

**T.C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE YAYGIN ANKSİYETE  
BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ KADIN HASTALARIN, OTOBİYOGRAFİK  
BELLEK İŞLEVLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İrem YÜKSEL**

**Psikoloji Anabilim Dalı**

**Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı**

**TEMMUZ 2022**

**T.C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE YAYGIN ANKSİYETE  
BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ KADIN HASTALARIN, OTOBİYOGRAFİK  
BELLEK İŞLEVLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İrem YÜKSEL  
(191287054)**

**Psikoloji Anabilim Dalı**

**Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hakan DUMAN**

**TEMMUZ 2022**



**T.C.**  
**İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi**

Enstitümüz, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı (191287054) numaralı öğrencisi İrem YÜKSEL'in "Borderline Kişilik Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Kadın Hastaların, Otobiyografik Bellek İşlevleri Açısından İncelenmesi" adlı tez çalışması 28/07/2022 tarihinde yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından **Oy Birliği** ile Yüksek Lisans tezi olarak **Kabul** edilmiştir.

**Öğretim Üyesi Adı Soyadı**

**Tez Savunma Tarihi:** 28/07/2022

- 1) Tez Danışmanı:** Hakan DUMAN
- 2) Jüri Üyesi:** Dr. Öğr. Üyesi Neşe SARUHAN
- 3) Jüri Üyesi:** Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ONAR

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Borderline Kişilik Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Kadın Hastaların, Otobiyografik Bellek İşlevleri Açısından İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasında sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (28/07/2022)

İrem YÜKSEL



## ÖNSÖZ

Hayat boyu deneyimlenen olumlu ve olumsuz yaşam olaylarının zihin, nöropsikoloji ve bellek üzerindeki etkileri ilgi duyduğum bir alandı. Kişilik bozukluklarının, oldukça sık rastlanan bir psikopatoloji grubu haline gelmesi, bellek problemleri ile ön plana çıkmaya yatkınlığı ve kompleks bir yapıya sahip olmasından ötürü çalışma yapılacak konu olarak merakımı uyandırdı. Kaygı bozukluklarının ise özellikle Covid-19 pandemisi süresince oldukça yaygın olmasının yanı sıra, yine bellek problemi yaşayan bir grup olarak ön plana çıkması sebebiyle nörobilişsel bir çalışma adına uygun olacağını düşündüm. Bu farklı örüntüye sahip iki psikopatolojik grubun bellek işlevleri açısından incelenmesi literatürde bu kavramlara ilişkin kısıtlı sayıda çalışma bulunması ve yaygınlıklarının artması sebebiyle araştırmanın, ilgili literatüre faydalı olmasını umuyorum. Belirlediğim konuda çalışmamı destekleyen, lisans ve yüksek lisans eğitim sürecimde bilgileri, sabırları ve bakış açısıyla bana çok şey öğreten ve desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hakan Duman'a teşekkürlerimi sunarım. Tez dönemimde bilgileriyle beni aydınlatan Hülya İzgiş ve Merve Eren'e yanımda olup beni destekleyen, motive eden, bana her zaman inanan ve beni cesaretlendiren tüm arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim. Eğitim sürecim boyunca maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen hep yanımda olan tüm aile fertlerime, özellikle; annem Vildan Yüksel'e, babam Sezgin Yüksel'e, ağabeyim Erdem Yüksel'e ve yine desteklerini esirgemeyen ananem Nuran Kaya ve büyükbabam Sami Kaya'ya teşekkür ederim.

Temmuz 2022

İrem YÜKSEL

Psikolog

## KISALTMALAR

<b>APA</b>	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
<b>DSM</b>	: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>BKB</b>	: Borderline Kişilik Bozukluğu
<b>YAB</b>	: Yaygın Kaygı Bozukluğu
<b>OBIÖ</b>	: Otobiyografik Bellek İşlevler Ölçeği
<b>f</b>	: frekans
<b>F</b>	: anova değeri
<b>N</b>	: kişi sayısı
<b>P</b>	: anlamlılık değeri
<b>Ss</b>	: standart sapma
<b>Sd</b>	: serbestlik derecesi
<b>T</b>	: t testi değeri
$\bar{x}$	: aritmetik ortalama
<b>%</b>	: yüzde

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÇİZELGE LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	2
1.1.1 Araştırmanın Soruları .....	3
1.1.2 Araştırmanın Hipotezleri .....	4
1.2 Borderline(Sınır) Kişilik Bozukluğu .....	4
1.2.1 Borderline Kişilik Bozukluğu Tariçesi.....	4
1.2.2 Borderline Kişilik Bozukluğu Epidemoloji ve Komorbidite.....	5
1.2.3 Borderline Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri .....	7
1.2.4 Borderline Kişilik Bozukluğu ile İlgili Kavram ve Görüşler .....	10
1.2.4.1 Psikanalitik Yaklaşım .....	10
1.2.4.2 Bilişsel Yaklaşım .....	12
1.2.4.3 Fenomenolojik Yaklaşım .....	15
1.2.4.4 Biyolojik Yaklaşım .....	16
1.3 Yaygın Kaygı Bozukluğu .....	18
1.3.1 Kaygı Tariçesi.....	18
1.3.2 Yaygın Kaygı Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	21
1.3.3 Yaygın Kaygı Bozukluğu Etiyolojisi .....	27
1.3.4 Kaygı (Anksiyete) ile İlgili Kuramlar, Görüşler ve Çeşitleri .....	28
1.3.4.1 Psikanalitik Yaklaşım .....	28
1.3.4.2 Bilişsel Yaklaşım .....	29
1.3.4.3 Fenomenolojik Yaklaşım.....	32
1.3.4.4 Biyolojik Yaklaşım .....	33
1.4 Bellek .....	35
1.4.1 Otobiyografik Bellek .....	37
1.4.2 Otobiyografik Belleğin Nörolojisi.....	39
1.4.3 Otobiyografik Bellek ve Borderline Kişilik Bozukluğu İlişkisi.....	41
1.4.4 Bellek, BPD ve YAB ile Yapılan Çalışmalar .....	41
<b>2. YÖNTEM</b> .....	<b>44</b>
2.1 Araştırma Modeli .....	44
2.2 Örneklem .....	44
2.3 Veri Toplama Araçları .....	47
2.3.1 Otobiyografik Bellek İşlevler Ölçeği (OBİÖ).....	47
2.3.2 Anksiyete Ölçeği (Beck) .....	49
2.3.3 Demografik Bilgi Formu .....	50
2.3.4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu .....	50

2.4 Veri Toplama İşlemi.....	50
2.5 Verilerin Analizi.....	51
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>52</b>
3.1 Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi .....	52
3.2 Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	53
3.3 Yaygın Kaygı Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	55
3.4. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	56
3.5 Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyinin Otobiyografik Bellek İşlevlerini Yordamasının İncelenmesi.....	57
3.6 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	57
3.7 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyinin Otobiyografik Bellek İşlevlerini Yordamasının İncelenmesi.....	58
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>59</b>
4.1 Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Yönünden Değerlendirilmesi .....	59
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>79</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>83</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>94</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>101</b>

## ÇİZELGE LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Çizelge 2.1:</b> Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları .....	45
<b>Çizelge 2.2:</b> Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri .....	45
<b>Çizelge 2.3:</b> Örneklemin Yaş Özellikleri.....	46
<b>Çizelge 2.4:</b> Örneklemin Eğitim Özellikleri.....	46
<b>Çizelge 2.5:</b> Örneklemin Gelir Düzeyi Özellikleri .....	46
<b>Çizelge 2.6:</b> Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	48
<b>Çizelge 2.7:</b> Beck Anksiyete Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.	49
<b>Çizelge 3.1:</b> Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanların Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcılara Göre İncelenmesi.....	52
<b>Çizelge 3.2:</b> Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Yaşlarına Göre Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi.....	53
<b>Çizelge 3.3:</b> Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi .....	54
<b>Çizelge 3.4:</b> Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Yaşlarına Göre Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi.....	55
<b>Çizelge 3.5:</b> Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi .....	55
<b>Çizelge 3.6:</b> Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	56
<b>Çizelge 3.7.</b> Anksiyete Düzeyinin Otobiyografik Bellek İşlevleri Alt Boyutu Geçmişle Yüzleşme Düzeylerini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	57
<b>Çizelge 3.8:</b> Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	57

# **BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ KADIN HASTALARIN, OTOBİYOGRAFİK BELLEK İŞLEVLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ**

## **ÖZET**

Bu çalışmanın amacı sınır kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların otobiyografik bellek işlevleri değerlendirilmesi yaygın kaygı bozukluğu tanısı almış kadın hastalarla karşılaştırılmasıdır. Terimler hem bilişsel hem dinamik açıdan ele alınacaktır. Araştırmanın örneklemini 50 Yaygın Kaygı Bozukluğu ve 50 Borderline Kişilik Bozukluğuna sahip hastalar olmak üzere toplam 100 hasta gönüllülük esaslı oluşturacaktır. Halihazırda tanı almış hastaların olacağı, dolayısıyla kolayda örnekleme yönteminin kullanılacağı çalışmada, karıştırıcı değişken problemini ortadan kaldırmak için, hastaların öncesinde nörolojik bir tanı almamış olmasına ve yaşları 18-50 yaş arasında sınırlandırılmış olmasına dikkat edilecektir. Araştırmada, Otobiyografik Bellek İşlevler Ölçeği (OBİÖ) ve Anksiyete Ölçeği (Beck) kullanılacaktır. Elde edilen bulgularla sonuçlar analiz edilerek. Tartışma kısmında yorumlanacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** *Borderline kişilik, sınır kişilik, kaygı bozukluğu, bellek*

**INVESTIGATION OF FEMALE PATIENTS WITH BORDERLINE  
PERSONALITY DISORDER AND GENERALIZED ANXIETY DISORDER  
IN TERMS OF AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY FUNCTIONS**

**ABSTRACT**

The purpose of this study is to evaluate the autobiographical memory functions of women with borderline personality disorders and compare them to women who are diagnosed with generalized anxiety disorder. Terms will be discussed both cognitive and dynamic. The sample of the study will constitute a total of 100 patients with 50 generalized anxiety disorders and 50 borderline personality disorders. In the study where patients already have been diagnosed, so the sampling method is used, it will be noted that they have not received a neurological diagnosis before patients and that their age is limited to 18-50 years of age to eliminate the problem of the mixer variable. The study will use the Autobiographical Memory function Scale (OBIO) and Beck Anxiety Scale (Beck). The results will be analyzed and interpreted in the discussion section with the findings obtained.

**Keywords:** *Borderline personality, anxiety, generalized anxiety disorder, memory*

## 1. GİRİŞ

Borderline kişilik bozukluğunun (BKB) bir psikopatoloji olarak psikoloji literatüründeki tarihini incelemek için 'sınır' terimini incelemenin uygun olacağı düşünülmüştür. Bu terim 80 yıl önce ilk olarak Stern tarafından; o dönem nevrotik hastaların tedavisinde kullanılan, psikanalitik terapiye cevap vermeyen ancak psikotizm belirtilerini de tam karşılamayan psikoz ve nevroz arasında değerlendirilen durumları tarif ettiği ifade edilmiştir. Kernberg'in çalışmalarında terimsel olarak 'Kişilik Bozukluğu' yer almasa da nevrozun ve psikozun kesişimlerinin neden 'sınır' kelimesi ile açıklandığını anlamlandırmada yardımcı olmuştur. Sınır durumda kişilik, kişilik bozuklukları ile kıyaslandığında borderline kişilik bozukluğu tanısı alanların oranı diğer hasta gruplarından %10 ve ya %15 oranında daha fazladır ve kadınlarda üç kat daha fazla yaygın görülmektedir. Yaygınlığın günümüz dünyasında artması konunun önem arz ettiğini düşündürmüş olup, bu yaygınlık oranı günümüzde borderline kişilik bozukluğu çalışmalarının önemini göstermektedir. Belirtilerle ilişkili olarak şema terapi teorisine göre borderline kişilik bozukluğuna sahip hastalar terk edilme korkuları ve bağlanma türlerinden de etkilenecek, terk edilme, bellek problemleri, kuşkuculuk, bağımlılık; boşluk hissinden hareketle duygusal yoksunluk, dürtüsellik ve intihar sebebi ile; kusurluluk yetersiz öz denetim ve cezalandırıcılık şemalarına sahip olabilecekleri öngörülmüştür (Sempértegui, 2012). Nesne ilişkileri kuramına göre ise, borderline kişilik bozukluğu tanılı bireyler dış dünyadaki nesne ile ilgili kategorizasyon oluşurken olumlu ve olumsuz özellikleri bir bütün gibi algılayamadığı gözlemlenmiştir (Akyüz, 2018). Eğer dış nesne tarafından idealdeki iyiye ters düşen bir davranışla karşılaşılırsa bu bir çatışma doğurmakta ve nesneyi doğrudan diğer gruba yani kötü özelliklerin atfedildiği gruba alma eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir. Benzer değerlendirmeyi bilinç dışı olarak kendi kişiliği için de yapabilmektedir. Burada genellikle bilinç dışı olarak 'bölme' savunma mekanizmasını kullanılmaktadır. Burada bilinç dışı amaç kişinin idealindeki bakım veren imajı ile gerçekte olan arasındaki farktan korunmaktır. Kendi ve diğerine ilişkin bu tutarsız algılama dışarıdan kimlik dağılması gibi algılanabilmektedir (Kernberg, 1967).

Borderline tanılı bireylerle ilgili ilk gözlemlenen semptomlar, sıklıkla intihar girişimleri ya da kendine zarar verici davranışlar, depresif semptomlar veya bir kriz şeklinde sıralanabilmektedir. Sınır kişilik örgütlenmesindeki bireyin nörobilişsel işlevlerinin değişmesi, kriz esnasında gerçekleşen olayları veya konuşulanları hatırlayamama ve intihara olan eğilimi risk faktörü olarak düşünülmüştür. Beyin görüntüleme çalışmalarında borderline tanılı hastaların, tanı almamış hastalara kıyasla sol hipokampusünün ve amigdalasının daha küçük olduğu bulunmuştur (Barban, 1986). Bu noktada borderline kişilik bozukluğuna sahip bireylerin hafızalarında ya da belirli bellek türlerinde bozulma veya farklılaşma olabileceği düşünülmüştür. Benzer şekilde yaygın kaygı bozukluğu ve hatta diğer kaygı bozukluğu türleri de dahil olmak üzere kişilerde bellekte bozulma ve hafıza problemleri gözlemlenmektedir. Organik ya da multidisipliner bir şekilde kişiler, kaygı başlığı altında bir psikopatolojiye sahip olduğu durumda, hatırlayamama, anıyı geri çağırma ya da en başta kodlayamama gibi semptomlar sergilemişlerdir. Bununla birlikte, diğer olası yorumlar göz ardı edilmemelidir, örneğin, fazla kaygılı kişilerin olumsuz olayları hatırlamak için bir hafıza yanlılığı sergilediği yorumu da yapılabilmektedir. (Mogg, Mathews ve Weinman, 1987; Reidy ve Richards, 1997; Richards, 1997).

Yeni veya tecrübe edilmemiş uyaranlara maruz kalındığında kişilerin durumla başa çıkmak için geçmiş deneyimleri kullandığı bilinmektedir. Bireyler kendi geçmiş yaşam olaylarına ilişkin bilgiye ise otobiyografik bellek aracılığıyla ulaşmaktadırlar (Brewer, 1986). Otobiyografik bellek, yaşam boyu meydana gelen belirli olayların ve benlik ile ilgili bilgilerin depolandığı bellektir (Baddeley, 2009; Brewer, 1986; Fivush ve Haden, 2003; Robinson 1986).

Buradan yola çıkarak çalışmanın konusu, sınır kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların otobiyografik bellek işlevleri değerlendirilmesi ve yaygın kaygı bozukluğu tanısı almış kadın hastalarla karşılaştırılması şeklindedir, terimlerin hem bilişsel hem dinamik açıdan ele alınması amaçlanmıştır.

## **1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Borderline kişiliğin tanılayıcı özelliklerinden dürtüsellik ve duygulanımdaki değişim nörobiliyolojik nedenleri akla getirmektedir. Literatür, beynin duygu yönetiminden sorumlu amigdala, hafıza ve dürtüsellikten sorumlu kısmı hipokampus, kişi

sürekli ve ruminatif biçimde bir düşünceye, duygulanıma maruz kaldığında hasar aldığını ifade etmektedir (Barban, 1986). Beyin görüntüleme çalışmalarında borderline tanılı kadın hastaların tanı almamış hastalara göre sol hipokampusunun ve amigdalasının daha küçük olduğu bulunmuştur (Barban, 1986). Bu hafızanın hasar görmesi, bir öğrenme biçimi olan ve tutarlılık sağlayan geçmiş yaşantılardan öğrenmeyi engellemekte ve kişinin gelişimini sekteye uğratmaktadır.

Bunun sonucunda kişiler yineleyen yıkıcı davranışlar, yineleyen intihar girişimleri ve duygulanımda tutarsızlık gibi belirtiler sergilemektedir. Ayrıca bir yürütücü işlev olan dikkat konusunda sınırlılık görülmüştür (Kroll, 1998). Kişiler yineleyen yıkıcı davranışlar, tekrar eden intihar girişimleri ve duygulanımda tutarsızlık yaşadıkları gözlemlenmiştir. Yapılan bir derleme çalışmasına göre bellek, duygular ve motivasyon öğrenmeyi etkileyip aynı şekilde öğrenmeden etkilenmektedir. Herhangi bir duygu ile eşleşen nesnenin öğrenme süreci ile eşleşmesinin hatırlamayı artırıcı etkisi çalışmalarca sunulmuştur (Çepni ve Keleş, 2006). Duygulanımını yönetemeyen kişilerin yöneten kişilerden yeni bilgiyi hayatında kullanma ve geçmiş deneyimden öğrenme alanında farklılaştığı bulunmuştur. Ayrıca bir yürütücü işlev olan dikkat konusunda kısıtlılıklar sergilemişlerdir. Çalışmanın amacı borderline kişiliğin bilişsel işlevlerinin incelenmesi yaygın kaygı bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğu hastalarının otobiyografik bellek işlevlerini kıyaslayarak değerlendirmektir.

### **1.1.1 Araştırmanın Soruları**

1. Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastalarla, yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların otobiyografik bellek işlevleri açısından bir fark var mıdır?
2. Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların kaygı düzeyleri ile otobiyografik bellek işlevleri arasında ilişki var mıdır?
3. Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların kaygı düzeyleri otobiyografik bellek işlevlerini yordamakta mıdır?
4. Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmakta mıdır?
5. Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmakta mıdır?

### **1.1.2 Araştırmanın Hipotezleri**

H0: Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastalarla, yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların otobiyografik bellek işlevleri açısından bir fark yoktur.

H1: Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastalarla, yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların otobiyografik bellek işlevleri açısından bir fark vardır.

H0: Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların kaygı düzeyleri ile otobiyografik bellek işlevleri arasında ilişki yoktur.

H2: Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların kaygı düzeyleri ile otobiyografik bellek işlevleri arasında ilişki vardır.

H0: Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların kaygı düzeyleri otobiyografik bellek işlevlerini yordamamaktadır.

H3: Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların kaygı düzeyleri otobiyografik bellek işlevlerini yordamaktadır.

H0: Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmamaktadır.

H4: Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmaktadır.

H0: Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmamaktadır.

H5: Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmaktadır.

## **1.2 Borderline(Sınır) Kişilik Bozukluğu**

### **1.2.1 Borderline Kişilik Bozukluğu Tariçesi**

Borderline kişilik bozukluğu Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)'e resmi bir tanı olarak 1980'de girmiştir. Borderline kişilik bozukluğu tanısı 1980'de Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-3'üne girdikten 12 yıl sonra 1992'de Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10'unda yer almıştır. Modern klinik uygulamada kişilik bozuklukları kolaylıkla en yaygın olarak kullanılan tanıdır (Loranger 1990; Loranger ve ark. 1997). BKB tanılı bireyler genel popülasyonun yaklaşık %2-3'ünü

(Swartz ve ark. 1990; Zimmerman ve Coryell 1989), tüm yatan hastaların yaklaşık %25'ini ve tüm ayakta tedavi gören hastaların yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır (Koenigsberg ve ark. 1985; Widiger ve Weissman 1991).

Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin ilişkilerinde, duygu durumlarında ve benlik imajlarında stabilite gösteremediği gözlemlenmektedir. Klinisyenler ve araştırmacılar geçmişte çeşitli durumlarda sınır kişilik örgütlenmesi terimini kullanmış ancak bu kelimeye çok daha farklı anlamlar yüklemişlerdir. Bu terimin orijinali, nevroz ile şizofreni arasındaki sınır üzerinde olan hastaları kastetmektedir.

Sınırdaki tanının kökenleri genellikle, bir psikanalist olan Adolph Stern'in (1938) klinik gözlemlerine kadar uzanır ve hastalarının bir alt grubunun psikoterapinin olağan sınırlarını göz ardı ettiğini ve mevcut sınıflandırma sistemine uymadığını fark ettiği için öncelikli amacı psikozları nevrozlardan ayırarak bu hasta sınıfını tanımlamaktır. Klinik olarak arada kalmış vakalar için borderline teriminin kullanımı, 1960'ların sonlarındaki gelişmelere kadar psikiyatrik düşüncenin çevresinde çok fazla ilerleyememiştir.

Grinker, deneysel araştırma ihtiyacının ilk savunucularından biri olmuş ve halihazırda sınırdaki olan hastalarla ilgili ilk deneysel çalışmayı üstlenmiştir. Grinker ve ark. (1968), borderline psikopatolojinin yirminci yüzyıldaki sosyal değişimlerin bir yan ürünü olduğunu öne sürmüştür. Kernberg, (1967) borderline kişilik organizasyonunu, psikotik kişilik organizasyonuna sahip daha ağır hastalardan ve nevrotik kişilik organizasyonuna sahip daha hafif hastalardan ayırt edilmesi gereken üç kişilik organizasyonu biçiminden biri olarak tanımlamıştır. Borderline kişilik organizasyonu, başarısız veya zayıf kimlik oluşumu, ilkel savunmalar ve stres altında geçici olarak sona eren gerçeklik testleri ile karakterize etmiştir. Kernberg'in şeması, nesne ilişkilerini ego psikolojisi ve içgüdülerle bütünleştirilmesi ve temel bir sınıflandırma sistemine bir mantık ve organizasyon vermesi nedeniyle psikanalitik topluluk içinde kavramsal bir ilerleme olmuştur (Kernberg 1968, 1975).

### **1.2.2 Borderline Kişilik Bozukluğu Epidemoloji ve Komorbidite**

Sınır kişilik durumu incelendiğinde multidisipliner ve birçok alanla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu alanlar: Nörobiyolojik Faktörler, Bilişsel Faktörler, Nesne İlişkileri Kuramı, Olumsuz Çocukluk Deneyimleri, Travma ve İstismar şeklinde sıralanabilmektedir. Nörobiyolojik anlamda hafızanın hasar görmesi bir öğrenme

biçimi olan ve tutarlılık sağlayan geçmiş yaşantılardan öğrenmeyi engelleyen bir faktör olarak sunulmuştur. Ayrıca daha sonra üzerinde tekrar durulacak olan bulgu şu şekildedir: “Beyin görüntüleme çalışmalarında borderline tanılı kadın hastaların tanı almamış hastalara göre sol hipokampusunun ve amigdalasının daha küçük olduğu bulunmuştur (Barban ve ark., 1986).”

