Geçirilmesi. In *Yeni Symposium* (Vol. 47).
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 415–424.
- Khan, A. A., Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 190–196.
- King, L. A. (2001). The hard road to the good life: The happy, mature person. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(1), 51–72.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., ... Rotar, D. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 362–367.
- Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., ... Manfro, G. G. (2004). Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(1), 58–64.
- Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., ... Manfro, G. G. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(9), 619–624.
- Kircher, T., Arolt, V., Jansen, A., Pyka, M., Reinhardt, I., Kellermann, T., ... Straube, B. (2013). Effect of cognitive-behavioral therapy on neural correlates of fear conditioning in panic disorder. *Biological Psychiatry*, 73(1), 93–101. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.07.026>

- Kılıç, M. K. (2015). *Panik bozukluk tanısı alan hastaların, nörobilişsel işlevler ve dürtüsellik açısından sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılması*. Maltepe Üniversitesi.
- Kılınç, E., & Murat, M. (2012). Genel Lise 9. Sınıf Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere ve Sürekli Kaygı Düzeylerine Göre Saldırganlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 11(3).
- Kocabaşoğlu, N. (2002). Panik bozukluğu, agorafobi ve diğer komorbid durumlar. In *Yeni Symposium* (Vol. 40, pp. 68–75).
- Kocabıyık, O. O. (2016). Olgubilim ve gömülü kuram: Bazı özellikler açısından karşılaştırma. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(1), 55–66.
- Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M., & Erkmn, H. (2003). Panik bozukluğu ve komorbid tanılar. *Düşünen Adam*, 6, 219–222.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davidson, G., & Neale, J. (2015). Anormal Psikoloji (Çev. Şahin).
- Kroon, N., Goudena, P. P., & Rispens, J. (1998). Thematic Apperception Tests for child and adolescent assessment: A practitioner's consumer guide. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(2), 99–117.
- Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D. H. (2005). Introduction to the Special Section: Toward a Dimensionally Based Taxonomy of Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 491–493. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.491>
- Kurtz, A. (2012). *The manual of panic focused psychodynamic psychotherapy—Extended range*. Taylor & Francis.
- Lampe, L. (2013). Drug treatment for anxiety. *Australian Prescriber*, 36, 186–189.
- Laursen, B., & Collins, W. A. (2009). Parent—child relationships during adolescence. *Handbook of Adolescent Psychology*, 2.
- Leibovici, V., Canetti, L., Yahalomi, S., Cooper-Kazaz, R., Bonne, O., Ingber, A., & Bachar, E. (2010). Well being, psychopathology and coping strategies in psoriasis compared with atopic dermatitis: a controlled study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24(8), 897–903.
- Leichsenring D, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., ... Leibing D Sc, 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.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... Leibing, E. (2014). Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral

- therapy in social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(10), 1074–1082. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111514> LK - <http://vu.on.worldcat.org/atoztitles/link?sid=EMBASE&issn=15357228&id=doi:10.1176%2Fappi.ajp.2014.13111514&atitle=Long-term+outcome+of+psychodynamic+therapy+and+cognitive-behavioral+therapy+in+social+anxiety+disorder&stitle=Am.+J.+Psychiatry&title=American+Journal+of+Psychiatry&volume=171&issue=10&spage=1074&epage=1082&aulast=Leichsenring&aufirst=Falk&aunit=F.&aufull=Leichsenring+F.&coden=AJPSA&isbn=&pages=1074-1082&date=2014&aunit1=F&aunitm=>
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358–1368.
- Lissek, S., Rabin, S., Heller, R. E., Lukenbaugh, D., Geraci, M., Pine, D. S., & Grillon, C. (2010). Overgeneralization of conditioned fear as a pathogenic marker of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 47–55.
- Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, 91(9), 617–624. <https://doi.org/10.1097/00007611-198006000-00028>
- Lydiard, R. B., & Brawman-Mintzer, O. (1998). Anxious depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Mak, H. W., Fosco, G. M., & Feinberg, M. E. (2018). The role of family for youth friendships: Examining a social anxiety mechanism. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(2), 306–320.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Marnane, C., & Wagner, R. (2009). Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 167–172.
- Manning, R. P. C., Dickson, J. M., Palmier-Claus, J., Cunliffe, A., & Taylor, P. J. (2017). A systematic review of adult attachment and social anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 211, 44–59.
- Martin, H., & Frackowiak, M. (2017). The Value of Projective/Performance-based Techniques in Therapeutic Assessment. *SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health*, 24, 91–95. <https://doi.org/10.1007/s12630-009-9065-2>
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, M. T., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(5), 434–440.

- Mayring, P. (2007). Introduction: Arguments for mixed methodology. *Mixed Methodology in Psychological Research*, 1–4.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Mento, C., & Settineri, S. (2016). Projective identification and suicidal risk behaviour assessing a Rorschach protocol: a clinical case report. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(2).
- Merriam, S. B. (1995). What can you tell from an N of 1?: Issues of validity and reliability in qualitative research. *PAACE Journal of lifelong learning*, 4, 51-60.
- Michael, T., Blechert, J., Vriends, N., Margraf, J., & Wilhelm, F. H. (2007). Fear conditioning in panic disorder: Enhanced resistance to extinction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 612.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Miller, D. N., & Nickerson, A. B. (2007). Projective techniques and the school-based assessment of childhood internalizing disorders: A critical analysis. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 14(1), 48–58. Retrieved from https://auth.lib.unc.edu/ezproxy_auth.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2007-05416-007&site=ehost-live&scope=site%5Cnhttp://dmiller@uamail.albany.edu
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., ... Klass, E. T. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 265–272.
- Mondal, A., & Kumar, M. (2017). A Study on Rorschach Depression Index in Patients Suffering from Depression. *Eastern Journal of Psychiatry*, 18(2).
- Morrison, J. (2014). *The first interview*. Guilford Publications.
- Morse, J. M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40(2), 120–123.
- Munjack, D. J., Baltazar, P. L., DeQuattro, V., Sobin, P., Palmer, R., Zulueta, A., ... Leonard, M. (1990). Generalized anxiety disorder: some biochemical aspects. *Psychiatry Research*, 32(1), 35–43.
- Murray, H. A. (1943). Thematic apperception test.
- Nam, Y.-Y., Kim, C.-H., & Roh, D. (2016). Comorbid panic disorder as an independent risk factor for suicide attempts in depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry*,

- 67, 13–18.
- Navinés, R., Egmond, E., & Martín-Santos, R. (2016). Panic Disorder and Personality Disorder Comorbidity. In *Panic Disorder* (pp. 169–184). Springer.
- Newman, M. G., Shin, K. E., & Zellig, A. R. (2016). Developmental risk factors in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 206, 94–102.
- NIHM. (2018). Facts about Panic Disorder. Retrieved November 18, 2018, from <https://web.archive.org/web/20060907014356/http://www.nimh.nih.gov/publicat/panicfacts.cfm>
- Noyes, R., Reich, J., Christiansen, J., Suelzer, M., Pfohl, B., & Coryell, W. A. (1990). Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 47(9), 809–818.
- O'Day, E. B., & Heimberg, R. G. (2018). Aggression in Anxiety Disorders. *Aggression: Clinical Features and Treatment Across the Diagnostic Spectrum*, 177.
- Ok-Gülcü, N. E. G. (2016). *Panik bozukluğuna eşlik eden yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunda bağlanma biçimleri, mizaç, çocukluk travmaları ve erken yaşam olayları*. Başkent Üniversitesi.
- Okray, Z. (2017). Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi ile Takip Edilen Olgunun Projektif Testlerle Değerlendirilmesi: Terapi Öncesi ve Sonrası Uygulamaları. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 1(2), 85–93.
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2015). *Abnormal psychology*. Pearson Upper Saddle River, NJ.
- Öngider, N., & Kavak, V. (2014). The Examination of the Social Anxiety Symptoms and Sociodemographic Characteristics on Panic Disorder Patients. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 17(2), 63–72.
- Örsel, S., Güriz, O., Akdemir, A., & Türkçapar, H. (2003). Panik Bozukluğu Alt Tiplerinin Belirtiler Açısından Araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 204–212.
- Öz, Ö. (2017). *Panik bozuklukta öfke ve bilişsel duygu düzenlemenin incelenmesi*. Maltepe Üniversitesi.
- Özakkaş, T. (2014). *DSM, ICD: Ruhsal hastalıkların sınıflandırılması*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Özakkaş, T. (2015). *Terapistliğe ilk adım: Nasıl terapist olunur?* İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Özcan, M., Uğuz, F., & Çilli, A. S. (2006). Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın

- anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 276–285.
- Özgüven, İ. E. (1992). *Hacettepe kişilik envanteri el kitabı*. Ankara: PDREM Yayınları.
- Özsoy, F., & Kuloğlu, M. M. (2017). Evaluation of Metacognitive Functions in Major Depressive and Panic Disorder Patients. *Journal of Contemporary Medicine*, 7(1), 42–49. <https://doi.org/10.16899/gopctd.299079>
- Öztürk Can, H., & E.Ş, A. (2017). Ebeveyn kabulü/reddi ile ebeveyn uygulamaları ilişkisi ve etkileyen faktörler. *Humanities Sciences (NWSAHS)*, 12(1), 35–50. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2017.12.1.4C0215>
- Pacchierotti, C., Bossini, L., Castrogiovanni, A., Pieraccini, F., Soreca, I., & Castrogiovanni, P. (2002). Attachment and panic disorder. *Psychopathology*, 35(6), 347–354.
- Parent, M. B., Master, S., Kashlub, S., & Baker, G. B. (2002). Effects of the antidepressant/antipanic drug phenelzine and its putative metabolite phenylethylidenehydrazine on extracellular γ -aminobutyric acid levels in the striatum. *Biochemical Pharmacology*, 63(1), 57–64.
- Parman, T. (2004). Fobi, korku, kaygı, tekinsiz ve ergenlik. *Psikanaliz Yazıları*, 8, 63–73.
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage publications.
- Petraglia, J. (2013). *Defense Mechanisms in Psychotherapy: An Examination of the Therapeutic Techniques Employed by Therapists In-session*. McGill University.
- Pilecki, B., Arentoft, A., & McKay, D. (2011). An evidence-based causal model of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 381–388.
- Pio-Abreu, J. L., Ramalheira, C., & Valente, J. M. (1998). Towards a ‘map’ of panic: structure of the bodily symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(1), 66–70.
- Piotrowski, C. (2015). Projective techniques usage worldwide: A review of applied settings 1995-2015. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(Special Issue 3), 9–19.
- Piotrowski, C. (2017). The utility of projective techniques in pain assessment: An historical review. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 43(2), 189–197.
- Pişkin, M. (2006). Türkiye’de psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin dünü, bugünü ve yarını. In M. Hesapçioğlu & A. Durmuş (Eds.), *Türkiye’de Eğitim Bilimleri: Bir Bilonço Denemesi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Pınar, E. (2017). *Panik bozukluğu tanısı olan yetişkin bireylerde benlik saygısı ile anksiyete*

- düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.* Haliç Üniversitesi.
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *The Cochrane Library*.
- Praško, J., Houbová, P., Novák, T., Záleský, R., Espa-Červená, K., Pašková, B., & Vyskočilová, J. (2005). Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder-comparison study. *Neuro Endocrinol Lett*, 26, 667–674.
- Rachman, S., & De Silva, P. (2009). *Panic disorder: The facts*. OUP Oxford.
- Robins, L. N. (1985). Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Archives of General Psychiatry*, 42(9), 918–924.
- Rohner, R. P. (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome": universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, 59(8), 830.
- Rosenberg, R. A. (2013). *The human magnet syndrome: Why we love people who hurt us*. PESI Publishing & Media.
- Safran, J. D. (2014). *Psikanaliz ve psikanalitik terapiler*. İstanbul: Okuyan Us.
- Sahin, N., & Durak, A. (1994). Kisa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Turk Gencleri Icin Uyarlanmasi. *Türk Psikoloji Dergisi*.
- Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of Research Design* (Vol. 1). SAGE.
- Sapmaz, Ş., Erkurun, H., Ergin, D., Öztürk, M., Celasin, N., Karaarslan, D., ... Aydemir, Ö. (2017). Validity and Reliability of the Turkish version of DSM-5 Panic Disorder Severity Scale- Child Form. *Journal of Mood Disorders*, (1), 1. <https://doi.org/10.5455/jmood.20170304070510>
- Saygılı, S., & Karamustafaloğlu, O. (2010). Panik bozukluğu hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 32–37.
- Schacter, D. L. (2011). *Psychology Second Edition*, 41 Madison Avenue. New York, NY, 10010, 310.
- Schweiger, K. W., Henderson, A. D., & Clawson, W. T. (2008). *Counselor preparation* (12th ed.). USA: Taylor & Francis Group.
- Scott, E. L., Heimberg, R. G., & Jack, M. S. (2000). Anxiety sensitivity in social phobia: comparison between social phobics with and without panic attacks. *Depression and Anxiety*, 12(4), 189–192.
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., & Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1(3), 139–142.