Bilişsel faktörlere değinmek gerekirse çocukluk yaşantısında birincil bakım verenlerden edinilen birincil bilgiler çapıtılmış bilişler ya da ilerlemiş hali ile şema ve modlar olarak işlenmektedir ve metaforik bir deyişle dünyaya bakarken takınılan bir gözlük haline gelmektedir. Belirtilerle ilişkili olarak borderline hastalar terk edilme korkularından ve bağlanma türlerinden de etkilenecek, terk edilme, kuşkuculuk, bağımlılık; boşluk hissinden hareketle duygusal yoksunluk, dürtüsellik ve intihar sebebi ile kusurluluk yetersiz öz denetim ve cezalandırıcılık şemalarına sahip olabilmektedir. Bunun devamı olarak birincil bakım verenlerle kurulan ilişkinin güven niteliğine bağlı olarak nesne ilişkileri kuramına göre çevreyi algılama türü maladaptif bir şekil kazanabileceği düşünülmüştür. Anne ya da bakım veren kişi tutarsız bir yapıda ise, çocuk sevgi ve güvenden emin olmaza, iyi ve kötünün aynı nesnede olabileceği algısını kazanamayıp, tutarsız ve iki uçta gidip gelen bir birey gelişmeye başlayabilmektedir. Borderline kişilik bozukluğuna ait veriler incelendiğinde olumsuz çocukluk yaşantılarının rolü önem arz etmektedir. Örneğin BKB tanısı ile başvuran 500 hastanın incelendiği bir çalışmada bu hastaların çocukluk öyküsünde %79 oranında ihmal ve istismara rastlanmıştır (Czaja, Paris ve Widom, 2009).

Borderline kişilik bozukluğunun hem genel popülasyonda hem de klinik ortamlarda yaygın olduğu görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri genel popülasyonunun ulusal temsili, klinik olmayan anketleri, BKB'nin nokta prevalansının yüzde 1,6 ve yaşam boyu yaygınlığının yüzde 5,9 olduğunu tahmin etmektedir. Klinik ortamlarda yapılan araştırmalar, kentsel birinci basamak hastalarının yüzde 6,4'ünde, ayakta tedavi gören psikiyatri hastalarının yüzde 9,3'ünde ve yatan psikiyatri hastalarının yaklaşık yüzde 20'sinde BKB'nin mevcut olduğunu bulmuştur. Borderline kişilik bozukluğu olan kadınların erkeklere oranının, klinik popülasyonlarda genel popülasyona göre daha fazla olduğu çalışmalarca ifade edilmiştir. Klinik ortamlarda oran 3:1'dir. Bununla birlikte, Birleşik Devletler genel nüfusuna ilişkin iki epidemiyolojik araştırma, BKB'nin yaşam boyu yaygınlığının erkekler ve kadınlar

arasında önemli ölçüde farklılık göstermediğini bulmuştur. Bu tutarsızlık, BKB tanılı kadınların tedavi arama olasılığının erkeklerden daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. BKB tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, erkek ve kadınların benzer çocukluk çağı travması öyküsü ve mevcut psikososyal işlevsellik düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur.

Borderline kişilik bozukluğu, DSM'deki histrionik, narsisistik, paranoyak, bağımlı ve kaçınan tipler de dahil olmak üzere diğer birçok kategoriyle semptomatik benzerlik içermektedir. Ayrıca borderline kişilik bozukluğu ile Eksen I bozuklukları, özellikle de depresyon arasında önemli miktarda komorbid bulunmaktadır (Trull, Stepp ve Solhan, 2006). Madde bağımlılığı ve yeme bozuklukları gibi diğer dürtü kontrol sorunları olan birçok hasta da borderline kişilik bozukluğu örüntüsü içerebilmektedir. Vaka takip çalışmaları, borderline kişilik bozukluğu ve duygudurum bozuklukları arasında birçok benzerlik olduğunu göstermektedir. Çoğu durumda, BKB semptomlarının majör depresyonun başlangıcından önce belirgin olduğu görülmüştür. Örneğin, bir çalışma, borderline kişilik bozukluğu teşhisi konan 100 ayaktan hasta grubuna odaklanmıştır (Akiskal, 1992). Vaka takibi sırasında, örneklerin yüzde 29'u şiddetli depresyon geliştirmiştir. Yapılan farklı bir boylamsal çalışmaya göre, saf borderline kişilik bozukluğu tanısı olan bir hasta örneğinde yüzde 23'ü 15 yıllık takip sırasında majör depresif ataklar geliştirmiştir (McGlashan, 1986). Ayrıca sınır kişiliğe sahip hastaların komorbid olarak geliştirdiği diğer psikopatolojiler: Madde bağımlılığı, yaygın kaygı bozukluğu, body dismorfik bozukluk, dürtü kontrol ve diğer çeşitli davranış bozukluklarını da içerdiği şeklindedir.

### **1.2.3 Borderline Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri**

Borderline kişilik bozukluğu, duygulanım ve kişilerarası ilişkilerde sık görülen bir istikrarsızlık örüntüsü olan yaygın bir kişilik yapılanmasıdır. Bu bozukluğu olan bireyler yalnız olmayı çoğunlukla zor bulmakta olup, diğer insanlarla yoğun, istikrarsız ilişkiler kurma ve genellikle başkaları tarafından manipülatif olarak görülme eğilimindedirler. Ruh hallerinin, birkaç saatlik bir örüntü içinde hızlı bir şekilde depresyondan öfkeye ve endişeye dönüşebildiği gözlemlenmiştir. Yoğun öfke yaygındır ve öfke nöbetleri, fiziksel saldırı veya intihar tehditleri ya da jestleri eşlik edebilir. Birçok klinisyen, kimlik bozukluğunu borderline kişilik bozukluğunun

tanısal özelliği olarak görmektedir. Bu rahatsızlığa sahip insanlar, muhtemelen, olumlu ve olumsuz özelliklerini aynı anda birleştiren bütünlük bir imajlarını sürdürmekte büyük zorluk çekmektedirler. Bu nedenle, kişiler kendilerini farklı anlarda, gerçekçi olmayan olumsuz terimlerle ve ardından yine gerçekçi olmayan olumlu terimlerle düşünmek arasında gidip gelme eğilimi sergilemektedirler. Kişisel değerler, cinsel tercihler ve kariyer alternatifleri gibi konularda sıklıkla belirsizlik ifade ettikleri görülmüştür. Kronik boşluk ve can sıkıntısı duygularını sıklıkla rapor etmektedirler. Karşılarındaki kişiyi ve hatta bazen kendi benliklerini idealleştirme ve devalüe etme eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir.

Borderline kişilik bozukluğu, kişilik bozukluğunun en kafa karıştıran, en çok engelleyici ve en sık tedavi edilen biçimlerinden biri olarak ifade edilebilmektedir. DSM-5'e göre:

#### Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntü:

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü.
3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu.
4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. Para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıknırcasına yeme). (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)
5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.

6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunalıtı).
7. Süreğen bir boşluk duygusu.
8. Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (örn. sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).
9. Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri.

#### Ayrırcı Tanı;

Ayrırcı tanı literatürleri incelendiğinde bazı araştırmacıların borderline kişilik bozukluğunun duygulanımdaki değişkenlik sebebi ile duygu durum bozuklukları kategorisinde yer alması gerektiğini savunmaktadır (Akbulak, Belli ve Ural, 2013). Bipolar bozuklukta duygu durum daha fizyolojik sebeplere bağlı değişiklik gösterirken, borderline kişilik bozukluğunda duygu durum değişiminde çevresel uyaranlara karşı daha duyarlı olduğu bulunmuştur. Bipolar hasta grubunda depresyon ve mani şeklinde iki ayrı uç varken, borderline hastaları normal duygu durumundan bir anda öfkeye geçebilmektedir. DSM 5’de hipomani süresi en az 4 gün. dürtüsellik ise mani dönemlerindedir. Borderline durum için duygu durumda seyrek olarak birkaç gün ibaresi vardır ve yine sınır durumda dürtüsellik döneme değil olaya bağlı olarak şekillenmektedir. Her ikisi de kişiler arası ilişkilerde sorun yaşar ancak sınır durum daha karakterize bir formda nitelendirilebilmektedir. İntihar eğilimi ve kendine zarar verme açısından antisosyal kişilik bozukluğuna da benzetilebilmektedir. Ancak antisosyal hasta grubu borderlinedan farklı olarak terk edilmemek uğruna değil doğrudan zarar vermek amacı ile işlevsel olmayan öfke davranışlarını kullanmaktadır. Benzer şekilde histriyonik kişinin harekete geçerken sergilediği motivasyonu ilgi toplamakla alakalı bulunmuştur. Borderline ise terk edilmekten kaçmak istediği için harekete geçtiği görülmüştür (APA, 2013). DEHB’de ve sınır kişilik bozukluğunda dürtüsellik tariflenmektedir ancak DEHB’de kendine zarar verme girişimine istatistiksel olarak daha az rastlanmaktadır (Philipsen, 2006).

6 yıllık sürecin değerlendirildiği boylamsal bir çalışmada intihar düşüncelerinde ve yıkıcı davranışlarda, madde bağımlılığında, dürtüsellik ve ilintili cinsel sapmalarda, kişiler arası ilişkilerde düzelme gözlemlenmiştir. (Frankenburg, Fitzmaurice ve

Zannarinni, 2013). Ayrıca nadir de olsa paranoid düşünce bildirenler benlik algısında ve dış dünya algısında sapma olanlar anlamlı oranda azalmıştır. Ancak mizaç, hissedilen duygu yoğunluğu, boşluk hissi gibi hastanın doğrudan müdahale edemediği alanlarda durum stabilitesini korumuştur (Frankenburg, Fitzmaurice ve Zannarinni, 2013).

## **1.2.4 Borderline Kişilik Bozukluğu ile İlgili Kavram ve Görüşler**

### **1.2.4.1 Psikanalitik Yaklaşım**

Sınır kişilik bozukluğunun entelektüel mirası oldukça çeşitlidir ve izini sürmek diğer kişilik bozukluğundan daha zor olarak düşünülebilmektedir. Var olan çeşitli yaklaşımlar önem arz eder ve bazı durumlarda birbiriyle çelişen bakış açıları bulunmaktadır (Leichtman, 1989). Borderline annelerin 4-7 yaş arası çocuklarını inceleyen bir çalışmada; bakım vermede anne çocuk rol değişiminin sıklıkta olduğu bulunmuştur (Macfie ve Swan, 2009).

Otto Kernberg (1967, 1975), borderline kişilik bozukluğunun psikodinamik teori çerçevesinde geliştirmiştir. Kernberg boderline kişiliğin, spesifik bir sendromdan ziyade, çeşitli bozuklukları olan bireylerde bulunabilen bir dizi kişilik özelliğini veya eksikliklerini ifade ettiğini düşünmüştür. Kernberg'in modelinde, borderline kişilik teşhisi konan kişilerin ortak özelliği, ego yapısının hatalı gelişmiş olması şeklindedir. Borderline bozukluğu olan kişilerin bir diğer ortak özelliği, insanları ve olayları alternatif olarak tamamen iyi veya tamamen kötü olarak görme, yani "bölme" savunma mekanizmasını kullanma eğilimidir. Bu nedenle, borderline kişiliğe sahip birey, partnerini kimi zaman neredeyse mükemmel, kimi zaman ise fazlasıyla kusurlu olarak algılayabilmektedir. Bölme eğilimi, sınırdaki kişiliklerle ilişkili, dengesiz ruh hali değişimlerini açıklamaya yardımcı olabileceği çalışmalarca ifade edilmiştir.

Kernberg'in ayrı klinik semptomlar yerine geniş olarak tanımlanmış bir psikopatoloji düzeyine yaptığı vurgu, sınırdaki kişiliğin nispeten geniş bir tanımıyla sonuçlanmıştır. Bu açıdan bakıldığında, borderline bozukluk, paranoid, şizoid ve siklotimik kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve çeşitli duygudurum bozuklukları da dahil olmak üzere birçok psikopatolojik davranış türünü kapsayabilmektedir. Borderline kişilik bozukluklarıyla ilgili araştırmaları teşvik etmek amacıyla, kişilik organizasyonuna ilişkin bu psikodinamik görüşler,

önde gelen birkaç klinisyen tarafından daha güvenilir, tanımlayıcı terimlere çevrilmiştir. Jhon Gunderson (1984, 1994), Kernberg'in borderline kişilik kavramıyla yaygın olarak ilişkilendirilen bir dizi tanımlayıcı özellik belirlemiştir.

Karşılıklı olarak çelişen kendilik ve nesne temsillerinin bölünmesi veya aktif ayrışması, hem borderline hem de narsisistik kişilik bozukluklarında merkezi savunma mekanizması olarak nitelendirilebilmektedir. Her iki bozukluğu olan hastalar, kişilerarası ilişkilerde zayıflık, sevmeme, empati eksiklikleri, benmerkezci gerçeklik algısı ve dikkat için tek benci iddialar sergileme eğilimindedirler. Ancak önemli farklılıkları bulunmaktadır. Narsisistik bozuklukta çoğunlukla benlik, psikopatolojik de olsa daha yapışkan ve gerileyici parçalanma tehlikesi daha az olarak ifade edilirken; borderline kişilikte benlik zayıf bir şekilde bütünleşme ve özellikle stres altında psikotik benzeri durumlara dönüşme riskini yoğunlukla barındırmaktadır. Benliğin daha fazla bütünleşmesi nedeniyle, narsistik kişiliğe sahip bir kişi, borderline kişiliğe sahip kişiye göre daha iyi sosyal uyum, iş ve sosyal başarı için daha fazla kapasite elde edebileceği düşünülmektedir. Ayrıca narsist kişi, borderline kişiye göre daha iyi dürtü kontrolü ve daha fazla kaygı toleransı gösterme eğilimindedir. Genellikle borderline kişilikte görülen kendini yaralama ve ısrarcı aleni öfke narsisistik bozukluğun özelliklerinde sık rastlanmamaktadır (Akhtar ve Thomson, 1982). Bir makalesinde Adler, narsisistik hastaların borderline hastalardan daha fazla kendilik bütünlüğüne, daha istikrarlı narsisistik aktarımlara ve olgun yalnızlık için daha fazla kabiliyete sahip olmaları bakımından farklılık gösterdiğine dikkat çekmiştir (Topeka, 1989).

Freud'un tanımladığı iki temel dürtü olan saldırganlık ve öfke, nesne ilişkileri kuramına göre bireyden ayrı olan nesne yani öteki nesne ile deneyimlenebilmektedir. Gelişim sürecinde deneyimlerin anlamlandırıldığı ilk kaynak birincil bakım veren olarak literatürde yer almaktadır. Bakım veren ile kurulan ilişki güvenli bağlanma içerdiği takdirde, tutarlı ve duyarlı ise bakım verene çoğunlukla olumlu özellikler atfedilmektedir. Bakım verenin pozitif ve negatif yönleri bir bütün gibi algılanmaktadır. Borderline kişilik bozukluğuna sahip kişilerde ise dış dünyadaki nesne ile ilgili kategorizasyon oluşurken olumlu ve olumsuz özellikleri bir bütün olarak algılanmadığı, tamamen iyi ya da kötü olarak gözlemlendiği tespit edilmiştir. Eğer dış nesne tarafından idealdeki iyiye ters düşen bir davranışla karşılaşılırsa bu bir çatışma doğurmaktadır ve nesneyi doğrudan diğer gruba yani, kötü özelliklerin

atfedildiği gruba dahil etme eğiliminde olduğu ifade edilmiştir. Benzer değerlendirmeyi kişi kendi kişiliği için de yapabilmektedir çünkü bilinç dışı olarak bölme savunma mekanizmasını kullanması yüksek ihtimal olarak görülmektedir. Burada bilinç dışı amaç kişinin idealindeki bakım veren imajı ile gerçekte olan arasındaki farktan korunması olarak belirtilmektedir. Kendi ve diğerine ilişkin bu tutarsız algılamaya dışarıdan kimlik dağılması gibi algılanabilmektedir. (Kernberg, 1967).

Kohut dinamik literatüre birincil aynalama, ikincil aynalama ve bipolar self terimlerini katmıştır. Burada çocuğun, annenin ve babanın takdirini almak için yaşadığı vurgulanmaktadır. Çocuğun anneden kendi ile ilgili babadan ise dış dünya ile ilgili bilgi ve onay aldığını söylemektedir. Anne kendiliğin baba toplumun içselleştirilmesinde tesirli bulunmuştur (Kohut, 2018). Ancak annenin yaşam öyküsü burada karıştırıcı bir değişken olarak analiz edilmiştir. Annenin çocuğu büyütme zamanının olmadığı örüntülerde çocuğun bağlanma nesnesi çokça değişmekte ve bu da borderline yapıya bir zemin oluşturmaktadır (Masterson, 2013).

#### **1.2.4.2 Bilişsel Yaklaşım**

Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastaların tedavisi genellikle son derece zor olarak kabul edilmektedir. Birincil bakım vereni ile ilişkisinden edindiği ilk bilgiler kişiye kendisi ve dış dünya hakkında bilgi verdiği literatürce sunulmuştur. Kişilerin bu bilgiler doğrultusunda yetişkinlik yaşamını anlamlandırıp davranışlarını şekillendirmekte olduğu ve belirli temel inanç ve şemalar geliştirildiği öngörülmüştür. Bu temel inançlar 'şema' şeklinde kodlanarak zihne yerleşmekte olup; ihtiyaçlar ve gereksinimler karşılanıyorsa, sevgi, güven, fark edilme, birey olma gibi olumlu kodlarının olduğu düşünülmektedir. Belirtilerle ilişkili olarak borderline hastalar terk edilme korkusu ve bağlanma türleri tarafından da etkilenerek, terk edilme, kuşkuculuk, bağımlılık; boşluk hissinden hareketle duygusal yoksunluk, dürtüsellik ve intihar sebebi ile kusurluluk yetersiz öz denetim ve cezalandırıcılık şemalarına sahip olabilmektedir. Şemaları tetikleyen çeşitli modlar tanımlandığında bunlar; incinmiş-terkedilmiş çocuk, dürtüsel çocuk, kızgın çocuk ve mutlu çocuk şeklinde listelenebilmektedir. Cezalandırıcı ebeveyn, talepkar ebeveyn, kaçınan ebeveyn ortaya çıkan ebeveyn modlarından bazıları olarak adlandırılabilir ve bu tanımlamalar çeşitli tedavi amaçları sunmaktadır (Arntz ve Van Genderen, 2014).

Türkiye örneklemini ile yapılan bir çalışmada borderline ve bipolar bozukluk taşıyan bireylerin erken dönem uyumsuz şemaları kıyaslanmış; yabancı literatürle uyumlu olarak bipolar gruba kıyasla daha fazla şema tespit edilmiştir. (Soylu, 2017). Yabancı literatürün aksine cezalandırıcılık ve yüksek standartlar şeması bipolardan anlamlı derecede ayrılmamıştır (Soylu, 2017).

Bazı araştırmacılar, borderline hastaların çocukluk döneminde ebeveyn kaybı, ihmal ve kötü muamelenin olumsuz sonuçlarından dolayı kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir (Fonagy ve Bateman, 2008). Bu model, borderline hastaların aileleri üzerinde yapılan araştırmalarla ve bebekleri annelerinden ayırmanın etkilerini inceleyen maymunlardaki sosyal gelişim literatürüyle yapılan karşılaştırmalarla desteklenmektedir. Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarla ilgili çalışmalar, ebeveynleri ile yaygın olarak sorun yaşayan ilişkilerin sonuçlarının olumsuz etkilerini düşündürmektedir. Borderline kişilik bozukluğu olan kadın genç yetişkinler, yaygın bir denetim eksikliği, sık sık aile içi şiddet tanıklığı ve ebeveynleri ve diğer yetişkinler tarafından sözlü, fiziksel ve cinsel istismar dahil uygunsuz davranışlara maruz kaldıklarını bildirmektedirler (Helgeland ve Torgersen, 2004; Pally, 2002). İstismarın kapsamı ve seviyesi kişiler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Birçok hasta, birden fazla kişi tarafından istismarın çeşitli biçimlerini ifade etmişlerdir. Ergenler üzerinde yapılan bir araştırmadan elde edilen boylamsal veriler bu noktada önemli kanıtlar sunmaktadır (Johnson ve ark., 1999). Belgelenmiş çocukluk istismar ve ihmal kanıtı olan kişilerin, genç yetişkinler olarak kişilik bozukluğu semptomları geliştirmeleri için kötü muamele görmemiş olanlara göre dört kat daha fazla eğilim gösterdikleri bulunmuştur. En güçlü bağlantılar Küme B bozuklukları için oluşmaktadır. Fiziksel istismar, daha sonraki antisosyal kişilik bozukluğu ile en yakından ilişkili; borderline kişilik bozukluğu ile cinsel istismar; ve antisosyal, sınırda, narsisistik ve kaçınan kişilik bozukluğu ile çocukluk ihmali şeklinde ilişkiler bulunmuştur. Bu veriler, uyumsuz ebeveynlik ve aile ilişkileri kalıplarının bir kişinin belirli tipte kişilik bozukluğu geliştirme olasılığını artırdığı argümanını desteklemektedir (Johnson ve ark., 1999). Gunderson ve meslektaşları, DSM-4'teki borderline kişilik bozukluklarının mevcut tanımının temelini oluşturacak yapılandırılmış bir görüşme geliştirmiştir.

Yakın zamana kadar, bilişsel davranışçı terapinin temel alınabileceği bu ciddi bozukluğun kavramsallaştırmalarının az geliştiği görülmüştür. Bilişsel yaklaşıma

göre bakıldığında önceki bilişsel ve davranışsal kavramsallaştırmalara ve çocukluk çağı travmaları ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiye istinaden, deneysel kanıtlara dayanan bilişsel bir formülasyon sunulduğunda BDT kişilik bozuklukları için de oldukça işlevsel olarak kullanılabilir. Çocukluktaki kronik travmatik istismar veya ihmalin, tehlikeli ve kötü huylu başkaları, kişinin kendi güçlü ve geliştirilebilir yetenekleri ve bir kişi olarak değeri hakkında yeterli bilgi alınıp işlendiğinde bilişsel çarpıtmalar ve BDT’ te ilişkin demografik bilgiler ışığında tedavi olumlu bir şekilde ilerleme gösterebileceği düşünülmüştür.

Diyalektik davranış terapisi (DDT) olarak adlandırılan, borderline hastalarla psikoterapiye yönelik bir yaklaşım, Masha Linehan (Linehan, Cochran ve Kehrer, 2001) tarafından geliştirilmiş ve değerlendirilmiştir. Bu prosedür, geniş tabanlı davranışsal stratejilerin kullanımını destekleyici psikoterapinin daha genel ilkeleriyle birleştirmektedir. Felsefede diyalektik terimi, karşıt veya çelişkili fikirleri yan yana yerleştiren bir akıl yürütme süreci anlamında kullanılmaktadır. Linehan'ın tedaviye yaklaşımında bu terim, kişinin çelişkili ihtiyaçları olduğu gibi kabul etmesi ve düşünce kalıplarını değiştirmeye çalışması için, kişinin çelişkili ihtiyaçlarını takdir etmesine ve dengelemesine, yardımcı olmak amacıyla terapist tarafından kullanılan stratejileri ve duyguların düzenlenmesindeki problemlerle birleşen davranışları ifade etmektedir (Linehan, Cochran ve Kehrer, 2001).