- Selbes, A., Berkol, T. D., Sevilay, K., UĞURPALA, C., Mehtar, M., & GÖKÇEİMAM, P. (2018). Examination of adult separation anxiety and bonding styles in patients with panic disorder who applied to a psychiatric clinic. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 29(3), 171.
- Sharf, S. R. (2011). *Psikoterapi ve psikolojik danışma kuramları: Kavramlar ve örnek olaylar*. (N. V. Acar, Ed.) (5th ed.). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., ... Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571–1575.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Shorey, H. S., & Snyder, C. R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10(1), 1–20.
- Silove, D., & Manicavasagar, V. (2016). *Panik atak ve agorafobi*. (N. Yener, Ed.). İstanbul: Kuraldışı.
- Silverman, D. (2019). *Interpreting qualitative data*. (6th Ed.) London: Sage Publications.
- Smith, J. A., & Eatough, V. (2007). Interpretative Phenomenological Analysis.
- Smith, T. W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. *Anger, Hostility, and the Heart*, 23–42.
- Smits, J. A. J., Julian, K., Rosenfield, D., & Powers, M. B. (2012). Threat reappraisal as a mediator of symptom change in cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 624.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213.
- Stahl, S. M. (1993). Mixed anxiety and depression: clinical implications. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Starcevic, V., Kellner, R., Uhlenhuth, E. H., & Pathak, D. (1993). The phenomenology of panic attacks in panic disorder with and without agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 36–41.
- Stein, M. B., & Steckler, T. (2010). *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment* (Vol. 2). Springer Science & Business Media.
- Stemler, S. (2001). An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(17), 137–146.
- Storey, R., Gapen, M., & Sacco, J. S. (2014). Projective techniques and psychological

- assessment in disadvantaged communities. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 11(2), 114–129.
- Sumer, N., ÜNAL, S., Selcuk, E., Kaya, B., Polat, R., & Cekem, B. (2009). Attachment And Psychopathology: Relationship Between Adult Attachment And Depression, Panic Disorder, And Obsessive Compulsive Disorder.
- Svrakic, D. M., Lecic-Tosevski, D., & Divac-Jovanovic, M. (2009). DSM axis II: personality disorders or adaptation disorders? *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 111–117.
- Tabak, S. (2010). *Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan yetişkin erkeklerle normal yetişkin erkeklerin tematik algı testi bulguları açısından karşılaştırmaları*. Ege Üniversitesi, İzmir.
- Tamam, L. (2009). Panik bozukluk. *Actual Medicine*, 32–38.
- Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). *The new era of mixed methods*. Sage Publications.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*, 3–50.
- Teddlie, C., & Yu, F. (2007). Mixed methods sampling: A typology with examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77–100.
- 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.
- Tignol, J., Martin-Guehl, C., Aouizerate, B., Grabot, D., & Auriacombe, M. (2006). Social phobia and premature ejaculation: a case-control study. *Depression and Anxiety*, 23(3), 153–157.
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208–215. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004>
- Torges, C. M., Stewart, A. J., & Duncan, L. E. (2008). Achieving ego integrity: Personality development in late midlife. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 1004–1019.
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 350.
- Tuffour, I. (2017). A critical overview of interpretative phenomenological analysis: a

- contemporary qualitative research approach. *Journal of Healthcare Communications*, 2(4), 52.
- Tükel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(Supp: 3), 5–13.
- Tükel, R. (2009). Panik hastasına yaklaşım: Klinik görünüm, ayırıcı tanı ve tedavi ilkeleri. *Klinik Gelişim*, 27(4), 1–10.
- Tully, P. J., Turnbull, D. A., Beltrame, J., Horowitz, J., Cosh, S., Baumeister, H., & Wittert, G. A. (2015). Panic disorder and incident coronary heart disease: A systematic review and meta-regression in 1 131 612 persons and 58 111 cardiac events. *Psychological Medicine*, 45(14), 2909–2920. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000963>
- 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.
- Tural, Ü. (2008). Panik bozukluğu ve solunum sistemi düzensizlikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(Supp: 2), 12–15.
- Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği – Türk PDR Der. (2017). Dernekten haberler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bülteni, 4, 19.
- Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği – Türk PDR Der. (2018). Türkiye’de psikolojik danışmanlık ve rehberlik. Retrieved March 3, 2018, from http://www.pdr.org.tr/upload/icerik/haberler/saglik_meslek_yasasi.pdf
- Tutar, H. (2016). *Sosyal Psikoloji Kavramlar ve Kuramlar* (3rd ed.). Ankara: Seçkin.
- Tüzün, O., & Sayar, K. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1), 24–39.
- Tüzün, Z., & Soygüt, G. (2017). Assessment of adolescent attachment styles via narrative responses to the thematic stimulus. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 28(3), 1–8. <https://doi.org/10.5080/u17110>
- Ünlü, F. (2015). *Ebeveyni boşanmış bireylerde; benlik saygısı, yalnızlık ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Haliç Üniversitesi.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 107–118.
- Vaillant, G. E. (1976). Natural history of male psychological health: V. The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 33(5), 535–545.
- Voltan-Acar, N., Yıldırım, İ., & Ergene, T. (1996). Psikolojik danışma hizmetlerinden

- kimler yararlanıyor. *3P Dergisi*, 4(2), 122–129.
- Waiswol, N. (1995). Projective techniques as psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 49(2), 244–259. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(194910\)5:4<418::AID-JCLP2270050416>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1097-4679(194910)5:4<418::AID-JCLP2270050416>3.0.CO;2-F)
- Watkins, J. ., Edward, C., Campbell, V. L., Hollifield, J., & Duckworth, J. (1989). Projective techniques: Do they have a place in counseling psychology training? *The Counseling Psychologist*, 17(3), 511–513.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. (2006). *Ego durumları: teori ve terapi*. (H. Sayı, Ed.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., ... Lellouch, J. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 305–309.
- Wesner, A. C., Gomes, J. B., Detzel, T., Blaya, C., Manfro, G. G., & Heldt, E. (2014). Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.008>
- Wetzler, S., Kahn, R. S., Cahn, W., Van Praag, H. M., & Asnis, G. M. (1990). Psychological test characteristics of depressed and panic patients. *Psychiatry Research*, 31(2), 179–192.
- WHO. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Retrieved May 7, 2020, from <https://icd.who.int/browse10/2016/en#F40.0>
- Wittchen, H., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Fava, G. A., & Craske, M. G. (2010). Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*, 27(2), 113–133.
- Yeragani, V. K., & Kumar, H. V. (2000). Heart period and QT variability, hostility, and type-A behavior in normal controls and patients with panic disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(6), 401–407.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (10. Bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, T. (2006). *Sosyal kaygısı yüksek üniversite öğrencilerine uygulanan kısa-yoğun-acil psikoterapinin etkililiği*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Yıldırım, T. (2013). A process of short-term dynamics oriented and individual counseling: A case of stuttering. *International Journal of Psychology and Counselling*, 5(6), 104–113.
- Yılmaz, T. (2017). Klinik psikolojide sanat ve sanat uygulamaları. *Tykhē Sanat ve Tasarım Dergisi*, 2(2), 32–43.
- Yücel, B. (2009). Somotoform bozukluklar. In I. B. Kulaksızoğlu, R. Tükel, A. Üçok, İ. Yargıç, & O. Yazıcı (Eds.), *Psikiyatri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- Yüksel, N. (2002). Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 14–21.
- Zalaznik, D., Weiss, M., & Huppert, J. D. (2019). Improvement in adult anxious and avoidant attachment during cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 29(3), 337–353.
- Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology*, 6, 2021.
- Zugliani, M. M., Martin-Santos, R., Nardi, A. E., & Freire, R. C. (2017). Personality traits in panic disorder patients with and without comorbidities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(11), 855–858.