Öfke, üzüntü ve korku gibi güçlü duygularla daha rahat olmayı öğrenmeye ve hem iyiliği hem de benliğin ve diğer insanların özelliklerini kabul eden daha bütünleşik bir şekilde düşünmeyi öğrenmeye vurgu yapılmaktadır. Beceri eğitimi, maruz bırakma ve problem çözme gibi geleneksel davranışsal ve bilişsel teknikler, hastanın kişilerarası ilişkileri geliştirmesine, sıkıntıyı tolere etmesine ve duygusal tepkileri düzenlemesine yardımcı olmak için de kullanılmaktadır. Son olarak, sıklıkla talepkar, manipülatif ve çelişkili davranışları da dahil olmak üzere, terapistin hastaları kabul etmesine ve danışanın da bu durumla ilgili farkındalık kazanmasına büyük önem verilmektedir. Bu faktör önem arz etmektedir, çünkü borderline tanılı hastaların, diğer insanlar tarafından yapılan en ince eleştiri veya reddedilme belirtilerine aşırı derecede duyarlı olma eğilimi sergilemektedirler. Diyalektik davranış terapisinin (DDT), BKB için tanı kriterlerini karşılayan ve daha önce intihar girişimi veya kasıtlı kendine zarar verme öyküsü olan kadın hastalarla yapılan kontrollü bir çalışmasında (Linehan ve ark., 1994, 1999) hastalar ya DDT ya da

herhangi bir tedavi şekli olan her zamanki tedaviyi almak üzere rastgele seçilmişlerdir. Her iki gruptaki hastaların uyumu, bir yıllık tedavi sonrası ve sonlandırmanın ardından bir yıl boyunca ölçülmüştür. En önemli sonuçlardan biri, bırakma oranıyla ilgili olarak, her zamanki tedavi grubundaki hastaların yaklaşık yüzde 60'ı erken sonlandırılırken, DDT grubundaki oran sadece yüzde 17 olarak analiz edilmiştir. DDT alan hastalar ayrıca intihar girişimlerinin sıklığı ve şiddetinde önemli bir azalma göstermişler, çalışma boyunca psikiyatri hastanelerinde daha az gün geçirmiş ve kendilerini bir sosyal uyum ölçüsünde daha yüksek puanlamışlardır. (Bohus ve ark., 2004; Koons ve ark., 2001; Verheul ve ark., 2003). Bununla birlikte gruplar, depresyon düzeyi ve umutsuzluk gibi diğer önemli ölçütlerde farklılık göstermemiş, BKB tanılı kadın hastaların rastgele olarak ya diyalektik davranış terapisine ya da her zamanki gibi olan tedaviye atandığı daha yakın tarihli çalışmalarda da olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Sonuç ölçütleri, diyalektik davranışçı terapi ile tedavi edilen kadınların, depresyon ve umutsuzluk gibi belirtiler açısından kontrol gruplarındaki kadınlara göre daha fazla iyileşme yaşadıklarını göstermiştir (Bohus ve ark., 2004; Koons ve ark., 2001; Verheul ve ark., 2003). Genel olarak, bu çalışmalar DDT'nin borderline kişilik bozukluğu olan kişiler için umut verici bir tedavi şekli olduğunu göstermektedir. Ancak bu çalışmalarda örneklem sayısının oldukça küçük olduğu belirtilmelidir. DDT en popüler ve hızla yaygınlaşan psikolojik tedavi biçimlerinden biri haline gelmiş ve madde kullanım bozuklukları ve tıknırcasına yeme bozuklukları gibi dürtüsel davranışları içeren diğer sorunların tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (Robins ve Chapman, 2004). BKB'yi tedavi eden bir ilaç olmamasının yanı sıra psikotrop ilaçlar da borderline hastaların tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Psikiyatristler, antipsikotikler ve antidepresanlardan lityum ve antikonvülzanlara kadar sınırdaki hastalarda psikoaktif ilaçların tüm yelpazesini kullanmaktadırlar (Koenigsberg, Ming ve Siever, 2002; Zanarini ve Frankenburg, 2001). Dürtüsel saldırganlık, duygusal dengesizlik ve geçici paranoid düşünce gibi bireysel semptomları tedavi etmek için farklı türde ilaçlar önerilir, ancak belirli bir ilacın sınırdaki özelliklerden herhangi biri için etkili olduğuna dair sistematik bir kanıt kaydedilmemiştir.

#### **1.2.4.3 Fenomenolojik Yaklaşım**

Fenomenoloji kelimesi, hastanın bakış açısından borderline kişilik bozukluğu fenomenolojisi hakkında daha fazla bilgi edinmeyi düşündürmektedir. Kişilik

bozuklukları genel olarak bireyin karakterine nüfuz eden bir yapıya sahiptir ve çocukluk yaşantıları, nörobiyolojik faktörler, yaşam olayları ve bilişsel durum gibi birçok faktör içermektedir.

İngiltere, Güney Londra'daki servislerden sınırda kişilik bozukluğuna sahip dokuz kişiyle yapılan görüşmede katılımcılar yoğun deneyimlerini aileleriyle ilişkilendirerek onları hem koruyucu hem de yorucu bulduklarını ifade etmişlerdir. Sonuçlar, çelişkili davranışları aydınlatarak, klinik yöntemler için içerik sunmakla beraber, özellikle intihar eğilimi ve aile ve arkadaşlarla ilişkiler hakkında bazı yeni bakış açıları kazandırmıştır. Araştırmaya göre çoğunlukla anlamlı bir şekilde aile ve yakın çevreye hem öfkeli olduklarını aynı zamanda ise onlara yoğun sevgi beslediklerini ifade eden katılımcılar, duygu seviyelerini yoğun yaşadıklarını ve bunun bazen başa çıkılması oldukça zor anlar olduğunu vurgulamışlardır.

Borderline kişilik bozukluğuna sahip hastalar genel olarak yaşam olaylarını ve hatta kendilerini çok iyi ya da çok kötü olarak iki uç arasında yorumlarken, yine genel anlamda “onu çok seviyorum ve ondan nefret ediyorum” gibi cümleleri aynı kişiye aynı zaman periyodlarında sıklıkla kullanmakta olduğu görülmüştür. Dışardan manipulatif ve anormal olarak algılanabilecek bu kişilik bozukluğuna sahip hastalar için günlük yaşam olaylarında zorluk seviyesinin yüksek olduğu düşünülmüştür.

#### **1.2.4.4 Biyolojik Yaklaşım**

DSM-4'te tanımlanan sendrom açısından bakıldığında borderline kişilik bozukluğunun etiolojisinde genetik faktörlerin açıkça rol oynadığı görülmektedir (Distel ve ark.,2010). Ayrıca, nevrotiklik ve dürtüsellik gibi bozukluğu tanımlamaya hizmet eden temel kişilik özellikleri de genetik faktörlerden etkilenmektedir (Livesley, 2008).

Nörobiyolojik değerlendirmelere göre, beynin duygu yönetiminden sorumlu kısmı amigdala ve hafıza ve dürtüsellikinden sorumlu kısmı hipokampus kişi sürekli ve ruminatif biçimde bir düşünceye, duygulanıma maruz kalıyorsa hasar aldığı belirtilmiştir. Beyin görüntüleme çalışmalarında borderline tanılı kadın hastaların tanı almamış hastalara göre sol hipokampusunun ve amigdalasının daha küçük olduğu bulunmuştur (Barban, 1986). Hafızanın hasar alması bir öğrenme biçimi olan ve tutarlılık sağlayan geçmiş yaşantılardan öğrenmeyi engelleyen bir faktör olarak sunulmuştur. Bunun sonucunda kişiler yineleyen yıkıcı davranışlar, yineleyen intihar

girişimleri ve duygulanımda tutarsızlık gibi belirtiler sergilemektedir. Ayrıca bir yürütücü işlev olan dikkat konusunda sınırlılıklar görülmüştür (Kroll, 1998). Yapılan bir derleme çalışmasına göre bellek, duygular ve motivasyon öğrenmeyi etkileyip aynı şekilde öğrenmeden etkilenmektedir. Herhangi bir duygu ile eşleşen nesnenin öğrenme süreci ile eşleşmesinin hatırlamayı artırıcı etkisi çalışmalarca sunulmuştur (Çepni ve Keleş, 2006). Duygulanımını yönetemeyen kişilerin yöneten kişilerden yeni bilgiyi hayatında kullanma ve geçmiş deneyimden öğrenme alanında farklılaştığı bulunmuştur. Duygularını yönetemeyen kişilerde bilginin limbik sistem yerine beyinciğe gittiği raporlanmıştır. Bu bireylerin ortaya ürün çıkarmakta zorlandıklarını ve bilgileri birbiri ile bağlantılayamadıkları tespitlenmiştir. Duygulanımı aşırı olanların düşünmesi olumsuz, orta düzey olanlarınsa anlaması olumlu bulunmuştur. Duyguların motivasyonu ve öğrenmeyi etkilediği düşünülmektedir (Koenigsberg ve Siever, 2000).

Yazarlara göre, normal çocuk gelişimi bazen çatışan kalıplarla dolu bir iç dünyayı yapılandıran ilişkisel deneyimlerin entegrasyonunu içermektedir. Bu iç temsiller bütünleştirilebilirse, bölme olmaksızın, ilişki nesnelere hem tatmin edici hem de sinir bozucu olarak algılandığı daha gerçekçi ve uyarlanabilir bir çevre görüşü olarak düzenlenebilmektedir. Bununla birlikte, borderline kişilik bozukluğunun psikopatolojik gelişimi, nesnelere farklı yönlerinin entegrasyon eksikliğini varsaymaktadır. Araştırmacıların farklı değişkenleri hedefleme sebepleri, değişik düzeylerde bulunabilecek bir psikopatoloji seviyesine atıf yapmaktır (Clarkin, 2007).

Literatürde; nesnelere entegrasyon eksikliğiyle ilgili görünen diğer sinir bilim çalışmaları, Brendel tarafından yapılmıştır. Ona göre; önceki çalışmalarda orbitofrontal korteksin alakasız olduğu düşünülen ve çevreden gelen bazı uyarıların ateşlediği işlemsel bellek ve duygusal bellek arasında bir benzerlik olması muhtemeldir (Brendel, 2005). Bu da aktive edilen hatıraların ayırt edilmesinde rol oynamaktadır. Bu bölge hatırayı şimdi ve buradaya uygun olarak yanıtlıştıran bir bölge olarak lokalize edilmektedir (Brendel, 2005). Diğer bir çalışmaya göre olgunlaşmamış ya da psikopatolojik bir bireyin hipokampusu, farklı bellek girdileri arasında zayıf bağlantılar kurmaktadır. Bunları, birleşmeye duyarlı esnek anılar yerine katı, izole ve oldukça spesifik birimler olarak geliştirmektedirler. Borderline kişilik bozukluğu için her iki çalışmanın önerdiği ortak sonuçlar, bir yandan, farklı anılar veya temsiller arasındaki ilişki ve hiyerarşik yapılanma sürecindeki kusurlar ve

diğer taraftan, bir hafıza birimini bilinçli olarak algılamada daha büyük zorluklar ile birleştirilebilmektedir. Diğer bir deyişle, sağlıklı bir kişiye göre borderline tanıli hastanın daha uygun bir yanıt (sözel / motor) verebilmek için hastanın kendi hem iç hem de dış algılarının farkında olması ve ardından bunları bağlama göre tartması daha zor olarak nitelendirilmiştir (Herbert ve Jones, 2006).

### **1.3 Yaygın Kaygı Bozukluğu**

#### **1.3.1 Kaygı Tarihçesi**

Korku ve kaygı esasında insan organizması için yaşamsal ve belirli noktalarda faydalı bir duygu durum olduğu çalışmalarca ifade edilmiştir. Kişinin kendisini savunması, fiziksel olarak hareketlerinin hızlanması ve adrenalin salgılayıp tehditlere karşı kendini savunabilecek bir fiziksel forma dönüşmesi önemli olarak görülmüştür. Kişinin gerçek bir tehdit unsuru esnasında kaç-savaş mekanizmasının harekete geçiyor halde olabilmesi, kişiyi ihtimal dahilinde olan tehlikelerden koruma niteliği olarak sayılabilmektedir. Bu noktada bireyin heyecanında, kalp atış hızı ve basıncında artma, gözbebeklerinde büyüme, ciğerlerde genişleme, sindirimde durma, nefes alış-veriş hızında artma, ağız kuruluğu hatta belki titreme terleme ve kızarma gözlemlenmesi, dolayısıyla emosyonel olarak kaygılı his geldiğinde vücudun kişiyi fiziksel olarak herhangi bir tehlide karşı koruma amacıyla semptomlarını hazırlıyor olması beklenmektedir. Bu noktada bahsi geçen semptomlar duruma bağlı olarak kişi için istenmeyen ve rahatsız edici duygular olarak sınıflandırılmasına rağmen koruyucu faktör özelliği de üstlenebilmektedirler. Ancak bazen tehdidi algılama mekanizması olan amygdalada bozulmalar bozulmalar gözlemlenebilmektedir ve kişi tehdit olmayan durumları tehdit olarak algılama eğilimi sergileyip sözü geçen semptomları istenmeyen durumlarda da yaşayabilmektedir. Bu aşamadan sonra durumun psikopatolojik kaygıya yol açabileceği düşünülmüştür. Peki, kaygı (anksiyete) hakkında ne bilmekteyiz?

DSM-5'te kaygı gelecekteki tehdidin beklentisi olarak tanımlanmaktadır; korkudan, gerçek veya algılanan yakın tehlide duygusal tepkiden ayırt edilmektedir. Ayrıca, DSM-5'teki endişe terimi, kaygılı beklentinin bilişsel yönlerine atıfta bulunmuştur. Kaygı normal bir duygu olup, evrimsel bir bakış açısından, insanları tehlikeli yerlerden uzak durmaya yönelterek hayatta kalmayı teşvik ettiği için yaşamsal nitelik taşıdığı düşünülmektedir. Ancak aşırı düzeyde görülmekte ve psikopatolojik olarak

tanımlanmakta olan kaygı seviyesi artık kişinin işlevselliğini bozmakta olup mental bir rahatsızlık halini almaktadır. 20. yüzyıldan beri kaygı, psikiyatrik sınıflandırmalarda da bir bozukluk olmuştur.

Etimolojik olarak anksiyete kelimesi, Latince bağımsız angor ve buna karşılık gelen ango (daraltmak) fiilinden türemiştir ve darlık fikri ile kaygı arasındaki aynı ilişki İncil İbranicesinde de tasdik edilmiştir. Anksiyeteyi tercüme etmek için Rumen tıbbi makalelerinde kullanılan kelime anxietate, Fransızcadaki anxiété'den yeni alınmış bir kelime gibi görünmektedir.

Esas olarak kaygıyla ilgili olan bozukluk, panik terörü olarak tanımlanan Panofobi'dir, geceleri bir neden yokken yaşanan korku olarak ifade edilmiştir. Panofobi etimolojik olarak, Yunanca pantophobos (her şeyden korkma) sıfatıyla ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, panofobinin diğer alt türleri, modern anksiyete bozukluklarını andırmaktadır. Panophobia phrontis'te endişeli olarak da adlandırılan bazı hastaların, YAB'i andıran özellikler sergilediği kaydedilmiştir. Bu kişilerin sıklıkla son derece endişeli, sosyal olarak kaçınmacı olup, ağrı ve bedensel gerginlikten şikayet etmektedirler.

George Miller Beard ilk olarak 1869'da nevrasteniyi tanımlamıştır ve belirtileri genel halsizlik, nevralkjik ağrılar, histeri, hipokondriyazis, anksiyete ve kronik depresyon semptomları gibi çoğaltılabilecek şekilde ifade etmiştir. 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında kaygı, nevrasteniden nevrozlara kadar çeşitli yeni tanı kategorilerinin önemli bir bileşeni olarak kabu görmüştür. Nevrasteni uzun bir ömre sahip olmuştur ve ICD-10'da bir kategori olarak korunarak günümüze kadar gelmiştir. Pierre Janet ise endişeli hislerin “bilinçaltındaki” sabit fikirler tarafından tetiklenebileceği fikrini geliştirmiştir. Histeri ile birlikte iki ana nevrozdan biri olması gereken şey için “psikosteni” terimini kullanmıştır.

Emil Kraepelin, diğer tanılarla ilişkili bir semptom olarak kaygıya dikkat etmiştir, ancak kaygıya daha az yer vermiştir. Anksiyete, iç gerilimin bir tür anhedoni ile ilişkisi olarak tanımlanmaktadır. Hem bedene hem de zihinsel duruma tamamen nüfuz ettiği ifade edilmiştir. Kraepelin, sosyal durumlarda ortaya çıkanlar da dahil olmak üzere fobiler için ayrı bir nozolojik kategori kabul etmiştir. (Situationsphobien). Kraepelin'in önemli bir katkısı, DSM-5'te ortaya çıkan bipolar bozukluklar için “anksiyeteli sıkıntı” belirleyicisini öngören bir şekilde, manik-

depresif hastalıkta anksiyetenin olası varlığını açıklamasıdır. Kraepelin'in sözleriyle, “Manik-depresif hastalarda ruh hali, dilsiz veya çaresiz umutsuzlukla sonuçlanan işkence edici bir gerilimle veya çeşitli motor belirtiler, uyarılma halleri veya düşüncesizce kendine saldırganlık yoluyla ifade edilen endişeli bir huzursuzluk ile ilişkili olabilirdi” şeklindedir. DSM-5'teki kaygı belirleyicisi için ölçütlerden biri, bireyin kendi üzerindeki kontrolünü kaybedebileceği duygusu olarak ifade edilmiştir ve DSM-5'e göre, yüksek düzeyde kaygının daha yüksek intihar riskleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

DSM-I'de (1952), kaygı, “psikonörotik bozukluklar” ile neredeyse eş anlamlı tutulmuştur. DSM-I, psikonevrotik bozuklukların başlıca özelliği, doğrudan hissedilebilen ve ifade edilebilen ya da çeşitli psikolojik savunma mekanizmalarının psikonevrotik bozukluklardaki “kaygı”, kişiliğin bilinçli kısmı tarafından gönderilen ve algılanan bir tehlike sinyali olarak yorumlanmıştır. Kişiliğin içinden gelen düşmanlık ve küskünlük gibi saldırgan dürtüler dahil olmak üzere bastırılmış duygular gibi bir tehdit tarafından üretildiği varsayılmaktadır. Kaygıya yol açan bastırılmış dürtülerin, çeşitli semptomatik ifadelerle boşaltılabileceği ya da yönlendirilebileceği öngörülmüştür. Belirtilere göre, anksiyetenin yaygın olduğu ve farklı durumlar ya da nesnelere sınırlı olmadığı durumlarda tanı anksiyete reaksiyonu olabileceği düşünülmüştür. Bunlar, dissosiyatif reaksiyon; anksiyeteye neden olan dürtü, organlarda veya vücudun bir bölümünde işlevsel semptomlara “dönüştüğünde” ,dönüşüm reaksiyonu; fobik tepki, hastanın kaygısı günlük yaşamdaki belirli bir fikirden, nesneden veya durumdan koptuğunda ve belirli bir nevrotik korku biçimindeki bazı sembolik fikir veya duruma yer değiştirdiğinde; obsesif-kompulsif tepki, kaygı, istenmeyen fikirlerin kalıcılığı ve eylemleri gerçekleştirmek için tekrarlayan dürtülerle ilişkilendirildiğinde; ve depresif reaksiyon, anksiyetenin depresyon ve kendini beğenmeme ile yatıştırıldığı ve kısmen rahatlatıldığı zaman şeklinde ifade edilebilmektedir.

DSM-III'de (1980), anksiyete bozuklukları bölümü şunları içermekteydi: (i) Panik ataklı veya panik ataksız Agorafobi, Sosyal Fobi ve Basit Fobi olarak alt bölümlere ayrılan fobik bozukluklar; (ii) Panik bozukluk (PD), YAB ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) olarak alt bölümlere ayrılan anksiyete durumları; ve (iii) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB). Ek olarak, çocukluk veya ergenlik kaygı

bozuklukları, Ayrılık kaygısı bozukluğu, çocukluk ya da Ergenlikte kaçınma bozukluğu ve Aşırı kaygı bozukluğu şeklinde sıralanmıştır.

DSM-III-R (1987) anksiyete bozuklukları sınıflandırmasındaki en çarpıcı değişiklik, şayet varsa panik ya da başka herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısını engelleyen DSM-III hiyerarşisinin ortadan kaldırılması şeklinde yorumlanmıştır. DSM-5, ortak nörobiyolojik, genetik ve psikolojik özelliklerin paylaşımına dayalı olarak, DSM-IV'ün anksiyete bozukluklarının bir gruplandırmasını üç spektrumda yani, anksiyete, OKB ve travma ve stres etkeni ile ilgili bozukluklar olarak sunulmuştur. İlk kez, stres, panik, obsesyonlar ve kompulsiyonların altında yatan farklı beyin devreleri hakkında artan bilginin, bir sınıflandırmada rol oynadığı düşünülmüştür. Ayrıca, çocuklarda ya da yetişkinlerde, gelişimsel olarak bağlantılı olabilecek bozukluklar aynı bölümlerde gruplandırılmıştır. Bu nedenle, obsesif-kompulsif bozukluklar anksiyete bozukluklarından ayrılmış ve beden dismorfik bozukluğu, istifleme bozukluğu, trikotillomani ve ekskoriyasyon gibi ruminatif düşünce veya davranışlarla karakterize edilen diğer bozukluklarla gruplanmıştır. Son olarak, daha önce bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde teşhis edilen bozukluklar arasında yer alan seçici konuşmazlık (mutizm) ve ayrılma anksiyetesi bozuklukları, artık diğer anksiyete bozuklukları ile birlikte sınıflandırılmaktadır. Karışık anksiyete-depresif bozukluk, DSM-5'te bir kategori olarak tutulmamış, çünkü diğer nedenlerin yanı sıra, bu tanı takipte çok stabil olarak değerlendirilmemiştir.

### **1.3.2 Yaygın Kaygı Bozukluğu Tanı Kriterleri**

Birlikte ele alındığında, fobiler, obsesyonlar, kompulsiyonlar ve aşırı endişe gibi anksiyete bozukluklarının çeşitli biçimlerinin, en yaygın anormal davranış türünü temsil ettiği literatürce sunulmuştur.

Ulusal Komorbidite Anketi Tekrarı (NCS-R) analizine göre, ABD popülasyonundaki yetişkinlerin yüzde 18'inin herhangi bir yılda en az bir tür anksiyete bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur (Kessler ve ark., 2009). Bu rakam duygudurum bozuklukları %10 ve madde kullanım bozuklukları % 4 için gözlenen bir yıllık yaygınlık oranlarından daha yüksek bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarının, önemli sosyal ve mesleki bozulmalara ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu ifade edilmiştir (Tolin ve ark. 2010). Anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ile bazı önemli benzerlikleri paylaştığı gözlemlenmektedir. Her iki kategori de olumsuz

duygusal tepkiler açısından tanımlanmaktadır. Suçluluk, endişe ve öfke gibi duygular sıklıkla kaygı ve depresyona eşlik etme ihtimali taşımaktadır. “Endişeli birçok hasta aynı zamanda depresyondadır ve benzer şekilde depresyonda olan birçok hasta da endişelidir.” şeklinde ifade edilmiştir (Kessler ve ark., 2008; Shankman ve Klein, 2003). Bu sorunların kişinin hayatında ortaya çıkma sırası değişkenlik gösterebilmektedir.