EKLER**EK – 1: ETİK KURUL İZİNİ**

27.04.2020

Etik Kurulu Otomasyonu

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| T.C. | | | |
| İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ | | | |
| BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU | | | |
| Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu | | | |
| Oturum Tarihi : 27-04-2020 | Oturum Sayısı : 8 | Karar Sayısı : 2020/8/8 | |
| Etik Açısından Uygun Yukarıda adı ve araştırmacıları belirtilen ve kısaca özetlenen çalışma başvurusu, tarafımda incelenmiş olup çalışmanın amaç yöntem, uygulama ve hedeflerinin; etik açıdan uygun olduğu kanaatindeyim. | | | |
| Çalışma Adı | PANİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLER İLE SAĞLIKLI BİREYLERİN BAZI PSIKODİNAMİK YAPILARININ OBJEKTİF VE PROJEKTİF TESTLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI | | |
| Araştırmacılar | Doktora Öğrencisi M. Siyabend KAYA (Yürütücü) | | |
| Başkan | | | |
| Prof.Dr. Hüseyin Suphi ERDEM | | | |
| Kurul Üyeleri | | | |
| Sekreter Hatice CİHAN | | Prof.Dr. Mustafa ARSLAN | |
| Prof.Dr. Mehmet GÜNGÖR | | Prof.Dr. Süleyman ÇALDAK | |
| Prof.Dr. Nesrin SİS | | Prof.Dr. Mehmet ÜSTÜNER | |
| Prof.Dr. Lütfiye ÖZDEMİR | | | |

EK – 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı Merhaba,

Ben Uzm. Psk. Dan. M. Siyabend KAYA, İnönü Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM'ın danışmanlığında 'Panik bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin bazı psikodinamik yapılarının objektif ve projektif testler ile karşılaştırılması' nı amaçlayan bir araştırma yapmaktayım. **Panik bozukluk**, beklenmedik panik ataklar ile karakterize olan bir tür kaygı bozukluğudur. Bu çalışmada da panik bozukluğun doğasının anlaşılması amaçlanmaktadır. Bu açıdan, anlatacağınız son derece önemli olmakla birlikte katkılarınız sayesinde panik bozukluk tanısı almış bireylere daha etkili ve bilimsel yardım sunmayı amaçlayan programlar geliştirilebilecektir. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ediyorum.

Nasıl bir işlem yolu izlenecektir?

Katılımcıların gönüllü olarak araştırmaya katılmaları halinde ortalama 5 oturumun yapılması planlanmaktadır. İlk iki oturum katılımcılara projektif testlerin uygulanması, iki oturum katılımcıların anamnezinin (yaşam öyküsünün) alınması ve son oturumun da objektif testlerin uygulanması şeklinde planlanmaktadır.

Katılımcı sayısı ve katılım süresi ne kadardır?

Araştırmanın yürütülmesi için 10 gönüllü katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın her bir katılımcı için tamamlanma süresi bir hafta olarak öngörülmektedir.

Araştırmanın olası yararları ve riskleri nelerdir?

Bu çalışmanın katılımcıları için doğrudan tıbbi bir fayda gözetilmesi **amaçlanmamaktadır**. Bununla birlikte panik bozukluğun gelişim ve ilerleyiş biçiminin anlaşılabilmesi amaçlanmakta ve bu sayede bilimsel bir metot ile araştırma sonuçlarının diğer hastaların yararına kullanılabilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca işlem yolunda belirtilen prosedürlerin uygulanmasının herhangi bir riski yoktur.

Gönüllü olarak katılmamın herhangi bir karşılığı olacak mı?

Araştırmaya katılımınızdan dolayı sizden herhangi bir ücret alınmamakla birlikte katılımcılara bir ödeme de yapılmayacaktır.

Görüşmemize geçmeden önce, görüşmemizin gizli olduğunu ve görüşmede konuşulanları yalnızca benim ve bu çalışmayı yürüten birkaç araştırmacının bileceğini belirtmek isterim. Bunun yanı sıra araştırma raporunda isimleriniz kesinlikle yer almayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz herhangi bir sorunuz veya belirtmek istediğiniz bir düşünceniz var mı? Konuşmalarımızı not alacağımı veya kayıt cihazına kaydedeceğimi bildirmek istiyorum. Görüşme sonunda istemediğiniz bazı bilgileri silebiliriz. İzin verirseniz görüşmeye başlamak istiyorum.

Bilgilendirilmiş Onay Formu'nda ifade edilenleri okudum, çalışmaya katılıp katılmama konusundaki kararım için bana yeterli zaman tanındı. Aklıma takılan soruları danışmana sordum aldığım cevaplar ile düşüncelerime netlik kazandırdım. **Formu onaylıyorum.**

Danışanın **imzası:**

Tarih:

Bilgilendirilmiş Onay Formun'nda yer alan bilgileri danışan ile paylaştım ve sorularımı yanıtladım.

Psikolojik Danışmanın **imzası:**

Tarih:

EK – 3: ARAŞTIRMACI ÖZ GEÇMİŞİ**M.Siyabend KAYA**

University of Reading, School of Psychology and Clinical
Language Sciences, Harry Pitt Building, Office:201, Reading / UK

☎ Cep, TR: +905302758223 – Cep, UK: +447403834034

✉ m.siyabendkaya@gmail.com

**EĞİTİM BİLGİLERİ**

| | | | |
|--------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------|
| Doktora | Psikolojik Danışma ve Rehberlik | İnönü Üniversitesi | 2015-20 |
| Yüksek Lis. | Psikolojik Danışma ve Rehberlik | İnönü Üniversitesi | 2012-15 |
| Lisans | Psikolojik Danışma ve Rehberlik | Adıyaman Üniversitesi | 2008-12 |

İŞ DENEYİMİ

| | | | |
|----------------------------|-----|--|----------------|
| Araştırma Görevlisi | YÖK | Bingöl Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Gelişim Psikolojisi ABD. | 2013-18 |
| Psikolojik Danışman | MEB | Küçük Kadı İlkokulu, Sur / Diyarbakır | 2012-13 |

TEZ & PROJELER**TEZLER**

| | |
|---------------------------|---|
| Doktora Tezi | <i>"Panik bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin bazı psikodinamik yapılarının objektif ve projektif testler ile karşılaştırılması"</i> |
| Yüksek Lisans Tezi | <i>"Lise öğrencilerinin yaşadıkları gelişimsel ve travmatik sorunlar: Velilerin, öğretmenlerin ve öğrencilerin gözünden"</i> |

PROJELER**1. Yükseköğretim Kurumları tarafından destekli bilimsel araştırma projesi****(BÜBAP)**

| | |
|-------------------------|--|
| Proje Adı | : Madde Kullanan Bireylerin Yaşama Yükledikleri Anlam ile Sabır, Empati ve Sorumluluk Değerleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi |
| Proje Kodu | : BAP-FEF.2016.00.014 |
| Projedeki Görevi | : Araştırmacı |
| Proje Yöneticisi | : Doç. Dr. Cihat YAŞAROĞLU |
| Proje Tarihi | : 2017-19 |

2. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu**(TÜBİTAK)**

| | |
|------------------|--|
| Proje Adı | : Lise Öğrencilerinin Gelişimsel ve Travmatik Sorunlarını Çözmeye Yönelik Dinamik Yönelimli Kısa-Yoğun-Acil Psikolojik Danışma Uygulaması TÜBİTAK 1001 Projesi |
|------------------|--|

Proje Kodu : 114K170
Projedeki Görevi : Araştırmacı
Proje Yöneticisi : Doç. Dr. Taşkın YILDIRIM
Proje Tarihi : 2014-16

YAYINLAR

- Kaya, S.**, & McCabe, C. (2019). Can understanding reward help illuminate anhedonia?. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 6(4), 236-242.
- Kaya, S.**, & McCabe, C. (2019). What role does the prefrontal cortex play in the processing of negative and positive stimuli in adolescent depression?. *Brain sciences*, 9(5), 104.
- Kaya, M. S.**, Yıldırım, T., & Atli, A. (2018). Gelişimsel Sorun Alanları Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, (45), 48-73.
- Yaşaroğlu, C; **Kaya, M. S.**; Bozkurt, M. (2018). Kişisel sorumluluk ölçeği (KSÖ)'nin Türkçe uyarlaması: Güvenirlilik ve geçerlik çalışması. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 6(71), 365–373.
- Kaya, M.**, Çitil Akyol, C., Özbek, R., & Pepeler, E. (2017). Lisansüstü eğitim programlarında 'uzaktan eğitim uygulamasına' yönelik 'eğitim bilimleri bölümü' akademisyenlerinin görüşleri, *Electronic Journal of Social Sciences*, 16(64), 1616-1627.
- Atli, A. & **Kaya, M.** (2017). Üniversite öğrencilerinin mesleki kişilik tipleri. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7 (14), 331 – 342.
- Kaya, M.**, & Yıldırım, T. (2017). Liselerde Çalışan Psikolojik Danışmanların Okullarda Yaşanan Kriz Durumlarına İlişkin Algıları . İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi , 6 (2) , 835-857.
- Kaya, M.** (2015). Psycho education program for prevention of test anxiety on 8th grade students to reduce anxiety and indecisiveness. *European Journal of the Interdisciplinary Studies*, 1(1), 37-43.