Anksiyete belirtileri ile depresyon belirtileri arasındaki yakın ilişki, bu bozuklukların ortak nedensel özellikleri paylaşabileceğini düşündürmektedir. Stresli yaşam olaylarının hem depresyonun hem de kaygının ortaya çıkmasında rol oynadığı görülmektedir. Her iki problem türünde de bilişsel faktörler önem arz eder. Biyolojik bir bakış açısıyla, anksiyete bozukluklarının yanı sıra duygudurum bozukluklarının etiolojisinde belirli beyin bölgeleri ve bir dizi nörotizm mitleri rol oynamaktadır (Ressler ve Mayberg, 2007). Panik, endişe, kaçınma ve çeşitli endişe verici fiziksel duyular dahil olmak üzere anksiyete bozukluklarının farklı özellikleri arasındaki örtüşmeyi fark etmenin önemli olduğu düşünülmüştür. Anksiyete bozukluğu olan kişiler, korku ya da kaygı uyandıran düşünce veya durumlarla ilgili bir meşguliyeti ya da sürekli bunlardan kaçınmayı paylaştığı gözlemlenmiştir. Anksiyete bozuklukları sıklıkla bir kişinin yaşamının çeşitli yönleri üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilmektedir. Korku, gerçek, ani tehlike karşısında ortaya çıkıp, genellikle hızla yoğunlaşma ve kişinin çevreden gelen tehditlere (kaçma veya karşı koyma) karşı davranışsal tepkilerini düzenlemeye yardımcı olması ile karakterize edilmiştir. Anksiyete ise, kişinin mevcut koşullarına yönelik olmaktan çok, gelecekteki problemlerin beklentisiyle ilişkili bulunmuştur.

Anksiyete düşük seviyelerde ise birey için adaptif olabilir, çünkü kişinin yaklaşan bir olay için hazırlanması gerektiğinin bir işareti olarak hizmet ettiği ifade edilmektedir. Kişinin önemli yaşam olaylarıyla ilgili hissettiği kaygılı duygusal tepkinin, çalışma çabalarının başlatılmasına ve sürdürülmesine yardımcı olabileceği düşünülmüştür. Buna karşılık, yüksek düzeyde kaygı, konsantrasyonu ve performansı bozabilmektedir. Yaygın olarak endişeli bir ruh hali genellikle karamsar düşünce ve duygularla ilişkili görülmüştür. Kontrolü kaybetme ve felaketleştirme durumlarıyla karşılaşılana kişinin dikkati içe dönme, olumsuz duygulara ve öz değerlendirmeye odaklanma eğilimi gösterebilmektedir. Birlikte ele alındığında, bu faktörler (1) yüksek düzeyde yaygın olumsuz duygu, (2) kontrol edilemezlik duygusu ve (3)

dikkatte birincil bir kendi kendine odaklanmaya kaymadan oluşan endişeli hissi tanımlamak için kullanılabilir. (Barlow, 2004). Endişe, kaygı ile ilişkili bilişsel bir aktivite olarak tanımlanmıştır. Endişe, gelecekteki olası tehditler veya tehlikelerle ilgili, nispeten kontrol edilemez bir olumsuz duygusal düşünceler dizisi olarak tanımlanabilir. Bu endişe verici düşünceler dizisi, genellikle kişinin günlük yaşamında belirli bir deneyim veya devam eden zorluklar tarafından kendiliğinden başlatılıp veya tetiklenebilir. Aşırı endişeli kişilerden düşüncelerini açıklamaları istendiğinde, imgelerden ziyade sözel, dilsel materyalin baskınlığını vurgulamaktadırlar (Borkovec, Alcaine ve Behar, 2004). Diğer bir deyişle, endişeli bireyler, rahatsız edici görsel imgelerden ziyade "kendi kendine konuşma" ile meşgul olmaktadır.

Çoğu birey en azından biraz endişe duyduğundan, psikopatolojik ve normal endişe arasında ayırım yapmanın mümkün olup olmadığı merak konusu olmaktadır. Cevap evet olmakla birlikte, iki tür deneyimin birbirinden net bir şekilde ayrılmayacağı düşünülmektedir. Ayırım, niceliğe (kişinin ne sıklıkla endişelendiğine) ve kişinin kaç farklı konuda endişelendiğine bağlı olarak ifade edilmektedir. Aynı zamanda endişe verici düşüncenin şiddet ve türüne de bağlı olabilmektedir. Aşırı endişeli kişilerin düşünce içeriklerinin genellikle olumsuz olması, düşünceleri üzerinde içerik ve yön bakımından daha az kontrole sahip olma eğilimi ve yine aynı kişilerin diğer insanlara kıyasla daha az gerçekçi olma ihtimali daha fazladır (Zebb ve Beck, 1998). Kontrol edilemez kaygı hissi birer psikopatolojiye dönüştüğünde farklı versiyonları DSM 5'te de gözlemlendiği şekildedir. DSM 5'de olan kaygı bozuklukları: Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu (ve Panik atağı belirleyicileri), Agorafobi, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu ve Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ilişkili bozukluklar grubuna dahil olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk şeklinde olmak üzere, özellikle odaklanacağımız başlıklar: Panik Bozukluğu (ve Panik atağı belirleyicileri), , Özgül Fobi, Agorafobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve temel konumuz olan Yaygın Kaygı Bozukluğudur.

Panik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılaması için, kişinin tekrarlayan, beklenmedik panik atakları yaşaması beklenmektedir. Panik atak, ani, ezici bir terör

veya korku deneyimi şeklinde ifade edilmektedir. Kaygı, birkaç olumsuz duygunun bir karışımını içerirken, panik daha odaklı olarak yorumlanmaktadır. Bazı klinisyenlerce panik uygun olmayan bir zamanda tetiklenen normal bir korku tepkisi olarak yorumlanmıştır (Barlow, Brown ve Craske, 1994). Bu açıdan bakıldığında panik, bir "yanlış alarm" olarak değerlendirilebilmektedir. Tanımlayıcı olarak, panik hissinin kaygıdan daha yoğun olması ve ani bir başlangıç içermesi olarak iki yönde ayrıştırılabileceği ifade edilmiştir. Panik ataklar, büyük ölçüde, kalp çarpıntısı, terleme ve titremeden, mide bulantısı, baş dönmesi ve titreklığe kadar uzanan somatik veya fiziksel duyuların bir listesi olarak tanımlanmaktadır. Fobiler, belirli bir nesne veya durumla ilişkili kalıcı, irrasyonel bir biçimde tanımlanmış korkular ile karakterize edilmiştir. Kaçınma, fobilerin tanımının önemli bir bileşeni olup kişi, korkunun kaynağıyla temastan kaçınmadıkça veya uyarının varlığında yoğun bir endişe yaşamadıkça, korkunun fobik olarak kabul edilmeyeceği çalışmalarca ifade edilmiştir. Fobiler mantıksız, irrasyonel ya da nedensiz görünebilmektedir. Farklı türde özel fobiler geleneksel olarak bu nesnelere için Yunanca kelimelere göre adlandırılmıştır. Tipik spesifik fobilerin örnekleri arasında yükseklik korkusu (akrofobi), kapalı alan korkusu (klostrofobi), küçük hayvanlardan korkma (zoofobi), kan korkusu (hemofobi), uçakta uçuş korkusu (aerofobi) ve içindeyken kaçmanın zor olabileceği yerlerden korkma (agoraphobia) yerlerini alır. DSM-IV-TR'de özgül fobi, "belirli bir nesne ya da durumun varlığı ya da beklentisiyle ortaya çıkan, aşırı ya da mantıksız, belirgin ve sürekli bir korku" olarak tanımlanmaktadır. Sık görülen özel fobi türleri arasında yükseklik korkusu, küçük hayvanlar (örümcek, böcek, fare, yılan veya yarası gibi) ve kapalı bir yerde (çok küçük bir oda gibi) bulunma yer almaktadır. Sosyal Fobi ise, sosyal durumlardan korkar (ve kaçınır). Bu psikopatolojiye sahip kişiler iki geniş yelpazede yetersizlik gösterme eğilimindedirler, bunlar: tanıdık olmayan insanların önünde bir şeyler yapmak (performans kaygısı) ve kişilerarası etkileşimlerdir.

Agorafobi ise fobik bozukluğun en az sınırlanan şekli olmak üzere, kelimenin tam anlamıyla "pazar yeri (veya toplanma yerleri) korkusu" anlamına gelen ve genellikle boşluk korkusu olarak ifade edilen korku olarak tanımlanmaktadır.

Obsesyonlar, düşünce, görüntü veya dürtü şeklini alabilen, tekrarlayıcı, istenmeyen, araya giren bilişsel olaylar olarak ifade edilmiştir. Aniden bilince girme ve kişinin kaygı seviyesinde bir artışa yol açma ile karakterize edilmiştir. Takıntılı düşünme,

endişeden iki temel yolla ayırt edilebilir: 1. Obsesyonlar genellikle kişi tarafından anlamsız olarak deneyimlenirken, endişeler genellikle günlük yaşamdaki problemler tarafından tetiklenmektedir. 2. Takıntının içeriği çoğunlukla toplumsal olarak kabul edilemez veya korkunç olarak algılanan seks, şiddet ve hastalık/bulaşma gibi temaları içerirken, endişelerin içeriği para ve iş gibi daha kabul edilebilir sıradan kaygılar etrafında toplanma eğilimindedir (Silva & Rachman, 2004).

Kompulsiyonlar, kaygıyı azaltmak için kullanılan tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanmaktadır. Çoğu normal insan, şu ya da bu biçimde takıntılara benzer zihinsel deneyimlere sahip olabilmektedir. Normal deneklerin yüzde 80 ila 90'ı, obsesif-kompulsif bozukluk tedavisi gören hastaların deneyimlerine bir çok yönden benzeyen, araya giren, kabul edilemez düşüncelere veya dürtülere sahip olduğunu bildirmektedir (Rachman ve Silva, 1978; Salkovskis ve Harrison, 1984).

Ana konumuz olan yaygın anksiyete bozukluğunda ise, aşırı kaygı ve endişe, yaygın kaygı bozukluğunun (YAB) birincil belirtileri olarak ifade edilmiştir. Kişinin bu endişeleri kontrol etmekte güçlük çekmek ve bu endişeler önemli ölçüde sıkıntıya, mesleki veya sosyal işlevsellikte bozulmalar yaşamak gibi semptomlar sergilemesi beklenmektedir. Endişenin, bir süre boyunca ve farklı olaylar ve bir dizi gerçek sorunlar hakkında olması gerektiği öngörülmüştür. Bu belirtilerle kendini göstermekte olup, hastalar tarafından en çok kullanılan kelimeler kalıbı “ya şöyle ya da böyle olursa, olur ya, eğer” (what if) şeklinde olduğu kaydedilmiştir.

Korku spesifik ve net bir obje ya da duruma karşı verilen hızlı ve otomatik bir tepki olup ve potansiyel tehdit durumunu algılamayı sağladığı düşünülmektedir. Korkuya göre daha uzun süren kaygı sürecinin bedensel, davranışsal ve bilişsel etkileri kaydedilmiştir. Fiziksel semptomlar: kalp ritmi(çarpıntı), nefes darlığı, göğüs ağrısı, boğulma hissi, sersemlik, mide prob. , titreme, ağız kuruluğu vb.; bilişsel semptomlar: kontrolü kaybetme, ölüm korkusu, aklını kaybetme korkusu, yargılanma korkusu, korkutucu düşünceler, gerçek dışı algılar ya da kayıtsızlık, güçsüz bellek, muhakeme zorluğu vb.; davranışsal semptomlar: tehdit veya işaret durumlarında kaçınma, kaçış, huzursuzluk ,gerginlik vb; duygusal semptomlar: sinirli, gergin, ürkmüş, alıngan, sabırsız şeklinde sıralanabilmektedir ve multidisipliner olarak yorumlanabilmektedir. DSM' e göre: Yaygın Kaygı Bozukluğu

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.

4. Kolay kızma.

5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirilme, takıntı zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

### 1.3.3 Yaygın Kaygı Bozukluğu Etiyolojisi

Yaygın Anksiyete bozukluğu (YAB), insanların sağlığı üzerinde önemli sonuçları olan sık görölen bir psikiyatrik rahatsızlık olarak kaydedilmiştir. YAB ile ilgili yayının bir incelemesi, araştırmaların çoğunluğunun tanımlayıcı konular üzerine yapıldığını, etiyolojik faktörlerin daha düşük yaygınlık oranları aldığını belirtmiştir. İlk olarak, birçok çalışma, çevresel faktörlerin YAB'nin gelişiminde ve sürdürülmesinde rol oynadığını öne sürmektedir. Ayrıca, araştırmalarda kullanılan deneysel tasarımların doğası, varılacak sonuçları sınırlandırmaktadır. Belgelenen ilk çevresel faktör olumsuz yaşam olayları olara ifade edilmiştir. Araştırmacılar, önemli olan ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan bir veya daha fazla olumsuz yaşam olayının ortaya çıkmasının, kronik stres olarak kabul edilen bir YAB geliştirme riskindeki artışla (örn. ailevi sorunlar, çatışmalar, istismarlar) ilişkili olduğunu kaydetmiş, tetikleyici durumlar da YAB'nin etiyolojik faktörü olarak öne sürölmüştür. Belirlenen diğer çevresel faktörler arasında çocuklukta ayrılma, çocuklukta rol değiştirme, sosyal etkileşim eksikliği, düşük yaşam doyumu ve anksiyete bozukluğu olan bir akrabanın modellenmesi sayılabilmektedir. YAB'nin etiyolojisini kesinleştirmek için son yirmi yılda bilişsel ve davranışsal yaklaşım yaygın olarak kullanılmaktadır. Bazı araştırmalar endişenin olumsuz düşüncelerle ilişkili görüntüleri bastırmak için olan işlevine dikkat çekerken (örneğin, YAB hastaları) öte yandan diğer yazarlar, dikkat eksikliğinin tetikleyici bir faktör olduğunu öne sürmüşlerdir. Son olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe hakkında yanlış inançlar, olumsuz problem yönetimi ve bilişsel kaçınma gibi bazı bilişsel değişkenlerin YAB'ın gelişmesinde ve sürdürülmesinde belirleyici bir rol oynadığı öne sürölmüştür. Literatürde mevcut ampirik bulguları sürdürmek için YAB'a dahil olan bilişsel, davranışsal ve çevresel faktörleri bir araya getiren bir etiyolojik model önerilmiştir. Bu model, YAB'ın olumsuz bir olaydan kaynaklanan bir gerilim tarafından harekete geçirilen psikolojik bir kırılmalığın sonucu olduğunu ileri sürmektedir. Ek olarak genetik yatkınlık da yadsınamayacak kadar etkili ve önemli olarak ifade edilmiştir.

### 1.3.4 Kaygı (Anksiyete) ile İlgili Kuramlar, Görüşler ve Çeşitleri

#### 1.3.4.1 Psikanalitik Yaklaşım

Kaygı ve anormal korkuların önemi 19. yüzyılın ikinci yarısında yavaşça Avrupa'da ortaya çıkmaya başlamıştır. Anksiyete sorunları olan kişiler on dokuzuncu yüzyılda nadiren psikiyatristlerin dikkatini çekmiştir çünkü çok fazla sayıda olmayan anksiyete bozukluğu vakası kurumsallaşmayı gerektirmemiştir. Hastalar 'Psikotik ya da gerçeklikten o kadar kopuk insanlardı ki artık daha büyük toplulukta yaşayamayacaklardı' şeklinde tanımlanmışlardır (Jablensky, 1985). Sigmund Freud ve takipçileri, psikopatolojik kaygı durumlarının ilk kapsamlı klinik tanımlarından sorumlu olmuştur. Öncelikle hastaneye kaldırılmamış hastalarla çalışan Freud, kaygıyla ilgili çeşitli sorunları tedavi etme ve inceleme fırsatı bulmuştur. Fobi, yaygın kaygı bozukluğu ve obsesif kompulsif davranış vakalarını tanımlamıştır.

20. yüzyılın ilk yarısında, psikiyatristler kaygı bozuklukları konusunda genelleştirilmiş bir konum benimseme eğiliminde olmuşlardır (Jablensky, 1985). Diğer bir deyişle, çeşitli anksiyete bozukluklarını bir araya getirmişlerdir. DSM-IV, TR sistemi onları birçok ayrı bozukluğa yani alt gruplara bölmektedir. Anksiyete bozukluklarını daha küçük, farklı alt kategorilere ayıran bu yaklaşım, son 40 yıldır oldukça popülerleşmiştir.

Daha yakın zamanlarda, özellikle anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları ile ilgili olarak, alan daha bütünleşik ve birleşik bir bakış açısı benimsemeye başlamıştır (Brown ve Barlow, 2009; Kencler ve ark., 2011; Krueger ve Markon, 2006). Bu tartışmanın çoğu, geniş boyutlar veya spektrumlar kullanarak belirli psikopatoloji biçimlerini organize eden geniş bir kavramsal şemanın kullanımına odaklanmaktadır, bunlar: İçselleştirme ve dışsallaştırma bozuklukları şeklinde sıralanmıştır. Anksiyete ve duygudurum bozuklukları birinci alana dahil edilmemektedir çünkü her ikisinin de yüksek düzeyde olumsuz duygu ve iç sıkıntı içeren semptomlarla karakterize edildiği gözlemlenmiştir. Dışsallaştırma bozuklukları (antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları gibi) daha çok sorunlu davranışları engelleyememe belirtileriyle ilgilidir bulunmuştur. Bu organizasyon şemasının resmi psikiyatrik sınıflandırma sisteminin gelecekteki versiyonlarında önemli bir rol oynayacağı yordlanmaktadır (Andrews ve ark., 2009). Ek olarak anksiyetenin birçok komorbid psikopatolojisi olup ve en yaygın olanı

depresyon olarak bulunmuştur. “Endişeli birçok hasta aynı zamanda depresyondadır ve benzer şekilde depresyonda olan birçok hasta da endişelidir.” (Kessler ve ark., 2008; Shankman ve Klein, 2003).

#### **1.3.4.2 Bilişsel Yaklaşım**

Bilişsel olaylar, tecrübe ve reaksiyon arasında önemli bir rol oynamaktadır. Algılar, hafıza ve dikkatin tümü, kişilerin çevredeki olaylara tepki verme şekillerini etkilediği görülmektedir. Bu bilişsel faktörlerin, çeşitli anksiyete bozukluğu türlerinin gelişiminde ve sürdürülmesinde çok önemli bir rol oynadığı artık çoğunlukla kabul edilmektedir. Burada temel olarak odaklanması gereken 4 alanın üzerinden geçmek gerekirse bunlar: kontrol edilebilirlik ve öngörülebilirlik algısı, felaketleştirme ve yanlış yorumlama, algıda seçicilik ve dikkat odağındaki kaymalar ve rahatsızlık veren düşünceleri bastırma, şeklindedir.

Kontrol edilebilirlik ve öngörülebilirlik algısına göre, kaygı ile kontrol algısı arasında önemli bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Olayları kontrol edebileceklerine inanan bireylerin, çaresiz olduklarına inanan bireylere göre kaygı belirtileri gösterme olasılıklarının daha düşük olduğu gözlemlenmektedir. Geniş bir örneklem grubuna göre, çevrelerindeki olayları daha çok kontrol edebileceklerini düşünen kişilerin, çeşitli özel kaygı bozuklukları geliştirme olasılığının daha az olduğu sonucu desteklenmektedir (Mineka ve Zinbarg, 1998). Laboratuvar araştırmaları, panik bozukluğu olan hastalarda kontrol eksikliği duygularının panik atakların başlamasına katkıda bulunduğunu göstermektedir. Kontrol edilemezlik algısı, sosyal fobisi olan kişilerde sıklıkla görülen boyun eğici ve itaat edici davranışla ve yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerin kronik endişeleriyle de bağlantılı bulunmuştur. Bu bulgulara zıt olarak narsistik motivasyonları ve çevreyi kontrol etme arzusu fazla olan kişilerin kaygı bozukluğu geliştirmeye dair hassasiyet sahibi olmaları da klinik gözlemlerden çıkarılabilecek ekstra farklı bir sonuç olarak ifade edilmiştir.

Felaketleştirilmiş yanlış yorumlama ise, panik bozukluğu, bedensel duyumların veya algılanan tehdidin abartılmış şekilde yanlış yorumlanmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Clark, 1986; Clark, 1999). Panik ataklar dış uyarınlara tetiklenebilse de, genellikle bedensel duyumlar, düşünceler veya görüntüler gibi içsel uyarınlardan sıklıkla etkilenebileceği çalışmalarca ifade edilmiştir. Bu uyarınlardan çeşitli fizyolojik duyumlara yol açan kaygılı bir ruh hali başlatıp,

çoğunlukla da olumsuz duygusal his olumsuz tepkilerle (kalp atış hızı, solunum hızı, baş dönmesi vb. değişiklikler) eşlik etme eğilimindedir. Endişeli duygulanıma, kişinin dikkat odağının daralması ve bedensel duyumlara karşı farkındalığının artması gibi çeşitli semptomlar da eklenebilmektedir. Akabinde kişi bedensel duyumlarını yanlış yorumlayıp felaketleştirme eğilimi gösterebilmektedir. Bu kısır döngüyle birlikte kişinin yanlış yorumlama süreci, tehdit duygusunu güçlenmesine ve sürecin kontrolden çıkmasına sebep olabilmektedir. Bu nedenle, bir panik atağın meydana gelmesi için hem bilişsel yanlış yorumlama hem de tehdit algısı ile ilişkili biyolojik tepkilerin gereklili çalışmaları vurgulanmıştır. Kişinin otomatik, olumsuz düşünceleri, aslında kaygıyı artırmasına rağmen, güvenliğini artırması beklenen davranışlarda bulunmasına da neden olabilmektedir. Örnek vermek gerekirse, bazı insanlar endişelendiklerinde, derin nefes almaları veya kalp atış hızlarını izlemeleri gerektiğine inanmaktadır ancak iddia edilen güvenlik davranışları kişinin korku tepkisini daha da artırabilmektedir. Pek çok araştırma, beden duyumlarına ilişkin öznel deneyimin, panik bozukluğu olan hastalarda kaygının şiddetini fazlalaştırması ile ilişkili bulunmuştur (McNally, 1994). Bu bağlantı tek başına felaket düşünceleri ile panik atakların başlangıcı arasında nedensel bir bağlantı için güçlü bir kanıt sağlamaz çünkü felaket düşünceleri (kontrolü kaybetme korkusu ve ölme korkusu gibi) aslında panik atak tanımının bir parçası olarak kaydedilmiştir. Felaket düşünceleri ölçümü ile panik atağın kendisini ayırmanın bir yönteminin olmadığı durumda teoriyi test etmek zor olarak yorumlanmıştır (Roth, Wilhelm ve Pettit, 2005). Felaketle ilgili yanlış yorumların, tüm panik atak deneyimlerini açıklayamadığı kaydedilmiştir. Örneğin panik bozukluğu olan hastalar bazen uykularında panik atak geçirebilmektedirler (Craske ve Rowe, 1997; Klein ve Klein, 1989). Paniğin gelişme sürecinin, olasılıkla bilinçli bilişsel süreçleri içeren fiziksel duyumların yanlış yorumlanmasına alternatif açıklama olarak, klasik koşullanmayı içerdiği düşünülmektedir. İlk panik atak deneyimi, ilk atakla ilişkili ipuçlarına yönelik koşullu kaygıya yol açabilmektedir. Bunlar ya içsel bedensel duyumlar ya da dış uyaranlar olabilmektedir (Bouton, Mineka ve Barlow, 2001).

Algıda seçicilik ve dikkat odağındaki kaymalar için çalışmalar, aşırı endişe ve paniğe yatkın insanların, gelecek tehditlerin varlığına işaret eden ipuçlarına karşı aşırı derecede hassas olduklarına işaret etmektedir (MacLeod ve ark., 2002; Teachman, Smith-Janik ve Saporito, 2007). Özellikle kişiler stres altında olduklarında, kısa

sürekli ya da küçük denilebilecek tehlike belirtilerine dahi ihtiyatla yaklaşabilmekte olup, kişilerde tehlike ipuçlarının tanınması, uyumsuz, kendi kendine devinim gösteren bir bilişsel süreç evresini tetikleme eğilimi gözlemlenebilmektedir. Bu süreçte zihne kaydedilen tehdit uyandırıcı verilerin, kolayca yeniden etkinleştirilebilen şemalar biçiminde bellekte kodlandığı ifade edilmektedir. Tehdit edici ipuçlarına dikkat çekildiğinde, adaptif problem çözme davranışlarının performansında bozulma ve endişeli bakış açısı, kişinin beklenen olayları prova etmesi ve bunlardan kaçınmanın yollarını arama gibi tekrarlayan bir diziye başlandığı ve olumsuz duygulanımda yoğun artışa sebep olduğu gözlemlenmiştir (McLaughlin, Borovec ve Sibrava, 2007).

Dikkat mekanizmalarının da sosyal fobilerin etiyolojisinde ve sürdürülmesinde rol oynadığı görülmektedir. Belirli bir görevi yalnızken yerine getirebilen kişilerin, seyirci önünde gerçekleştiremediği raporlanmıştır. Becerideki bu bozulma, endişeyle ilgili bilişsel süreçlere benzeyen kaygılı ruh halinden kaynaklanabilmektedir (Barlow, 2004). Bir anlamda kişinin korkulu beklentileri kendini gerçekleştiren bir kehanete dönüşüm gösterebilmektedir (Heerey ve Kring, 2007).

Rahatsızlık veren düşünceleri bastırmada, endişenin bilişsel modeli, dikkat süreçlerinin rolünün önemine vurgu yapmaktadır. Endişe, verimsiz ve çoğunlukla kendini yenilgiye uğratma eğilimindedir çünkü problemin dışsal yönlerinden ve aktif başa çıkma mekanizmalarından ziyade öz değerlendirmeyle (başarısızlık ve performans korkusu) ve olumsuz duygusal tepkilere odaklanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kişiler bu süreçlerin bilinçli olarak farkında olup aynı zamanda onları engellemede problem yaşayabilmektedirler. Düşünceleri kontrol etme mücadelesi genellikle düşünce bastırma olarak bilinen bir sürece yol açabilmektedir. Son çalışmalar, kişinin zihnini rahatsız edici veya istenmeyen bir düşünceyi zihinden uzaklaştırma çabasının, düşünceyi daha saldırgan hale getirmek gibi bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir (Wegner, 1994). Düşünce bastırmanın, bu düşüncelerle ilişkili güçlü duyguları azaltmak yerine artırabileceği düşünülmüştür. Obsesif kompulsif bozukluk, kişinin tehlikeli veya yasak olarak görmeyi öğrendiği, istenmeyen veya tehdit edici düşünceleri bastırma girişimlerinin uyumsuz sonuçları şeklinde yorumlanabilmektedir (Abramowitz, Tolin ve Street, 2001; Purdon, 2004). Takıntılı ve istenmeyen girici düşüncelerin genel popülasyonda yaygın bir deneyim olarak kaydedilmiştir. Bununla birlikte, OKB tedavisi gören kişilerin, obsesyonları

daha yoğun ve sıklıkla daha güçlü bir şekilde direnç göstermekle birlikte ortadan kaldırılması daha güç bir hale gelebilme eğilimi göstermektedir. Bu direncin, duygusal duyarlılık ile takıntılı düşüncelerin gelişimi arasındaki ilişkide anahtar bir bileşen olabileceği düşünülmüştür. OKB tanısı almış kişiler, abartılı tepkiselliklerinin farkında olup bundan rahatsızlık duyduklarını ifade etmektedirler. Tepkilerini kontrol etme çabasıyla, duyguya direnmeye veya bastırmaya çalışma eğilimi gözlemlenmiştir (Campbell-Sills ve ark., 2006). Bireyin güçlü duyguyu bastırma girişiminin bir sonucu olarak, bir kısır döngü ile sonuçlanan bir geri tepme etkisi meydana gelebileceği düşünülmektedir.

#### **1.3.4.3 Fenomenolojik Yaklaşım**

Yaygın anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi, günlük yaşamın birçok durumu hakkında endişeli hissin 18. yüzyılın sonlarından, modern psikiyatrinin başlangıcına ve hatta günümüze kadar birçok yazar tarafından tanımlanmıştır. Anksiyete bozukluklarından muzdarip çoğu insan başarıyla tedavi edilebilmektedir. Başta davranış terapisi, bilişsel terapi ve ilaç tedavisi olmak üzere çeşitli müdahale biçimleri faydalı olarak bulunmuştur. Buna ek olarak maruz bırakma ile sistematik duyarsızlaştırma, nefes ve rahatlama egzersizleri tedavi planları arasında en çok kullanılanlardır.

Bazı epidemiyolojik çalışmalar, yalnızca tedavi edilen bozukluk vakalarına odaklanır, ancak bu strateji, bozukluğun genel nüfus içindeki dağılımına ilişkin çarpık bir görüş sağlayabilmektedir. Birçok faktör, bir kişinin tedavi aramaya karar vermesini etkileyebilmektedir. Bazı vakalar diğerlerinden daha az şiddetlidir ve bir ruh sağlığı uzmanına danışmadan kendilerini tedavi edebildikleri gözlemlenmektedir. Bazı insanlar tıbbi tesislere şüpheyle yaklaşırken, diğerleri başkaları tarafından damgalanma endişesi duyabilmektedir. Patalojinin kendi semptomolojisi buna müsaade etmeyebilir, örneğin agorafobisi olan biri herhangi bir nedenle evini terk etmeye karşı son derece isteksiz olması muhtemeldir. Bu konu, anksiyete bozukluğunun epidemiyolojik araştırmalarında özel bir sorun olarak ifade edilmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerin sadece % 25'inin psikolojik tedavi aradığı kaydedilmiştir. Bu nedenle, bu sorunların sıklığı ve ciddiyetine ilişkin tahminler toplum anketlerine dayandığı için her zaman doğru kanıt niteliği taşımayabilmektedir. Yaygınlık olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde 18 yaş ve

üzeri yaklaşık 9.000 kişiyi kapsayan Ulusal Komorbidite Araştırması tekrarı, anksiyete bozukluğunun diğer herhangi bir zihinsel bozukluk türünden daha yaygın olduğunu bulmuştur (Kessler ve ark., 2005).

Özgül fobiler anksiyete bozuklukları arasında en çok görülen rahatsızlık olmakla birlikte, toplumun %9'unda (kadın-erkek birlikte olmak üzere), sosyal fobi yüzde 7, panik bozukluk ve YAB yüzde 3 ve OKB yüzde 1 görülmektedir. Bir çalışma, herhangi bir anksiyete bozukluğu ölçütünü karşılayan kişilerin %50'sinin, en az bir başka anksiyete bozukluğu ya da duygudurum bozukluğu ölçütünü de karşıladığını bulmuştur (Brown ve Barlow,1992). Hem kaygı hem de depresyon duygusal sıkıntıya dayanmakta olup, kaygı bozukluğu ve duygudurum bozuklukları arasında önemli ölçüde örtüşme olduğu düşünülmüştür (Kessler ve ark., 2008; Reiger ve ark., 1998).

ECA ve NCS çalışmalarında bulunan yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) farklı ülkelerde, yaşam boyu yaygınlık oranları bulunmuştur: Batı Almanya'da %4,0, Floransa'da %5,4, Paris'te %10,0 ve Tayvan'ın farklı bölgelerinde %3,7 ila %10,5. Avrupa'nın farklı ülkelerinde herhangi bir hastalık için pratisyen hekime başvuran hastaların %8,5'inin YAB hastası olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, özel bir depresyon ve anksiyete epidemiyolojisi anksiyete bozuklukları polikliniğindeki panik bozukluğu hastalarına kıyasla YAB'li hastaların daha az olduğu raporlanmıştır. Epidemiyolojik çalışmalardaki bu tutarsızlık için olası açıklamalar, yüksek komorbiditesi nedeniyle bazı durumlarda YAB ile kaygılı depresyon arasındaki ayrımın çok zor olması yönünde yorumlanmıştır. YAB'nin depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları dahil olmak üzere geniş bir yelpazedeki diğer ruhsal bozukluklarla %90,4 komorbiditesi bulunmaktadır. Çoğu durumda, YAB 25 yaşından sonra başlamakta olup, kadınlarda 35 yaşından sonra görülme sıklığında önemli bir artış gözlenirken, erkeklerde 45 yaşından sonra artış meydana geldiği ifade edilmiştir. Mevcut çalışmalara göre genellikle kronik bir seyir izlediği öngörülmüştür.

#### **1.3.4.4 Biyolojik Yaklaşım**

Biyolojik olayların anksiyete bozukluklarının gelişmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığı literatürce ifade edilmiştir. Anksiyete bozukluklarının geçerliliği hakkında en yararlı bilgilerden bazıları, genetik faktörlerin etkisini

belirlemeye yönelik çalışmalardan gelmektedir. Kaygı ve depresyon arasındaki ilişkiye çalışmalarca özellikle odaklanılmıştır. Virginia Yetişkin İviz alışması olarak bilinen etkili bir çalışma, büyük bir ikiz örneğinde anksiyete bozukluklarını ve diğer birçok psikopatoloji biçimini incelemiştir (Kendler & Prescott, 2006). Bu çalışmaya katılanlar psikiyatri hastalarından seçilmemiş olup, topluluk içinde yaşamakta ve eyalet çapında Virginia'da doğan ikizlerin kaydıyla teşhis edilerek dahil edilmiştir. Her bir özel anksiyete bozukluğu tipi için, uyum oranları monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere göre önemli ölçüde daha yüksek olarak bulunmuştur. Serotonin, norepinefrin, GABA ve dopamin, panik atak üretiminde rol oynayan nörotransmitterlerden bazılarıdır. Etkileşen birçok nörotransmitter sistemi, anksiyete bozukluklarının etiyojisinde rol oynamış ve bunlar büyük ölçüde majör depresyonda da rol oynayanlarla aynı olarak bulunmuştur.

Hayvanlarda korku koşullandırma ile ilgili laboratuvar çalışmaları, beyinde tehlikeye karşı tepkiyi tespit etmek ve düzenlemekten sorumlu olan belirli yolları tanımlamıştır (LeDoux,2000;Öhman ve Mineka,2003). Amigdala, daha önce klasik koşullanma ve fobilerle bağlantılı olarak evrimleşmiş korku dürtüsünün biyolojik temellerini temsil eder ve bu devrelerde merkezi bir rol oynamaktadır. Bilim insanları, orijinal olarak nötr bir uyarıcıyı (CS) ,caydırıcı bir uyarıcıyla eşleştirmek için klasik koşullandırma kullanan çalışmalara katılan hayvanlarda, beyin aktivitelerini izleyerek ve manipüle ederek bu yolları keşfetmişlerdir. Bu çalışmaların sonuçları bize korku ve panik gibi duygusal tepkilerin beyin bölgeleri açısından nerede olduğunu söylemekle beraber, ayrıca nasıl üretildiklerini de açıklamaktadırlar. Bu bilginin, sosyal ve psikolojik faktörlerle ilgili verilerle birleştirildiğinde, insanların neden mantıksız korkular ve panik ataklar gibi sorunlar yaşadıklarını anlamlandırmaya yardımcı olma niteliği taşıdığı öngörülmüştür. Kişinin tehlikeli bir uyarana gördüğü düşünüldüğünde, duygusal bilgi talamusa yansıtılıp ve oradan işlenmek üzere diğer beyin bölgelerine yönlendirilmektedir. Duygusal uyarana, her ikisi de amigdalaya giden iki ana yolu takip etmektedir. İlk yol bir "kısayol" olarak adlandırılabilir ve koşullu korku için evrimleşmiş korku bölümünü temsil edebilmektedir. Mesaj, talamus ile hipotalamusa bağlı olan amigdala arasındaki bağlantıyı takip etmektedir. Davranışsal tepkiler ("savaş ya da kaç" tepkisi gibi) daha sonra hipotalamustan endokrin bezlerine ve otonom sinir sistemine iletilip aktive ve koordine edilmektedir.

Talamustan ikinci bir tamamlayıcı yol, veriyi bağlama götürür ve tespit edilen bilgilerin ayrıntılı ve daha yavaş bir analizi yapıldığı bulunmuştur. Veriler, duygusal önemi ("potansiyel olarak tehlikeli") hakkında bellekten gelen ek bilgilerle bütünleştirilmektedir. Bu mesaj daha sonra amigdalaya gönderilip, tehdide karşı organize bir tepkiyi tetikleyebilmektedir. Bu ikinci yol, birincisinden daha uzun ve daha karmaşıktır ve bir yanıt oluşturmak daha uzun sürmektedir. İlk yol, uyarlanabilir olduğu için muhtemelen evrimleşmiştir; organizmaya, çevredeki ani tehlikeleri önlemek için kullanılacak bir alarm sistemi sağlamaktadır. Bilginin her iki yolu da izleyebileceği gerçeği, bazı korku tepkilerinin "bağlı" olduğu (kolayca öğrenilen, söndürülmesi zor ve bilinçsiz süreçlerin aracılık ettiği), diğerlerinin ise düşünme ve akıl yürütmeyi içeren daha yüksek seviyeli analizlere bağımlı olduğu fikriyle tutarlı görülmüştür.

Hayvanlarla yapılan araştırmalar, amigdalanın yapay olarak uyarılmasının, hayvanın uyarıldığı çevresel bağlama bağlı olarak farklı etkiler üretebileceğini göstermektedir (Kagan, 1998). Korku koşullandırma çalışmalarında tanımlanan beyin bölgeleri, fobik bozukluklarda ve panik bozuklukta önemli bir rol oynamaktadır (Etkin ve Wager, 2007; Ninan ve Dunlop, 2005).

İlaç tedavisi, anksiyete bozukluklarının tedavisinde en etkili ve literatürde en yaygın kullanılan biyolojik yaklaşım olarak yer almaktadır. Birkaç çeşit ilacın yararlı olduğu keşfedilmiştir. Genellikle psikolojik tedavi ile birlikte kullanıldığı raporlanmıştır (Vanin, 2008). En sık kullanılan küçük sakinleştirici türleri, diazepam (Valium) ve alprazolam (Xanax) içeren benzodiazepinler olarak bilinen ilaç sınıfı olarak kaydedilmiştir. Bu ilaçların, özellikle uyanıklık ve artan kas gerginliği, çarpıntı, artan terleme ve gastrointestinal sıkıntı gibi subjektif somatik duyular olmak üzere birçok anksiyete semptomunu azalttığı görülmüştür.

#### **1.4 Bellek**

Belleğin, bilgileri almak, depolamak, saklamak ve daha geri çağırmak işlemlerini içerdiği literatürce ifade edilmektedir. Bellekte yer alan üç ana süreç bulunmaktadır, bunlar: kodlama, depolama ve geri alma şeklinde sıralanabilmektedir. İnsan hafızasının, öğrenilem veya deneyimlenen bilgileri hem koruma hem de kurtarma yeteneğini içerdiği bilinmektedir. Ancak bu kusursuz bir süreç değildir ve bazen insan organizması bazı şeyleri unutma ya da yanlış hatırlama gibi durumları da

içerebilmektedir. Bazen bazı bilgiler ilk etapta hafızada düzgün bir şekilde kodlanmamaktadır. Hafıza sorunları, araba anahtarının nereye bırakıldığını unutmak gibi küçük durumlardan, Alzheimer ve diğer bunama türleri gibi yaşam kalitesini, işlevi ve yeteneği yaşamsal derecede etkileyen büyük hastalıklara kadar değişebilmektedir. İnsan hafızasının incelenmesi, binlerce yıldır bilim ve felsefenin konusu olmuş ve bilişsel psikolojinin başlıca ilgi alanlarından biri haline gelmiştir. Yeni hatıralar oluşturmak için, bilginin kullanılabilir bir forma dönüştürülmesi gerekir, bu da kodlama olarak bilinen süreçle gerçekleşmektedir. Bilginin başarıyla kodlanmasının ardından, daha sonra kullanılmak üzere bellekte saklanmaktadır. Depolanmış hafızanın çoğu, onun kullanılması gerektiği zamanlar dışında, çoğu zaman farkındalığın dışında yer almaktadır. Geri çağırma süreci, depolanmış anıları bilinçli farkındalığa getirebilmeyi sağlamaktadır. Bazı hatıralar çok kısadır, sadece birkaç saniye uzunluğundadır ve çevredeki dünya hakkında duyusal bilgi almaya izin vermektedir. Kısa süreli anılar daha uzun ve yaklaşık 20 ila 30 saniye sürdüğü bilinmektedir. Bu anılar çoğunlukla anda odaklanılan ve üzerinde düşünülen bilgilerden oluşmaktadır. Son olarak, bazı anılar çok daha uzun süre bellekte tutulabilir, günler, haftalar, aylar ve hatta on yıllar sürebileceği bilinmektedir. Bu uzun süreli hatıralar ya da bilgiler çoğunlukla anlık farkındalığın dışındadır, ancak gerektiğinde bilince çekilebilmektedirler.

Birkaç farklı bellek modeli önerilmiş olsa da, belleğin aşama modeli genellikle belleğin temel yapısını ve işlevini açıklamak için kullanılmaktadır. İlk olarak 1968'de Richard Atkinson ve Richard Shiffrin tarafından önerilen bu teori, belleğin üç ayrı aşamasını özetlemektedir: duyusal bellek, kısa süreli bellek ve uzun süreli bellek. Unutmak şaşırtıcı derecede yaygın bir olay olarak kayıtlara geçmiştir (Atkinson ve Shiffrin,1968). Unutmanın neden oluştuğunun dört temel açıklaması olduğu düşünülmüştür, bunlar: Saklama hatası, karışma, motive edilmiş unutma ve geri çağırma hatası şeklindedir. Araştırmalar, bellek arızasını etkileyen kritik faktörlerden birinin zaman olduğunu göstermiştir. Bilgiler, özellikle insanlar bilgiyi aktif olarak gözden geçirip prova etmezlerse, genellikle çabucak unutulma eğilimi göstermektedir. Bazen bilgi kolayca bellekten kaybolur veya diğer durumlarda ilk etapta doğru şekilde kodlanmamış olduğu düşünülmektedir. Bazen anılar birbirlerinin önüne geçerek belirli bazı bilgileri hatırlamayı zorlaştırabilmektedir.

Diğer durumlarda, insanlar hatırlamak istemedikleri şeyleri aktif olarak unutmaya çalışma eğilimi de gösterebilmektedirler.

#### **1.4.1 Otobiyografik Bellek**

Otobiyografik bellek, kişisel bir tarih yaratmak için benlik, öteki ve zaman arasında perspektif, yorumlama ve değerlendirmeyi bütünleştirmek için deneyimlenmiş olayların hatırlanmasının ötesine geçen insan belleği biçimi olarak tanımlanmaktadır. Kısaca ifade etmek gerekirse, otobiyografik bellek, kişinin varlığını ve dünyadaki amacını tanımlayan hem kısa hem de uzun vadeli hedeflerin hizmetinde başkalarıyla etkileşime giren benliğin belleği olarak ifade edilmiştir (Conway ve ark., 2004; Fivush 1988, 2008; McAdams 1992, 2001; Pillemer 1998). Otobiyografik bellek tanımını literatüre geçiren ilk kişi Tulvingdir. Ona göre bellek prosedürel, semantik ve epizodik olarak ayrılmaktadır. Tulving'in (2002) tanımına göre, epizodik bellek iki ayrılabilir bileşen içermektedir: birincisi, bir deneyimin ne, nerede ve ne zaman olduğuna ilişkin bellek; ikincisi, otonoetik bilinci, yani zihinsel zaman yolculuğunu içeren geçmişte olayı deneyimlemiş olan benliğin farkındalığını içerdiği şeklindedir. Otobiyografik belleğin, en az üç şekilde epizodik temsiller üzerine kurulu olduğu ifade edilmiştir. Birincisi, epizodik bellek geçmişte meydana gelen belirli bir olayın hatırlanması iken, otobiyografik bellek ayrıca olayın deneyimleyeni olarak benliğin hafızasını veya Tulving'in (2002) otonoetik bilinç olarak adlandırdığı bellek türünü içermektedir. İkincisi, epizodik anılar bir dizi tekil geçmiş olaya aitken, otobiyografik bellek geçmiş olayları kendi geçmiş, şimdi ve gelecek üzerinden ilişkilendiren ve esasen bir yaşam anlatısı oluşturan kişisel bir tarihe bağlamaktadır (Habermas ve Bluck 2000, McAdams 2001). Son olarak, otobiyografik bellek, kendini tanımlama, ilişki içinde kendilik ve kendi kendini düzenleme dahil olmak üzere sosyal ve duygusal işlevlere hizmet etmek için mevcut ve gelecekteki davranışlara rehberlik eden epizodik bellek işlevinin ötesine geçtiği düşünülmüştür (Bluck ve Alea 2002, Fivush 1988, Fivush ve ark. 2003, Pillemer 1998).

Olaysal ve otobiyografik bellek arasındaki ayrımı desteklemek için, otobiyografik belleğin gelişimsel bir sosyal-kültürel modeli tanımlanmaktadır. Temel öncül, otobiyografik belleğin bir kültürel etkinlik biçimi olduğu ve bu nedenle bireysel ve kültürel olarak biçimlendiği yerel ve kültürel sosyal etkileşim biçimlerine özgü olduğu şeklindedir. Ayrıca, otobiyografik belleğin, uzun bir gelişim geçmişi olan

karmaşık bir yetenek olduğu öngörülmüştür. Bir otobiyografi, belirli noktalarda deneyimlenen ve hem birbirleriyle hem de şimdiyle bağlantılı belirli olaylarla zaman içinde sürekli olan kişisel bir benlik tarihi yaratma yeteneği, çok bileşenli gelişimsel becerilere dayanan karmaşık bir insan becerisi olarak tanımlanmıştır. Otobiyografik bellekte kişisel semantik, kişisel episodik bilgiler ve daha spesifik özel anıların yer aldığı düşünülmektedir (Er ve Uçar, 2004).

Son yirmi yılda, bellek davranışlarıyla ilgili olarak hem tipik hem de tipik olmayan beyinleri inceleme imkanının artmasıyla birlikte, belleğin birleşik bir yetenek değil, dinamik, entegre sistemler dizisi olduğu konusunda artan bir fikir birliği bulunmaktadır (Eichenbaum ve Cohen 2001, Schacter). Bellek sistemlerinin nasıl organize edildiğine dair genel hatlar üzerinde makul ölçüde fikir birliğine varılmıştır, ancak bazı ayrıntılar tartışılmaya devam etmektedir. İncelemelerin amaçları doğrultusunda belleğin, bildirimsel ve bildirimsel olmayan bellek olmak üzere iki ana sistemden oluştuğu ifade edilmektedir. Bildirimsel olmayan bellek, pek çok koşullandırma ve hazırlama biçiminin yanı sıra, iyi uygulanan ve çok az bilinçli farkındalıkla yapılan şeyler, beceriler ve eylemler gibi prosedürel bilgileri içeren çoklu sistemleri içerdiği düşünülmektedir (Schacter ve ark. 2000, Bey 2004). Bildirici belleğin, aksine, açık ve bilince uygun olduğu varsayılmaktadır. Bu, günlük hayatta hafızadan bahsedildiğinde çoğu kişinin bahsettiği hafıza biçimi olarak düşünülüp, geçmiş deneyimlerin açık temsilleri olarak yorumlanabilmektedir. 1972'de Tulving, semantik ve episodik bildirimsel bellek arasında bir ayırım yapmıştır (Tulving 1972). Anlamsal belleğin (semantik bellek), dünya hakkında açık bilgi olduğu düşünülmektedir. Buna karşılık episodik anılar, uzay ve zamana bağlı belirli anılar olarak literatüre geçmiştir. Bu kavramsallaştırmada episodik anılar ve otobiyografik anılar ayırt edilmez olarak kabul edilmektedir. Episodik anılar, belirli geçmiş olayların tüm anılarını içerdiği düşünülmektedir.