SUNUM & KONGRELER

- Atli, A., & **Kaya, M.**, (2017, May). *Üniversite öğrencilerinin mesleki kişilik tipleri*. IVth International Eurasian Educational Research Congress (EJER), Denizli, Türkiye.
- Yıldırım, T., **Kaya, M.**, Atli, A., Çırak, Y., Şad, S. N., & Atik, S. (2016, June). *Lise öğrencilerinin yaşadıkları gelişimsel sorunlar*. IIIrd International Eurasian Educational Research Congress (EJER), Muğla, Türkiye.
- Yıldırım, T., Şad, S. N., Çırak, Y., Atli, A., **Kaya, M.** & Çitil, C. (2015, Haziran). *Lise öğrencilerinin yaşadıkları gelişimsel ve travmatik sorunlar*. IInd International Eurasian Educational Research Congress (EJER), Ankara, Türkiye.
- Kaya, M.** (2015, Nisan). *The effect of psycho-education program on 8th class students to prevent test anxiety and personal indecisiveness*. Vth International Conference On Social Sciences, Pristina, Kosovo.
- Yıldırım, T., Atli, A., Çırak, Y., & **Kaya, M.** (2014, Aralık). *Liselerde Çalışan Psikolojik Danışmanların Okullarda Yaşanan Kriz Durumlarına İlişkin Algıları*. V. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Antalya, Türkiye
- Kaya, M.** & Yıldırım T. (2014, Ekim). *Çocuk korumada okul psikolojik danışmanının rolü*. I. International Congress On Child Protection, Istanbul, Türkiye.

KATILDIĞI ÇALIŞTAYLAR

- Kaya, M.** "*Güneydoğu'da Özel Gereksinimli Bireylerin Sorunları ve Birimleri Çalıştayı*". Dicle Üniversitesi, 13 - 14 Mayıs 2013, Diyarbakır, Türkiye.
- Kaya, M.** "*Afet Sonrası Psikolojik İlk Yardım Çalıştayı*". 5. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 4 – 6 Aralık 2014, Antalya. Türkiye.
- Kaya, M.** "*Motivasyonel Görüşme Nedir, Ne değildir? Değişim İkilemi, Değişim İçin Motivasyon Oluşturma, Değişimin Aşamaları Çalıştayı*". 5. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 4 – 6 Aralık 2014, Antalya. Türkiye.

KURS / SERTİFİKA BİLGİLERİ

- Eğitimin Adı** : Projeaktif Testler Eğitimi
- Eğitimin İçeriği** : Tematik Algı Testi, Çocuklar İçin Algı Testi, Louisa Duss.
- Eğitimi Veren Kurum** : Klinik Psikoloji Enstitüsü
- Eğitmen** : Dr. Elif GÜNERİ YÖYEN (Klinik Psikolog)

İLGİ ALANLARI

Dinamik Yönelimli Anamnez Alma
 Kısa-Yoğun-Acil Psikolojik Danışma Uygulaması
 Projeaktif Teknikler
 Ergenlik dönemindeki gelişimsel ve travmatik krizler
 Depresyonun nörobiyolojisi
 Panik bozukluk
 Karma desen araştırmaları

ARAŞTIRMALARDA KULLANILAN PROGRAMLAR

- SPSS** : İyi düzeyde
- NVIVO** : İyi düzeyde
- AMOS** : Orta düzeyde
- LISREL** : Orta düzeyde
- MATLAB** : Orta düzeyde

DERNEK ÜYELİKLERİ

- Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği (**TPDR**) 2014-
- İngiliz Psikoloji Derneği (**BPS**) 2017-

YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce İleri düzey