Otobiyografik bellekte benliğin rolü düşünüldüğünde, otonoetik farkındalık konusu akla gelmektedir. Kişinin deneyimlediği yaşam tecrübeleri, diğer deyişle otobiyografik bellek, temsil etmenin ötesine geçmek yani otobiyografik bellek kısmına taşınmak için, bireyin en az iki ek temsil katmanına sahip olması gerektiği düşünülmektedir (Fivush 2001, Fivush ve Nelson 2006, Nelson 1996, Tomasello 1999). İlk olarak, olayı yaşayan bireyin öznel bir benlik duygusuna sahip olması gerektiği öngörülmüştür; temsil, deneyimlenen yaşam olayının bir temsilinden

geçmişte yapılan ve düşünülen durumla entegre olmuş hali şeklinde yorumlanmaktadır. William James'in (1890) ifadesiyle "Sabah uyandığında Peter ya da Paul olup olmadığını sorgulamıyorum; Peter olduğumu biliyorum çünkü hala Peter'ın düşüncelerine ve duygularına sahibim; düşüncelerim olduğundan değil, bu düşünceler bana ait olduğundan, onlara ait olduklarındandır." şeklindedir. İkincisi, bu düşüncelerin kişisel bir geçmişi bulunduğu varsayılmaktadır. Sadece olayın ne olduğu değil, aynı zamanda o zaman hakkında nasıl düşünüldüğünü ve hissedildiğini ve şimdi nasıl düşünülüp hissedildiğini ve bu iki olayın zaman içinde nasıl bağlantılı olduğunu da temsil edebilmek otobiyografik bellek ve otonoetik bilinç için tanımlanmış bir örnekleme olarak düşünülebilmektedir. Otonoetik bilinç için gerekli olan, geçmiş deneyimlerin temsillerinin ötesine geçerek, bu deneyimlere katılan bir benliğin temsillerine ("hatırlıyorum"daki "ben") ve bu deneyimleri zaman içinde birbirine bağlayan bir iplik olarak benliğe geçmesi olduğu çalışmalarca vurgulanmaktadır.

Epizodik belleğin bu iki bileşenini ayırt ederek ve tamamen epizodik bellek ile gerçek otobiyografik bellek arasında bir ayrım yapılmasını savunarak, belirli olayların anılarında bilinç ve dilin rolü sorunu daha kolay çözülebilir olduğu düşünülmektedir. Verilerin, insan olmayan hayvanların ve bebeklerin en azından bir tür epizodik belleğe sahip oldukları konusunda hemfikir yorumlarda bulunmuştur. Bununla birlikte, belirli epizodik temsilleri bir kişiyi ve bir hayatı tanımlayan anlamlı bir olaylar dizisine bağlayan geçmiş, şimdi ve gelecek ile sürekli bir varlık olarak bir benliği olayların bir deneyimcisi olarak temsil etme yeteneği, benzersiz bir insan yeteneği olarak kabul edilmiş ve bu, otobiyografik belleğin en önemli noktası ve benliğin biyografisi olarak ifade edilmiştir (Barnes 1998, Conway ve ark., 2004, Pillemer 1998). Ek olarak, insana özgü olduğu vurgulanmıştır, çünkü sosyal-kültürel bir grubun dışında bir otobiyografi yaratmanın mümkün olmadığı ifade edilmiştir (Donald 2001; Nelson 1993, 1996).

#### **1.4.2 Otobiyografik Belleğin Nörolojisi**

Otobiyografik bellek işlevlerini vurgulamak için prosedürel belleği incelemek gerekli görülmüştür. Prosedürel belleğin, bellek yordama işlevini üstlenen bellek olarak görevli olduğu ifade edilmiştir. Prosedürel bellek bilinçli olarak değil otomatik olarak yapılan süreçleri anılaştırılan bellek türü olarak kategorileştirmek uygun

görülmektedir (Bulteau, Cohen, Gallagher ve Michaud, 2021). Bu bellek türünde koşullandırmaların önemi vurgulanmakta olup, filogenetik olarak ilkel ve neden-sonuç dizilerinin depolandığı otomatik modlar olarak isimlendirilebilmektedir. Klasik koşullanma deneyinde bir dış uyarı, çevrede belirli bir tepkinin izlediği sonucuna varılmıştır. Bu bakış açısı ile ilk uyarının' koşullu ' olarak kaydedildiği bulunmuştur. Organizma daha sonra aynı uyarıcıya maruz kalırsa, ancak sonuçta koşullu tepki yoksa, o zaman önceden kurulmuş birliğin aşamalı yok oluşu ya da sönmesi olarak anılabilmektedir. Bununla birlikte, uyarı ile sonuç arasındaki ilişkinin tamamen yokluğunun kişiyi ilk duruma geri döndürmediği bulunmuştur. Yani, yok olma unutmaya değil, yeni bir ilişkiyi ifade etmektedir. Bu ilişkilendirmeler, ezberlenmiş (içselleştirilmiş) nesnenin kısmi özelliklerine veya hem zaman hem de neden-sonuç açısından ilişkili olduğu olaylara atıfta bulunabilmektedir. Buna karşılık, duygusal bir deneyime ilişkin anısal ve anlamsal olarak verileri içine alan açık belleğe açık ilişkilerin prosedürel yönleri de içerebileceği (bilinçli oldukları anlamına gelmeyen) limbik sistemin aracılık ettiği beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen sonuçlar olarak vurgulanmıştır (Kandel, 2000). Bu nedenle, bellekte bir anı çağrılırken, girdilerin türü çevrede mevcut olan (yani, bir kavramla ilişkili dataların her biri), bazı bölümlerine benzerlik nedeniyle bir anıyı çağırma ve bu kavramla bağlantılı ilişkilere erişim açmaya izin verebileceği düşünülmektedir. Bu fenomen “uyumlu modeller” olarak bilinmekte psikoterapötik müdahale ile ilişkili bulunmaktadır (Kandel, 2000). Benzer sonuçlar elde edilen klasik koşullanmanın yöntem kullanıldığı bir grup kemirgen üzerinde yapılan bir çalışmada, kemirgenlere ilk olarak koşullu uyarı tanıtılmış daha sonra, bunların bir alt grubu, yalnızca koşullu uyarının değiştirildiği ama birinci uyarana yakın özellikler taşıyan ikinci bir koşullanmaya maruz bırakılmıştır (Alberini, Milekic ve Tronel 2005). Böylece yeni bir uyarı ile önceden öğrenilen yanıt arasındaki ilişkinin güçleneceği düşünülmektedir. Daha sonra, öğrenme süreci için önemli olduğu düşünülen protein sentezi inhibitörlerini amigdala ve hipokampusa enjekte edildiği adımları ile yürütülen çalışmada; ilaçların uygulama zamanı, hafızanın yeniden aktif hale gelme zamanı ile paralel gerçekleşmiştir (Alberini, Milekic ve Tronel 2005). Dolayısıyla bu periyot sırasında hafızanın değiştirilebilir olduğu düşünülmektedir. Bu deneyde bellek üzerindeki etkiyi ölçerek, amigdala protein inhibitörlerinin uygulanmasının, yeni koşullandırmanın konsolidasyonunun etkilenmediğini, ancak ilk koşullandırmada hafıza kaybına yol açtığını

raporlamışlardır (Alberini, Milekic ve Tronel 2005) .Tersine, protein inhibitörlerinin hipokampusa uygulanmasının, eski şartlandırmanın değiştirilmediği halde yeni şartlandırmanın önemli bir kodlama eksikliğine yol açtığı savunulmuştur. Bu sonuçlara göre araştırmacılar konsolidasyon (yeni bir hafızanın oluşumu) ve yeniden konsolidasyon (mevcut bir hafızanın değiştirilmesi) süreçlerine farklı anatomik alanlar ve farklı biyokimyasal süreçlerin aracılık ettiğini öne sürmüşlerdir. Terapinin de bu nörokimyanın değişimine aracılık eden bir değişken olabildiği ifade edilmiştir (Alberini, Milekic ve Tronel 2005).

### **1.4.3 Otobiyografik Bellek ve Borderline Kişilik Bozukluğu İlişkisi**

Borderline kişilik bozukluğu tanı kriterleri ve otobiyografik belleğin ilişkisine bakılacak olursa sınır kişiliğin dengesiz duygu durum halinin önem arz ettiği düşünülmüştür. İlişkisel olarak yapılan bir araştırmada duygu düzenleme tanımlanacak olursa; herhangi bir psikopatolojik tanı almayan kişi yetişkinlik döneminde gelen uyaranları amaç ve ihtiyaçlarına uygun olarak düzenler, önemini analiz eder ve buna göre bir duygusal tepki ortaya çıkarırsa duygu düzenleyebilen bir birey olarak adlandırılabilir. Yeniden değerlendirme ve kontrol gerektiğinde, prefrontal ve singulat bölgesinden duygusal yanıt vermede de amigdala ve insula bölgesinden yararlandığı beyin görüntüleme çalışmalarınca resmedilmiştir. Borderline kişilik bozukluğu tanılı hastaların bu olumsuz uyaranları işleme ile ilgili işlev bozukluğu yaşadığı rapor edilmiştir (Clarkin, 2007).

### **1.4.4 Bellek, BPD ve YAB ile Yapılan Çalışmalar**

Sınır kişilik bozukluğu, bellek ve kaygı ile ilgili yapılmış birçok araştırma bulunmaktadır ve bu alanlara değinilmesi çalışmanın sağlığı ve zenginleştirilmesi açısından elzem görülmüştür. Özellikle sınır kişiliğin hem komorbiditesinin fazla olması, hem de bozukluğun doğasına ilişkin ölçümlenip değerlendirilmesi zor olmasında dolayı yapılan çalışmaların büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Örneğin, borderline kişilik bozukluğu ile komorbid olan majör depresif bozukluğun yaygınlığının yüksek olması, BKB'deki nöropsikolojik eksikliklerin hangi psikopatolojiden kaynaklandığını ayırtırmayı zorlaştırdığı görülmektedir. Fertuck ve Jozefowicz (2006) borderline kişilik bozukluğu komorbid majör depresif bozukluğu (BKB-MDB) olan 22 denek ile MDB'si olup komorbid kişilik bozukluğu barındırmayan 33 katılımcıyı, performansın 7 farklı parçası değerlendirilen bir

nöropsikolojik ölçek üzerinden karşılaştırmıştır, bunlar: Genel entelektüel işlevsellik, motor beceri, psikomotor hız, dikkat, hafıza, çalışma belleği ve yürütücü işlev şeklinde sıralanmıştır. Nöropsikolojik performans BKB-MDB ve MDB arasında anlamlı bir farklılık göstermemiş olup, BKB-MDB katılımcıları, MDB'ye kıyasla daha yüksek düzeyde öfke, kaygı ve genel duygusal sıkıntı ifade etmişlerdir (Fertuck ve Jozefowicz 2006). Bilişsel olarak sahip olunulan psikopatolojinin algılama biçimini etkilediği düşünülmektedir ancak ek olarak nörolojik süreçleri doğrudan etkileyen bir yanının da bulunduğu öngörülmüştür. Leslie Glass Vakfı, Borderline Kişilik Bozukluğu Araştırma Vakfı ve bir NIH Ulusal Araştırma Hizmeti tarafından desteklenen bir çalışmada borderline kişilik bozukluğuna sahip olan ve olmayan katılımcıların bilişsel işlevleri karşılaştırılmıştır. Borderline kişilik bozukluğuna sahip hastalarla, herhangi bir kişilik bozukluğuna sahip olmayan katılımcıların sonuçları karşılaştırıldığında, borderline kişilikteki katılımcılar yürütücü, nörobilişsel ve hafıza performansının çoğu alanlarında net olmasa da eksiklikler sergilemektedirler (Fertuck ve Lenzenwegerc 2006). Aşırı duygusal uyarılma ana semptomlarından biri olan borderline kişilik bozukluğundaki olumsuz hislerin BKB'deki bilişsel işlevsellik üzerindeki negatif etkisi belirgin görünmektedir. Cambridge University'nin bir çalışmasındaki bulgular, borderline kişilikte olan hastaların, çalışma belleği performansını kötü etkileyen, duygusal olarak dikkati dağıtan resimlere karşı aşırı duyarlı olduklarını belirtmiştir (Krause-Utz, Oei ve Niedtfeld, 2012). Renneberg ve Theobald tarafından yürütülen (2005) depresyon ve kişilik bozukluğunda bellek işlevlerinin incelendiği çalışmada ise, yatarak tedavi gören 27 tane depresif hasta, 30 adet bir psikopatolojiye sahip olmayan kadın denek ve sınırda kişilik bozukluğuna sahip olan 30 kadın hasta, psikiyatrik yatan hasta örneğinde incelenmiştir. Depresif hasta grubu kontrol grubuna kıyasla spesifik hatıraları geri çağırma da daha az puan almış olup, BKB tanılı hastalar ise kontrol grubu katılımcılarından bellek işlevleri açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Renneberg ve Theobald,2005).

Sınır kişilikte olduğu gibi yaygın kaygı bozukluğunda da bilişsel işlevlerin ve belleğin doğrudan etkilendiği vurgulanmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğuna sahip olan hastaların bellek işlevlerinde bazı farklılaşma ya da işlevsizlik olduğu ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Moon ve Jeong (2015) tarafından yapılan, bunun nörolojik kısmını açıkça tanımlayan ayrıntılı bir çalışmada; nötr uyaran verildiği

esnada, YAB hastaları kontrol grubuna kıyasla fusiform girus, superior parietal girus, prekuneus, superior oksipital girus, lingual girus, kuneus, kalkanin girus, parahipokampal girus ve serebellar kortekste anlamlı düzeyde düşük aktiviteler göstermiş olup, kaygı tetikleyen uyarın verildiği sırada YAB hastaları hipokampusta anlamlı olarak daha yüksek aktivite gösterirken, dorsolateral prefrontal korteks, fusiform girus, superior parietal girus, prekuneus, superior oksipital girus ve serebellar kortekste daha düşük aktivite göstermişlerdir (Moon ve Jeong,2015). Kaygı bozukluğunun en belirgin özelliklerinden biri olan konsantrasyon bozukluğu kişilerin günlük hayatlarındaki işlevselliği bozması ile dikkat çekici bir semptom olarak kabul edilmektedir. Yaygın kaygı bozukluğunun bu kısmına odaklanan, Vytal ve Arkin'nin (2016) yürüttüğü bir araştırmada yine working memory üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Deneklere belirli görevler verilen deneysel çalışmanın sonucuna göre, herhangi bir psikopatolojiye sahip olmayan kontrol grubunun performansı, düşük yüklü ve kaygı verici olan görevler esnasında bozulmuş olduğu ve yüksek yüklü görevler esnasında düzeldiği gözlemlenmiştir. Yaygın kaygı bozukluğu tanılı hastaların performansının, görevin düşük ya da yüksek yüklü olmasından bağımsız olarak kaygı verici uyarın esnasında bozulduğu görülmüştür (Vytal ve Arkin,2016). Amerikan Geriatrik Psikiyatri Dergisi'nde yayınlanan bir çalışmaya göre araştırmaya dahil olan kontrol grubuna kıyasla, kaygı bozukluğuna sahip olan grup kısa süreli ve uzun süreli hafıza ölçümlerinde daha düşük performans gösterildiği kaydedilmiştir (Mantella ve Butters, 2007).

Duygunun bilişe etkilerinin kişi üzerindeki nörolojik sonuçlarını görece değerlendirmek amacıyla Park ve Kim (2016) tarafından yapılmış bir çalışmada, YAB tanısı olan ve olmayan katılımcılara, nötr ve kaygı verici uyarınlar verilmiş, çalışma belleğini ve diğer beyin bölgelerindeki aktivasyonlar gözlemlenmiştir. YAB hastaları, kaygı verici uyarın verildiği esnada çalışma belleğinde düşük puan almışlardır ve duygusal işlemede bilgilerin bilfiil işlemlenmesinden mesul olan DLPFC, VLPFC, amigdala, hipokampus gibi beyin bölgelerinde daha fazla aktivasyon göstermişlerdir (Park ve Kim, 2016).

## 2. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama işlemi ve verilerin analizi yer almaktadır.

### 2.1 Araştırma Modeli

Sınır kişiliğin bilişsel işlevlerinin incelenmesi ve kaygı bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğu hastalarının otobiyografik bellek işlevlerini kıyaslayarak değerlendirmek amacı olan bu çalışmada ilişkisel-karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırma nicel araştırma yöntemiyle çalışılmıştır ve araştırmanın deseni korelasyonel (ilişkisel) araştırma desenidir. Korelasyonel (ilişkisel) araştırmalarda en az iki değişkenin birbiri ile olan ilişkisinin müdahale olmaksızın ortaya çıkarılması hedeflenir (Karasar, 2016). Bu çalışmada Borderline kişilik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kadın hastaların, otobiyografik bellek işlevleri açısından incelenmesi olduğu ve 2 grup arasındaki ilişki inceleneceği için ilişkisel desen kullanılmıştır.

### 2.2 Örneklem

Araştırma evreni İstanbul'daki sınır kişilik örüntüsüne ve yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastalardan oluşması planlanmaktadır. Gönüllülük temelinde katılım sağlamak koşuluyla örnekleme kolayda örnekleme yöntemi ile ulaşılabilecektir. Kolayda örnekleme yöntemi (Convenience/Accidental/Incidental sampling) araştırmacının önceden belirlediği örnek büyüklüğüne göre ana kütlelerin herhangi bir kısmından seçim yapılmasıdır. Verilerin değerlendirilmesi için çalışmada Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programı kullanılacaktır. Araştırmanın örneklemini; 18-50 yaş aralığında 50 yaygın kaygı bozukluğu tanısı olan kişi ile 50 borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kişi olmak üzere toplamda 100 gönüllü hastadan oluşmaktadır. Örneklem için dışlama kriteri olarak hastalık öncesinde nörolojik bir tanı almamış olmasına dikkat edilmiştir. Pandemi koşulları sebebiyle örnekleme

erişmekte yaşanan aksaklıklar, tartışma ve sonuç kısmında ele alınacak olup, ölçek sonuçlarına değişiklik gösterebilmek koşuluyla online ve elden olarak ulaşmaktadır.

**Çizelge 2.1:** Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları

Ölçekler	Kolmogorov-Smirnov			Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
	Statisti c	df	p		
1. Geçmişle Yüzleşme	,075	100	,200*	-,156	-,362
2. İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama	,096	100	,03	-,549	-,197
3. Duygudurum Düzenleme	,064	100	,200*	,069	-,724
4. Benlik	,099	100	,03	-,558	-,261
5. Geçmişten Ders Alma	,053	100	,200*	-,169	-,226
6. Anksiyete	,096	100	,04	,175	-1,039

Araştırmada kullanılan ölçeklerin toplam puan ve alt boyutları puanlarına yönelik normallik dağılımı değerlendirildiğinde; normal dağılımın varsayımlarından biri olan basıklık ve çarpıklık değerlerinin  $\pm 1,5$  arasında olması (Tabachnick ve Fidell, 2013) ölçeklerin puanlarına ait verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir.

**Çizelge 2.2:** Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri

Ölçekler	Borderline Bozukluğu	Kişilik		Yaygın Anksiyete Bozukluğu		
	Ort.+ SS	Min	Max	Ort.+ SS	Min	Max
1. Geçmişle Yüzleşme	37,09+12,05	12	60	35,12+10,90	12	59
2. İpucu Temelinde Geçmiş H.	27,41+6,96	8	40	24,89+8,27	8	38
3. Duygudurum Düzenleme	22,29+7,94	8	40	22,79+8,63	8	40
4. Benlik	18,39+4,86	5	25	17,36+5,57	5	25
5. Geçmişten Ders Alma	26,53+7,33	8	40	24,38+7,51	8	39
6. Anksiyete	19,29+11,70	2	43	19,59+12,01	0	44

## Örneklemin Demografik Özellikleri

Çizelge 2.3: Örneklemin Yaş Özellikleri

Değişkenler	BKB		YAK		
	n	%	n	%	
1. Yaş	18-24	13	26	4	6,1
	25-40	24	48	25	51
	40 Yaş ve Üzeri	13	26	21	42,9

Çizelge 4.3'e göre; borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların 13'ü (%26) 18-24 yaş arasında, 24'ü (%48) 25-40 yaş arasında ve 13'ü (%26) 40 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların 4'ü (%6,1) 18-24 yaş arasında, 25'i (%51) 25-40 yaş arasında ve 21'i (%42,9) 40 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 2.4: Örneklemin Eğitim Özellikleri

Değişkenler	BKB		YAK		
	n	%	n	%	
2. Eğitim Durumu	İlkokul	8	16	2	2
	Ortaokul	5	10	0	0
	Lise	9	18	3	6,1
	Üniversite ve Üstü	28	60	45	91,8

Çizelge 2.4'e göre; borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların 8'i (%16) ilkokul mezunu, 5'i (%10) ortaokul mezunu, 9'u (%18) lise mezunu ve 28'i (%60) üniversite ve üstü mezun olduğu belirlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların 2'si (%2) ilkokul mezunu, 3'ü (%6,1) lise mezunu ve 45'i (%91,8) üniversite ve üstü mezun olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 2.5: Örneklemin Gelir Düzeyi Özellikleri

Değişkenler	BKB		YAK		
	n	%	n	%	
3. Gelir Düzeyi	Düşük	4	6,1	3	4,1
	Orta	25	51	38	77,6
	Yüksek	21	42,9	9	18,4

Çizelge 2.5'e göre; borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların 4'ü (%6,1) düşük gelire, 25'i (%51) orta gelire ve 21'i (%42,9) yüksek gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların 3'ü (%4,1) düşük

gelire, 38'i (%77,6) orta gelire ve 9'u (%18,4) yüksek gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

### **2.3 Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama araçları olarak ‐Otobiyografik Bellek İşlevler Ölçeği (OBİÖ)‐, ‐Beck Anksiyete Ölçeği‐ ‐Demografik Bilgi Formu‐ ve ‐ Katılımcı Onam Formu‐ kullanılmıştır.

#### **2.3.1 Otobiyografik Bellek İşlevler Ölçeği (OBİÖ)**

Demografik Bilgiler ve Otobiyografik Bellek İşlevleri geriye dönüp hayatlarını düşündüklerinde otobiyografik belleğin kullandıkları geçmişle yüzleşme; ipucu temelinde geçmişini hatırlama; duygu durum düzenleme; benlik ve geçmişten ders alma alt ölçeklerini içeren nicel bir değerlendirme yapılacaktır. Kişilerden burada genel olarak anılarını değerlendirmeleri istenecektir. Bahsi geçen Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Er ve Yaşın tarafından 2016 yılında gelişmiştir. Ölçeğin faktör yapısını incelemek amacıyla hem açılımlayıcı hem de doğrulamayı faktör analizleri yapılmış ve bu analizler sonucunda ölçeğin beş faktörlü yapıya uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır: geçmişle yüzleşme, ipucu temelinde geçmişini hatırlama, benlik, duygu durum düzenleme ve geçmişten ders alma. OBİÖ' nin her bir alt boyutu açısından Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları .74 ile .82 arasında değişmektedir. Doğrulamayı faktör analizi sonuçları da ölçeğin beş faktörlü yapı içermesini desteklemektedir. Tüm bulgular bir arada değerlendirildiğinde, OBİÖ'nin ülkemizdeki çalışmalarda kullanılabilecek uygun psikometrik özelliklere sahip olduğu görülmektedir Araştırmanın devamında elde edilen datalar dahilinde faktör analizi tekrarlanıp yorumlanmıştır.

**Çizelge 2.6:** Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	Maddeler	Faktör Yükleri					Faktör Açıklayıcılığı (%)	Cronbach Alpha
		Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5		
Geçmişle Yüzleşme	OBİO19	.74					%40.14	,87
	OBİO36	.73						
	OBİO6	.60						
	OBİO8	.59						
	OBİO14	.57						
	OBİO21	.52						
	OBİO35	.48						
	OBİO39	.46						
	OBİO20	.43						
Duygudurum Düzenleme	OBİO40		.79				%6.80	,88
	OBİO22		.74					
	OBİO12		.69					
	OBİO11		.67					
	OBİO9		.67					
	OBİO10		.65					
	OBİO24		.50					
Geçmişten Ders Alma	OBİO33			.73			%5.07	,89
	OBİO25			.60				
	OBİO26			.60				
	OBİO16			.57				
	OBİO34			.56				
	OBİO15			.56				
	OBİO23			.49				
	OBİO27			.48				
	OBİO32			.46				
	OBİO28			.45				
Benlik	OBİO17				.77		%4.96	,88
	OBİO1				.75			
	OBİO2				.72			
	OBİO5				.68			
	OBİO3				.66			
	OBİO4				.64			
	OBİO7				.51			
İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama	OBİO38					.74	%4.50	,88
	OBİO29					.71		
	OBİO30					.66		
	OBİO31					.59		
	OBİO37					.58		
<b>Toplam Açıklayıcılık</b>						%61.48		
<b>KMO Ölçüm Yeterliliği</b>						,803		
<b>Bartlett Küresellik Testi</b>						Ki-kare 2969,473		
						Serbestlik Derecesi 820		
						Anlamlılık ,000		

3 maddenin (OBİO13, OBİO 18 ve OBİO 41), 0,40'dan küçük faktör ağırlığına sahip olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla bu 3 madde de analiz dışı bırakılmış ve analiz yinelenmiştir. 38 madde üzerinden Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği alt boyutlarını belirlemek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi " Temel Bileşen Analizi" yöntemiyle yapılmıştır. Yapılan analizde KMO değeri ,80 ve Bartlett testi anlamlı olarak bulunmuştur ( $\chi^2 (820) = 2969.47, p<0.001$ ). Maddeler Eigenvalue değeri 1'den yüksek olan beş faktöre yüklenmiştir. Yani ölçeğin beş alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Faktörler orijinal ölçekteki faktörlerden yola çıkılarak isimlendirilmiştir. Beş faktör tarafından açıklanan toplam varyans %61.48'tir. Her bir faktörde yer alan maddelere ilişkin faktör yükleri ve Cronbach's alpha değerleri Çizelge 1'de yer almaktadır.

### 2.3.2 Anksiyete Ölçeği (Beck)

1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin amacı bireyin içinde bulunduğu ya da yaşadığı anksiyete belirti ve bulgularının sıklığını ölçmektedir. Yapılması gereken hastanın bir haftalık sürede belirtilen ifade edilen anksiyete tanımlarından kendisinin rahatsızlığının ne derece olduğunu sınıflanmasıdır. Hasta anketteki sorulara hiç, bazen, sıklıkla veya ciddi derecede diye cevap vermekte ve 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kılınç, Torun 2011). Araştırmanın devamında elde edilen veriler dahilinde faktör analizi yapıp yorumlanmıştır.

**Çizelge 2.7:** Beck Anksiyete Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	Maddeler	Faktör Yükleri			Faktör Açıklayıcılığı (%)	Cronbach Alpha
		Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3		
Faktör 1	Ank18	,80			%41,98	,90
	Ank10	,73				
	Ank15	,69				
	Ank7	,63				
	Ank21	,61				
	Ank4	,58				
	Ank12	,57				
	Ank13	,56				
	Ank2	,55				
	Ank3	,51				
	Ank11	,42				
Faktör 2	Ank17		,76		%7,98	,84
	Ank14		,77			
	Ank5		,72			

	Ank9	,72		
	Ank16	,62		
Faktör 3	Ank6	,78		
	Ank8	,64		
	Ank1	,62	%7,06	,73
	Ank19	,55		
	Ank20	,43		
	<b>Toplam</b>		%57,04	
	<b>Açıklayıcılık</b>			
	<b>KMO Ölçüm Yeterliliği</b>			,846
	Ki-kare	1082,543		
<b>Bartlett Küresellik Testi</b>	Serbestlik	210		
	Derecesi			
	Anlamlılık	,000		

21 madde üzerinden Beck Anksiyete Ölçeği alt boyutlarını belirlemek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi " Temel Bileşen Analizi" yöntemiyle yapılmıştır. Yapılan analizde KMO değeri ,84 ve Bartlett testi anlamlı olarak bulunmuştur ( $\chi^2 (210) = 1082,543, p < 0.001$ ). Maddeler Eigenvalue değeri 1'den yüksek olan üç faktöre yüklenmiştir. Yani ölçeğin üç alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Üç faktör tarafından açıklanan toplam varyans %57.04'tür. Her bir faktörde yer alan maddelere ilişkin faktör yükleri ve Cronbach's alpha değerleri Çizelge 2.8'de yer almaktadır.

### 2.3.3 Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ve isteğe bağlı iletişim bilgilerini almaya yönelik sorular bulunmaktadır.

### 2.3.4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda katılımcıların çalışmaya yönelik bilgilerinin ve onamlarının alınması amaçlanmıştır.

## 2.4 Veri Toplama İşlemi

Kişiler çalışmaya hastaları anket için davet etmeyi kabul eden bir sekreter aracılığı ile davet edilecektir. Sekreter çalışmanın amacı hakkında bilgi sahibi olmayacak sadece yapılandırılmış soruları sorup cevapları not edecektir. Yine sekreter katılımcıların aynı terapistçe değerlendirildiğini bilmeyecektir. Katılımcılara bilgilendirilmiş onam çalışmanın başında verilecek; terapist hangi katılımcının kendini nasıl değerlendirdiğini bilmeyecektir. Hastaneler ya çeşitli sağlık

kurumlarınca ya da klinisyenlerin bulunduğu özel muayenelerce tanı almış olacaklardır.

Pandemi sebebiyle, elden ölçek verilerek yapılacak olan uygulama zaman zaman katılımcıya ulaşmadaki problemler sebebiyle online olarak elde edilmiştir. Yine karıştırıcı değişken problemini ortadan kaldırmak için, kişilerin öncesinde nörolojik bir tanı almamış olmasına ve yaşları 18-50 yaş arasında sınırlandırılmış olmasına dikkat edilecektir. Çalışma katılımcılarına, devlet hastaneleri, özel hastaneler ve özel klinik muayenehaneler aracılığı ile ulaşılmıştır. Çalışmayı etkileyecek herhangi bir komorbid veya sınırlayıcı durumun tartışma kısmında ele alınması planlanmıştır.

## **2.5 Verilerin Analizi**

Araştırma verileri, SPSS 22.0 programı yardımıyla analiz edilmiştir. İlk olarak, verilerin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediğini incelemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır. Normallik dağılımı değerlendirirken diğer basıklık ve çarpıklık değer aralığı dikkate alınmıştır ve çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 2$  aralığında (George ve Mallary, 2014) olması nedeniyle araştırma verilerinin normal dağılım sergilediği varsayılmıştır. Analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Borderline kişilik bozukluğu ile yaygın anksiyete bozukluğu tanımlı katılımcıların ölçekler yönünden karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır. Borderline kişilik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanımlı katılımcıların araştırma değişkenlerine yönelik puanlarını yaşlarına ve gelir düzeylerine göre karşılaştırmak için bağımsız t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Borderline kişilik bozukluğu tanımlı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile otobiyografik bellek işlevleri arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Borderline kişilik bozukluğu ile yaygın anksiyete bozukluğu tanımlı katılımcıların anksiyete düzeyinin otobiyografik bellek işlevlerini yordamasının incelenmesi adına regresyon analizi uygulanmıştır.

### 3. BULGULAR

Bu bölümde verilerin analizlerine dair sonuçlar yer almaktadır.

#### 3.1 Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi

**Çizelge 3.1:** Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanların Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcılara Göre İncelenmesi

	<b>Borderline Kişilik Bozukluğu</b>	<b>Kişilik</b>	<b>Yaygın Anksiyete Bozukluğu</b>	<b>Anksiyete</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>		
<b>1. Geçmişle Yüzleşme</b>	37,09	12,05	35,12	10,90	,808	,42
<b>2. İpucu Temelinde Geçmiş H.</b>	27,41	6,96	24,89	8,27	1,567	,12
<b>3. Duygudurum Düzenleme</b>	22,79	8,63	22,29	7,94	,288	,77
<b>4. Benlik</b>	18,39	4,86	17,36	5,57	,929	,35
<b>5. Geçmişten Ders Alma</b>	26,53	7,33	24,38	7,51	1,369	,17

Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı katılımcıların puanlarının otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklılığın saptanması amacıyla bağımsız t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı katılımcıların Geçmişle Yüzleşme, İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama, Duygudurum Düzenleme, Benlik ve Geçmişten Ders Alma puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

### 3.2 Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde ilk olarak Borderline Kişilik Bozukluğu tanılı katılımcıların yaşlarına göre otobiyografik bellek işlevlerinin farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Daha sonra gelir düzeyine göre otobiyografik bellek işlevlerinin farklılık gösterip göstermediğine bakılmıştır.

**Çizelge 3.2:** Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Yaşlarına Göre Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi

Değişken	Yaş	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>1. Geçmişle Yüzleşme</b>	18-24	13	32,20	16,90	1,114	,33	-
	25-40	24	38,33	11,09			
	40 ve Üstü	13	39,15	8,31			
<b>2. İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama</b>	18-24	13	25,60	10,22	,574	,56	-
	25-40	24	27,44	5,07			
	40 ve Üstü	13	28,76	6,46			
<b>3. Duygudurum Düzenleme</b>	18-24	13	17,80	9,69	3,824	,03	1<3
	25-40	24	21,83	5,66			
	40 ve Üstü	13	26,38	7,69			
<b>4. Benlik</b>	18-24	13	19,30	5,53	1,173	,32	1>3 1>4
	25-40	24	19,12	3,72			
	40 ve Üstü	13	16,69	5,63			
<b>5. Geçmişten Ders Alma</b>	18-24	13	23,70	9,18	1,038	,36	-
	25-40	24	27,11	5,90			
	40 ve Üstü	13	27,92	7,56			

Yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda; Duygudurum Düzenleme puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [ $F(2,47)=3,384, p<05$ ]. Yapılan Post-Hoc analizi sonrasında ise 18-24 yaş arası katılımcıların duygudurum düzenleme puanlarının ( $X=17,80$ ), 40 yaş ve üstü ( $X=26,38$ ) olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Çizelge 3.3:** Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi

Değişken	Gelir Düzeyi	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>1. Geçmişle Yüzleşme</b>	Düşük	4	33,71	14,99	,682	,51	-
	Orta	25	38,60	11,05			
	Yüksek	21	34,00	13,91			
<b>2. İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama</b>	Düşük	4	22,85	8,74	3,816	,03	1<2
	Orta	25	29,32	6,23			
	Yüksek	21	23,83	4,57			
<b>3. Duygudurum Düzenleme</b>	Düşük	4	16,42	8,10	4,511	,01	1<2
	Orta	25	24,60	7,44			
	Yüksek	21	18,33	5,50			
<b>4. Benlik</b>	Düşük	4	19,14	5,66	,481	,62	-
	Orta	25	17,89	4,74			
	Yüksek	21	19,83	4,95			
<b>5. Geçmişten Ders Alma</b>	Düşük	4	24,57	10,79	,884	,42	-
	Orta	25	27,57	6,77			
	Yüksek	21	24,00	4,81			

Yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda; İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [ $F(2,47)= 4,511, p<05$ ]. Yapılan Post-Hoc analizi sonrasında ise düşük geliri olan katılımcıların ipucu temelinde geçmiş hatırlama düzenleme puanlarının ( $X=22,85$ ), orta geliri ( $X=29,32$ ) olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Duygudurum Düzenleme puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [ $F(2,47)= 3,816, p<05$ ]. Yapılan Post-Hoc analizi sonrasında ise düşük geliri olan katılımcıların duygudurum düzenleme puanlarının ( $X=16,42$ ), orta geliri ( $X=24,60$ ) olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

### 3.3 Yaygın Kaygı Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde ilk olarak yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların yaşlarına göre otobiyografik bellek işlevlerinin farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Daha sonra gelir düzeyine göre otobiyografik bellek işlevlerinin farklılık gösterip göstermediğine bakılmıştır.

**Çizelge 3.4:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Yaşlarına Göre Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi

Değişken	Yaş	n	Ort.	SS	t	p
1. Geçmişle Yüzleşme	25-40	25	35,76	10,39	,281	,78
	40 ve Üstü	21	34,81	12,23		
2. İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama	25-40	25	26,20	8,34	,951	,34
	40 ve Üstü	21	23,81	8,65		
3. Duygudurum Düzenleme	25-40	25	24,04	7,70	,419	,67
	40 ve Üstü	21	23,00	9,15		
4. Benlik	25-40	25	18,80	4,89	1,780	,08
	40 ve Üstü	21	15,86	6,31		
5. Geçmişten Ders Alma	25-40	25	24,76	6,27	,330	,74
	40 ve Üstü	21	24,00	9,26		

Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyut puanlarının yaşlarına göre farklılaşmasını belirlemek adına bağımsız t testi uygulanmıştır. 18-24 yaş arasında “3 kişi” olmasından dolayı “18-24 yaş” seçeneği analizden çıkartılmıştır. Yapılan bağımsız t testi analizi sonucunda; yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların yaşlarına göre otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyutları Geçmişle Yüzleşme, İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama, Duygudurum Düzenleme, Benlik ve Geçmişten Ders Alma puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ).

**Çizelge 3.5:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi

Değişken	Gelir Düzeyi	n	Ort.	SS	t	p
1. Geçmişle Yüzleşme	Orta	38	35,55	11,56	,189	,85
	Yüksek	9	34,78	8,25		

<b>2. İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama</b>	Orta	38	25,16	8,57	-,093	,91
	Yüksek	9	25,44	6,78		
<b>3. Duygudurum Düzenleme</b>	Orta	38	23,53	9,22	1,057	,29
	Yüksek	9	20,11	5,77		
<b>4. Benlik</b>	Orta	38	17,45	5,89	,639	,52
	Yüksek	9	16,11	4,25		
<b>5. Geçmişten Ders Alma</b>	Orta	38	24,53	8,05	,185	,85
	Yüksek	9	24,00	5,50		

Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre farklılaşmasını belirlemek adına bağımsız t testi uygulanmıştır. Kötü gelir düzeyine sahip “2 kişi” olmasından dolayı “kötü” seçeneği analizden çıkartılmıştır. Yapılan bağımsız t testi analizi sonucunda; yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların gelir düzeyine göre otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyutları Geçmişle Yüzleşme, İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama, Duygudurum Düzenleme, Benlik ve Geçmişten Ders Alma puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ).

### 3.4. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

**Çizelge 3.6:** Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6
<b>1 Anksiyete</b>	-					
<b>2 Geçmişle Yüzleşme</b>	,423**	-				
<b>3 İpucu Temelinde G. H.</b>	,210	,649**	-			
<b>4 Duygudurum Düzenleme</b>	,079	,594**	,515**	-		
<b>5 Benlik</b>	,084	,473**	,483**	,307**	-	
<b>6 Geçmişten Ders Alma</b>	,134	,769**	,754**	,696**	,627**	-

Not. r: Pearson Korelasyon Katsayısı, \*\*:  $p < 0.01$ , \*:  $p < 0.05$

Yapılan korelasyon analizinde; Borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile geçmişle yüzleşme arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r = ,423$ ,  $p < .05$ ). Borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği alt boyutları olan ipucu

temelinde geçmişî hatırlama( $r=.210$ ,  $p>.05$ ), duygudurum düzenleme( $r=.079$ ,  $p>.05$ ), benlik ( $r=.084$ ,  $p>.05$ ) ve geçmişten ders alma ( $r=.134$ ,  $p>.05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

### 3.5 Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyinin Otobiyografik Bellek İşlevlerini Yordamasının İncelenmesi

Borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyinin otobiyografik bellek işlevleri üzerindeki etkisinin incelenmesi için regresyon analizi kullanılmıştır. Daha sonra regresyon analizi yapılırken Çizelge 3.9’da yer alan korelasyon analizine bağlı olarak bağımlı değişken ile anlamlı ilişki çıkan alt boyut yordayıcı değişken olarak regresyon analizine dahil edilmiştir.

**Çizelge 3.7.** Anksiyete Düzeyinin Otobiyografik Bellek İşlevleri Alt Boyutu Geçmişle Yüzleşme Düzeylerini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişken	<i>B</i>	<i>Standart Hata</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
Anksiyete Düzeyi	Sabit	4,047	5,488		,737	,000
	Geçmişle Yüzleşme	,411	,141	,423	2,917	,006
$R = .423$ $R^2 = .179$ $R^2_{adj} = .158$ , $F(1,39) = 8,512$ , $p < .05$						

Anksiyete puanlarıyla oluşturulan modelde; otobiyografik bellek işlevleri alt boyutu geçmişle yüzleşme puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir ( $F(1,39) = 8,512$ ,  $p < .05$ ). Geçmişle yüzleşme puanlarındaki varyansın yaklaşık %17’si açıklanmaktadır ( $R^2 = .179$ ). Regresyon katsayılarına bakıldığında anksiyete ( $\beta = .423$ ,  $p < .05$ ) puanlarının pozitif yönde geçmişle yüzleşme puanlarını yordadığı saptanmıştır.

### 3.6 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

**Çizelge 3.8:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6
1 Anksiyete	-					
2 Geçmişle Yüzleşme	,128	-				

<b>3</b>	<b>İpucu Temelinde G. H.</b>	-,017	,810**	-		
<b>4</b>	<b>Duygudurum Düzenleme</b>	-,088	,682**	,737**	-	
<b>5</b>	<b>Benlik</b>	,127	,737**	,660**	,575**	-
<b>6</b>	<b>Geçmişten Ders Alma</b>	,028	,802**	,732**	,708**	,745** -

Not. r: Pearson Korelasyon Katsayısı, \*\*: p<0.01, \*: p< 0.05

Yapılan korelasyon analizinde; yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği alt boyutları geçmişle yüzleşme ( $r=,128$ ,  $p>.05$ ), ipucu temelinde geçmişi hatırlama ( $r=-,017$ ,  $p>.05$ ), duygudurum düzenleme ( $r=-,088$ ,  $p>.05$ ), benlik ( $r=,127$ ,  $p>.05$ ) ve geçmişten ders alma ( $r=,028$ ,  $p>.05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

### **3.7 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyinin Otobiyografik Bellek İşlevlerini Yordamasının İncelenmesi**

Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyinin otobiyografik bellek işlevleri üzerindeki etkisinin incelenmesi için regresyon analizi yapılması planlanmaktaydı ancak Çizelge 3.11’de yer alan korelasyon analizinde yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyi ile otobiyografik bellek işlevleri alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki çıkmadığı bulunmuştur. Anlamlı ilişki çıkmaması nedeniyle regresyon analizi yapılamamıştır.

## 4. TARTIŞMA

### 4.1 Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Yönünden Değerlendirilmesi

Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı katılımcıların puanlarının otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklılığın saptanması amacıyla bağımsız t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı katılımcıların Geçmişle Yüzleşme, İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama, Duygudurum Düzenleme, Benlik ve Geçmişten Ders Alma puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır. (H1)“Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastalarla, yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların otobiyografik bellek işlevleri açısından bir fark vardır. ” hipotezi reddedilmiş ve (H0)“Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastalarla, yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların otobiyografik bellek işlevleri açısından bir fark yoktur.” hipotezi kabul edilmiştir. Bu çalışmada H1 hipotezi için data verilerinin anlamlı çıkmama nedenlerine bakılırsa, pandemi dolayısıyla tanılı hastalara ulaşım sıkıntısı nedeniyle örneklem sayısının kısıtlı olma durumu yadsınmamalıdır.

Tsai ve Grosjean (2007) a göre borderline kişilik bozukluğunun (BKB) nöro-davranışsal bileşenleri üzerine yapılan çalışmalar, BKB'nin semptom ve davranışlarının temel nörobilişsel süreçlerdeki, özellikle de yürütücü nörobiliş ve hafıza sistemlerindeki bozulmalarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Krause ve Niedtfeld “The Latest Neuroimaging Findings in Borderline Personality Disorder” adlı çalışmasında amigdala ve insula'nın hiperaktivitesi, frontal beyin bölgelerinin azalmış bilgi alımı ile birlikte, sınır kişilikte bozulmuş duygu işleme ve duygu düzenleme yansıttığını bildirmiştir. Maurex ve Lekander'ın (2010) yaptığı başka bir çalışmada, otobiyografik belleğin işlevinin azalmasının, depresyon veya TSSB'den bağımsız olarak intihar girişimi öyküsü olan sınır kişilikteki bireylerinin önemli bir

özelliği olduğu doğrulanmış ve otobiyografik belleğin azalmış işlevi, border grubundaki zayıf sosyal problem çözmeye kapasitesi ile ilişkili bulunmuştur.

Dell'Osso ve Berlin (2008) sınır kişilikteki hastaları, hafıza, dikkat, dil ve yürütücü işlevlerdeki anormallikler dahil olmak üzere klinik biliş ve algı bozukluklarını çalışmalarında göstermiştir. Sınır kişilikteki hastalarda nörolojik işaretler (nörolojik muayenede hafif anormallikler) gibi nöropsikiyatrik anormallikler ve belirli nöropsikolojik testlerde ilişkili bozulma bulunmuştur. İlk nörodavranışsal çalışmalar, borderline kişilik ile sonradan edinilmiş veya doğuştan gelişimsel beyin disfonksiyonu (özellikle prefrontal ve temporolimbik disfonksiyon) arasında bir ilişki olduğunu öne sürmekte, bu da bazı BKB hastalarının bozulmuş bilişsel performansının kısmen organik faktörlere bağlı olabileceğine işaret etmektedir. Dell'Osso ve Berlin (2008) BKB ile ilgili NP araştırmalarının sistematik bir incelemesi, çoğu çalışmanın (%71) çeşitli bilişsel alanlarda anlamlı bozulma olduğunu ortaya koymuştur. Bu alanlar BKB hastalarında sözel ve sözel olmayan (görsel) bellek, görsel algı, görsel motor hız, ritim üretimi, çok yönergeli, çok öğeli, çağrışımsal işlemler şeklinindedir (örn., duygu tanıma ve planlama, bilişsel esneklik ve belirsizlik altında karar verme gibi yürütücü işlev bozuklukları).

Krause-Utz ve Oei'e göre (2012) BKB tanılı hastalar, hastalığı olmayan kontrol gruplarına nazaran, duygusal dikkat dağımlıklığı sırasında amigdala da önemli ölçüde daha yüksek aktivite ve anlamlı derecede daha uzun reaksiyon süreleri göstermiş ve bu, çalışma belleği görevi sırasında duygusal resimlerle daha fazla dikkatlerinin dağıldıklığını düşündürmüştür. Berlin et al sınır kişilikteki hastaların orbitofrontal korteks'dekine benzer ve OFC lezyonu olmayan hastalardan değişik olarak nöropsikolojik bozulmanın olduğunu bulmuşlardır. Sonuçlar, BKB'nin bazı temel özelliklerinin, özellikle dürtüselliliğin, OFC hasarının etkilerine benzer olduğuna işaret etmiştir ve OFC işlev bozukluğunun (örn., OFC'nin azalmış hacmi veya aktivitesi) BKB'deki bazı eksikliklere katkıda bulunabileceğini düşündürür ve yüksek duygusallık ve kişilik bozuklukları (nevrotik, içe dönük, düşük vicdanlılık) gibi BKB'nin diğer özelliklerinin diğer beyin sistemleriyle ilgili olduğunu vurgulamıştır. BKB hastalarında, duygusal ve kişilik bozukluklarını şiddetlendiren bir nörokimyasal dengesizlik veya hiperaktif/yanıt veren bir amigdala olabileceği düşünölmüştür. OFC, amigdala ile kapsamlı karşılıklı bağlantıları ile, duygusal ve davranışsal tepkilerin regülasyonunda ve uyarıcı-güçlendirme ilişkilerine dayalı karar verme ve

uyarlanabilir tepki seçimini yönlendirmede rol oynayabilmektedir. BKB hastalarında dürtü kontrolü ve sosyal biliş eksiklikleri, en azından kısmen OFC azalmış aktivitesinden kaynaklanabilirken, aşırı duygusallıkları temporolimbik işlev bozukluğu ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. BPD hastaları, değişken duygulanımları ile ilişkili olan tetikleyici bir yapıya sahip olduğunda, alakasız olan uyarımları aktif olarak bastırmakta zorluk göstermiştir. Ayrıca, beklenti hatalarıyla ölçüldüğü üzere dürtüsel olarak yanıt vermeye yönelik genel yatkınlıklarından farklı olarak, bir görevde (özellikle psikotik benzeri semptomları olan hastalarda) sağlıklı kontrol gruplarından daha fazla hata yapmışlardır.

Berlin ve Rolls, BKB'nin bazı semptomlarının OFC ile ilişkili problemlerle bağlantılı olabileceğini bulmuştur. Bu çalışma, borderline sendromunun farklı semptomlarının ayrılabilir olabileceğini ve bu yüzden farklı bilişsel deformasyonlarla ve farklı beyin sistemleriyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Sonuçlar kesin olmamakla beraber, araştırmalar BKB hastalarının prefrontal ve temporolimbik disfonksiyonu düşündüren bilişsel eksiklikler gösterdiğini ifade etmektedir. Monarch et al. kontrol gruplarına göre, yatan BKB hastalarının dikkat/uyanıklık ve frontosubkortikal ve temporolimbik beyin bölgelerini içeren sözel öğrenme ve hafıza alanlarında hasar görüldüğünü bulmuşlardır. BKB ile ilgili NP çalışmalarının bir incelemesinde, çalışmaların %83'ü, depresyondan bağımsız olarak, OFC ve dorsolateral prefrontal korteks ile bağlantılı genel veya spesifik eksiklikleri içeren bir veya daha fazla bilişsel alanda bozulma bulunmuştur.

Nöropsikoloji çalışmalarının bir meta-analizi, BKB hastalarının test edilen tüm NP alanlarında (dikkat, bilişsel esneklik, öğrenme, hafıza, planlama, hızlandırılmış işlem ve görsel-uzaysal yetenekler) sağlıklı kontrol gruplarından daha düşük performans gösterdiğini ve sözel olmayan işlevlerin özellikle hasarlı olduğunu göstermiş ve bu eksiklikler sağ yarımküreye daha güçlü bir şekilde lateralize edilmiştir. Kısaca, sonuçlar, BKB hastalarında bulunan NP hasar modelinin, çoğunlukla sağ yağ yarımkürede (örneğin, sözel olmayan yürütme işlevi ve görsel bellek kusurları) bir frontotemporal işlev bozukluğunu yansıttığını göstermektedir. Bu, BKB semptomatolojisine aracılık ettiği düşünülen hem OFC'i hem de amigdalayı içeren frontolimbik ağdaki yapısal ve fonksiyonel anormallikleri ıspatlayan BKB'nin nörogörüntüleme çalışmaları ile tutarlı bulunmuştur.

Borderline kişilik bozukluğunda bellek işlevlerinin bozulma ani öfke atakları esnasında ne yaptığını hatırlayamamaktan, çeşitli araştırmalarda yapılan tasklardaki reaksiyon süresindeki gecikmelere kadar bellek işlevlerindeki yeti yitimi seviyesinin yüksek olduğu literatürde mevcuttur. Ancak sınır kişiliğe sahip hastaların psikopatolojilerinin semptom özellikleri yüzünden araştırmaya açık olup olmadığı ayrıca incelenmesi gereken bir konu olarak düşünülmektedir. Çoğu MMPI testine giren sınır hastanın farkındalık ve dürüstlük değeri düşük çıkmaktadır, bu noktada kişinin kendi farkındalığını kazanmamış ve olgunlaşmamış yönlerinden kaynaklanan bir test edilemezlik problemi olabilmektedir. Ayrıca borderline katılımcı kullanan çoğu çalışmanın örneklem sayısı genel olarak sınırlı kalmıştır. Bu durumda çalışmaların genellenilebilirliği ve güvenilirliği düşmektedir. Bu duruma sebep olarak yeniden sınır hastalarının çalışma prensip ve disiplinine uymakta zorluk çekmesi, dürtüsellik ve hafıza problemleri gibi semptomlar kişinin araştırmaya katılma ya da devam etme konusundaki istikrarını zedeleyebilecek etmenler olabileceği düşünülmüştür.

Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanımlı katılımcıların puanlarının otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklılığın saptanması amacıyla bağımsız t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Borderline Kişilik Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanımlı katılımcıların Geçmişle Yüzleşme, İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama, Duygudurum Düzenleme, Benlik ve Geçmişten Ders Alma puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır. Ancak literatür bu bilgiye ters düşecek datalar içermektedir.

Anksiyete değişkeni ele aldığımda ise çalışmada anlamlı sonuç vermemesine rağmen literatüre göre bilgi işleme modelleri, kaygılı kişilerin ruh hali ile uyumlu tehdit bilgileri için bellek yanlılıkları ile karakterize edildiğini öne sürmektedir. Mantella ve Butters (2007) yaptıkları araştırmada sağlıklı katılımcılarla karşılaştırıldığında, kaygılı olan deneklerin kısa süreli ve gecikmiş hafıza ölçümlerinde bozulma görüldüğünü ifade etmişlerdir. Çalışmada, endişeli denekler kısa süreli bellekte bilişsel bozukluklar sergilemişler; kontrol grubu ile karşılaştırıldığında depresif hastalar, endişeli deneklerde belirgin olmayan yürütücü işlev bozukluğu ve daha genel bilişsel bozukluklar göstermiştir.

Sinoff, ve Werner (2003) araştırmasındaki sonuçlara göre kaygı ve hafıza kaybı yoğun bir şekilde ilişkilidir ve bu durumun varlığının depresyon yoluyla doğrudan veya dolaylı olarak gelecekteki bilişsel bozulma adına kuvvetli bir yordayıcı olduğu öngörülmüştür. Ayrıca anksiyete sonucunda meydana gelen ilk sorunun hafıza kaybı olduğu da ek olarak ifade edilmiştir. Bu sebeple, depresyon gibi kaygı da muhtemelen gelecekteki bilişsel gerilemenin erken bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Anksiyete, tehdit edici uyarılara, kaygılı ruminatif düşüncelere ve bozulmuş konsantrasyona ile karakterize olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı katılımcılarla gerçekleştirilen eski araştırmalar, çalışma belleğinin uyarılmış kaygı tarafından bozulduğunu, ancak artan görev talebinin kaygıyı azalttığını ve çalışma belleğinin(WM) korunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan hastaların anksiyetelerini azaltırken zor çalışma belleği görevlerindeki performanslarını benzer şekilde normalleştirip normalleştiremeyecekleri bilinmemektedir. Sürekli kaygıda artan tehdide bağlı önyargı, hastaların zorlu görevlerden kaygı düzeyi düşük olanlarla aynı bilişsel ve duygusal faydaları sağlayamayacaklarını düşündürmektedir.

Vytal ve Arkin (2016) çalışmasına göre YAB hastalarının performansının, çalışma belleği yükünden bağımsız olarak tehdit altında bozulduğu gözlemlenmiştir. Her iki grupta da bilişsel yük arttıkça kaygı seviyesinin azaldığı görülmektedir.

Moon ve Jeong'un (2015) yaptığı daha organik temelli çalışmada ise nötr uyaran maruziyeti esnasında, YAB hastaları kontrol gruplarına kıyasla fusiform girus, superior parietal girus, prekuneus, superior oksipital girus, lingual girus, kuneus, kalkanin girus, parahipokampal girus ve serebellar kortekste önemli ölçüde daha düşük aktiviteler göstermiştir. Anksiyete yaratan uyaran verildiği esnada, YAB hastaları hipokampusta anlamlı olarak daha yüksek aktivite sergilerken, dorsolateral prefrontal korteks, fusiform girus, superior parietal girus, prekuneus, superior oksipital girus ve serebellar kortekste daha düşük aktivite sergilemişlerdir. Bahsi geçen araştırma, YAB hastalarında çalışma belleği incelemesi esnasında nötr ve kaygı veren uyarılarla ilişkili duygusal düzenleme ve bilişsel işlev arasındaki etkileşimle ilişkili belirli beyin alanlarını tanımlamıştır ve YAB tanısı almış olan hastalar, çalışma belleği bakımından nötr ve kaygı veren uyarıların maruziyeti esnasında kontrol grubuna kıyasla görsel bilgi ,görsel ilişki işleme ve görsel hareket alanında anlamlı ölçüde daha düşük aktiviteler göstermişlerdir. Literatürün

genelindeki analizlerden hareketle hem borderline kişilik bozukluğuna hem de yaygın kaygı bozukluğuna sahip kişilerin bellek işlevlerinde genellikle yeti yitimi saptandığı düşünölmüştür.

Aşırı kaygı doğası gereği kişinin işlevselliğini bozan ve oldukça sık karşılaşılan bir psikopatoloji olmasının yanı sıra bellekteki bozulmaların odak sebeplerinden biri olarak araştırmalarca ifade edilmiştir. Literatürdeki kaygıyı kapsayan bellek bozukluklarına ek olarak, kaygının sebeplerine bakarak da hangi nedenlerle yaşanan kaygının hangi ve ne derece bellek bozukluğuna sebebiyet vermiş olduğu da önemli bir alan olarak görölmüştür. Çoğu kaygı bozukluğu yaşayan kişinin gizli mükemmelliyetçi ya da narsistik örüntüye sahip olduğu görölmektedir. Bu tür kişilerde psikotik bir mükemmelliği, herkesten üstün olmayı arzulama ve her şeyi kontrol altında tutma dürtüsü kişileri bir insan organizmasının yapamayacağı kadar büyük beklentilere sokabilmekte ve sonucunda kaygı, depresyon, konsantrasyon ve bellek bozulmalarını getirebilmektedir. Diğer bir psikopatoloji ışığında yorumlanırsa kişi kaçınan ya da bağımlı kişilik tipinde olduğu için de kaygı yaşayabilmektedir ve bu noktada kendisini üçüncü kişilere beğendirme ve onay alma arzusunda olduğundan ötürü benliğinden yine bir insana göre fazla yarıtanrısal görevler başarmasını bekleyip ulaşılamaz hedefler koyduğu için kaygı hissiin yüklenebileceği düşünölmüştür. Bu noktada kaygının ne sebeple ortaya çıkmış olduğu, bellekteki bozulma sistemlerinin hangilerini etkilediğini yordayıp yordamadığı önemli ve aydınlatılması gereken bir alan olarak görölmüştür.

#### **4.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Yaygın Kaygı Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyut puanlarının yaşlarına göre farklılaşmasını belirlemek adına bağımsız t testi uygulanmıştır. 18-24 yaş arasında “3 kişi” olmasından dolayı “18-24 yaş” seçeneği analizden çıkartılmıştır. Yapılan bağımsız t testi analizi sonucunda; yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların yaşlarına göre otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyutları Geçmişle Yüzleşme, İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama, Duygudurum Düzenleme, Benlik ve Geçmişten Ders Alma puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre

farklılaşmasını belirlemek adına bağımsız t testi uygulanmıştır. Kötü gelir düzeyine sahip “2 kişi” olmasından dolayı “kötü” seçeneği analizden çıkartılmıştır. Yapılan bağımsız t testi analizi sonucunda; yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların gelir düzeyine göre otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyutları Geçmişle Yüzleşme, İpucu Temelinde Geçmiş Hatırlama, Duygudurum Düzenleme, Benlik ve Geçmişten Ders Alma puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır. Bu noktada H5 hipotezi “Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmaktadır.” reddedilmiştir.

Yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda borderline kişilik bozukluğu için; Duygu durum düzenleme puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Yapılan analiz sonrasında ise 18-24 yaş arası katılımcıların duygu durum düzenleme puanlarının, 40 yaş ve üstü olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Bu noktada H4 hipotezi “Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmaktadır.” yaş ve gelir değişkeni açısından kabul edilmiştir. Bu sonuçtan yola çıkarak genç yetişkinlerin sadece duygu durum düzenleme ve geçmişten öğrenme alt ölçeği açısından 40 yaş üstü katılımcılara kıyasla geçmişi anımsayıp günlük hayatta kullanma eğilimlerinin daha fazla olduğu yorumu yapılabilmektedir. Genel literatür ile ters düşen bu bulgunun sebepleri arasında 40 yaş ve üstünün genel yaşam tecrübesinin daha fazla olması sebebiyle aslında elinde daha fazla kullanıma açık bilgi seti olduğu düşünülmüştür. Bir başka görüş olarak bellek alt ölçeğinde yalnız duygu durum düzenleme alt ölçeğinin farklılaşmasında 40 yaş ve üstü katılımcıların sahip oldukları tanıya alışmış ve duygu durumlarını kontrol altında tutmada ustalaşmış olabilecekleri öngörülmüştür. Ek olarak pandemi sebebiyle tanılı hasta örnekleminin ulaşımının kısıtlı olmasının bu noktada sonuçları olumsuz anlamda etkilemiş olduğu düşünülebilmektedir.

Bellek işlevlerinin salt duygu durum düzenleme alanına bakıldığında bir çalışmada, Isaacowitz (2012) duygudurum düzenlemesinde genç ve yaşlı yetişkinler arasındaki farklılıkların altında yatan mekanizmaların olabileceğini önermiştir, ancak bu mekanizmaların duygudurum sonuçlarını öngördüğü henüz kanıtlanmamıştır.

Genç yetişkin beyni devam eden bir olgunlaşma sürecindedir ve yürütücü işlevler hala tam olarak gelişmemiştir, Steinberg'in kaleminden “... ruh halinin ve

motivasyonun aşırı derecede düşük olması gibi optimal olmayan gelişim kalıpları... veya uyarılmanın yetersiz kontrolü” şeklinde ifade edilmiştir. Kontrol grubu ile gerçekleştirilen bir karşılaştırma çalışmasında, tanı almış depresif genç yetişkinlerin hem olumsuz hem de olumlu duygulanım yaşadıkları, ancak sorunun olumsuz duygulanımı bırakma ve olumlu duygulanımı devam ettirmedeki güçlükten dolayı olduğu görülmüştür. Yazarlarca, klinik olarak tanı almış olan çocuk ve ergenlerde duygu düzenleme sürecine artan bir odaklanma bulunmaktadır. Larsen, duygu durum düzenlemesinin kontrolüne dayanan bir teori önermiştir: "İnsanların ruh hallerine sahip olmasını istiyoruz, ancak ruh hallerinin mutlaka insanlara sahip olmasını istemiyoruz. Yani, insanlar ruh hallerinin kontrolünü ele alabilir, belirli ruh hallerinin ne kadar süreceğini düzenleyebilir veya ruh hallerinin ifadesini düzenleyebilir.” şeklinde ifade etmiştir. Tedaviye ihtiyaç duyan genç yetişkinler arasında, olumlu duygulanım yaşamadaki güçlüklerin ve olumsuz duygulanımın yüksek yoğunluğunun, artan intihar eğilimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Negatif duygusal anıları yoğun bir şekilde anımsama ve olumlu anıları geri çağırmada zorluklar gibi otobiyografik anıların bozuk işlenmesi depresif yetişkinlerde sık görülmektedir. Umutsuzluk intihar girişimleriyle ilişkilidir ve depresif hastaların olumsuz otobiyografik anılara seçici dikkati ile umutsuzluğun gelişimi arasında bir ilişki olabileceği öngörülmüştür. Farklı bir değişken olan intihar, duygu durum düzenleme yetersizliği olarak ele alınırsa, küresel olarak intihar, 15-29 yaş grubunda ikinci ölüm nedeni olarak kaydedilmiştir. Genç erişkinlikte intihara teşebbüs ihtimalinin çoğunlukla ergenlik döneminde başladığı görülmektedir. Ergenlikte intihar girişimleri, yetişkinlikte daha şiddetli psikiyatrik, tıbbi ve sosyal sonuçlarla da bağlantılı bulunmuştur.

Duygusal nörobilimden bir terim olan yeniden konsolidasyon, otobiyografik belleğin etkinleştirildiğinde, kısa sürede duygusal değerini değiştirebilmesi ve kişisel belleğin bir parçası olarak yeni duygusal değerlik ile yeniden pekiştirilmesi anlamına geldiği ifade edilmiştir. Psikoterapide bir değişim mekanizması olarak belleğin yeniden pekiştirilmesine artan bir ilgi bulunmaktadır ve belleğin yeniden pekiştirilmesine dayalı çokça psikoterapi protokolü sunulmuştur. Hafızayı yeniden pekiştirmeye odaklanan tedavi, olumsuz hatıralardan doğan kötü tesiri etkisiz hale getirme olasılığını öne sürmektedir. Bu tedavi yöntemi, Wolpe'nin karşı koşullandırma ilkelerine benzer görülmüştür: "Anksiyeteyi uyandıran uyaranların varlığında

anksiyeteye karşı antagonistik bir tepkinin ortaya çıkması sağlanabiliyorsa, buna anksiyete tepkilerinin tamamen veya kısmen bastırılması eşlik ediyorsa, bu uyarılar ile kaygı tepkileri arasındaki bağ zayıflayacaktır” şeklinde ifade edilmiştir. Bahsi geçen araştırmanın amacı, depresif ergenlerle, tedavi ile hafızayı yeniden birleştirmeye dayanan bir protokol olan duygudurum düzenlemeye odaklı bilişsel davranışçı terapi olarak vurgulanmıştır.

Högberg ve Hällström (2018) yaptığı çalışmada, BDT'den sonra intihar eğiliminin azalması önemli bir bulgu olarak literatürde yerini almıştır. İlk etapta bu farkı açıklayabilecek gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ama BDT tedavisinin belirli bir özelliği, intihar durumunun tanımlanması ve düzenlenmesi olarak görülmektedir. Protokol, güçlü olumsuz duyguların güvenli bir şekilde işlenmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Protokoldeki ruh hali haritası, özellikle fazla kaygılı bir zihinde intihar eğilimini ve ayrıca korku, öfke, acı ve keder karışımını göstermiştir. Bu önem arz eden bir noktadır örneğin, saldırganlığın hem yetişkinlerde hem de ergenlerde intihar eğiliminin önemli bir yordayıcısı olduğu öne sürülmüştür ve ayrıca duygu düzenleme bozukluğu olan ergen ve genç yetişkinlerde intihar düşüncesinin kronik bir yörüngesi bulunmaktadır. BDT protokolünde duygusal ve davranışsal problem çözmeye odaklanmak önemli olabileceği düşünülmüştür, çünkü problem çözmedeki zorluklar ergenlerde ve genç yetişkinlerde intiharın bir parçası olarak tanımlanmıştır. Yoğun depresif ve intihar eğilimli çocuklar için erken bir aşamada etkili tedaviler geliştirerek intiharın engellenmesine yadsınamaz bir ihtiyaç olduğu görülmektedir. BDT, tedavi olarak yorumlanan güvenli bir bağlamda intihar durumunun olumsuz duygusal içeriğini değiştirmeye odaklanma amacı içermektedir.

Derek ve Livingstone (2015) yetişkinlikte duygu regülasyonunu incelemek için mobil göz hareketlerini izlemenin ilk kullanımını temsil eden iki çalışma rapor etmiştir. Durağan göz takibi kullanarak dikkat dağıtımında yaş farklılıkları üzerine yapılan araştırmalar, yaşlı yetişkinlerin daha olumlu görüldüğünü ve genç yetişkinlere kıyasla bu görünüm modelinden ruh hali açısından daha fazla fayda sağladıklarını ileri sürmüştür. Çalışma 1, genç ve yaşlı bireylerin genellikle benzer oranlarda değerli uyarıları seçtiklerini ve dikkatli seçimin, yaş grupları arasında ruh hali üzerinde benzer etkilere sahip olduğunu göstermiştir. Çalışma 2, bu modeli orta yaşlı bireyleri içeren bir yetişkin yaşam süresi örneğiyle tekrarlamıştır. Duygu

düzenleme ile ilgili dikkat, uyarıların özgürce seçilip seçilmemesine bağlı olarak farklılık gösterebileceği öngörülmüştür.

Soubelet ve Salthouse'un (2011) araştırmasında artan yaşın, daha sağlıklı duygusal düzenleme ve kişilik farklılıklarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Artan yaş, daha düşük düzeyde olumsuz duygulanım ve nevrozizm ile bağlantılı olup, daha yüksek düzeyde olumlu duygulanım, yaşam doyumu, uyumluluk ve vicdanlılık ile ilişkili olmak üzere, sosyal istenilebilirlik ölçeğindeki puanlar, yaş ve arzu edilen öz bildirim özellikleriyle pozitif ilişkili bulunmuştur.

Bellek işlevlerinin diğer alt boyutlarına bakıldığında literatür, yaşlı kişilerin genç yetişkinlere nazaran daha düşük bellek işlevleri performansı gösterdiğini aktarmaktadır. Dikotik dinleme deneylerinin tek görev koşullarındaki kontrolsüz yaş farklılıkları sorunu Parkinson ve arkadaşları tarafından tartışılmıştır (1980), birçok araştırmanın yaşlı bireylerin genç meslektaşlarına göre daha küçük bellek aralıklarına sahip olma eğilimlerini bildirdiğine vurgu yapılmıştır.

Salthouse ve Rogan (1984) yaptığı çalışmada bölünmüş dikkat azalmasını ölçmek için birçok farklı çalışmada yaşlı yetişkinlerin genç yetişkinlere göre daha düşük performansta olduğu bulunmuştur. Salthouse ve Rogan (1984) , üç ayrı deneyde, genç ve yaşlı yetişkinlerin aynı anda sunulan harf ve rakam dizilerini hatırlama etkinliklerini karşılaştırmıştır. Bu dikkat özelliklerinden elde edilen ölçümler, ikili görev zorluğu her konu için ayrı ayrı planlanmış olmasına rağmen, yaşlı yetişkinlerin dikkatleri iki görev arasında paylaştırıldığında genç yetişkinlerden daha kötü performans göstermişlerdir.

Risk altında karar vermenin yaşla birlikte değiştiği düşünülmektedir. Yaşla birlikte riskten kaçınmadaki artışlar yaygın olarak karakterize edilmiştir, ancak yaşlı yetişkinlerin bazı karar bağlamlarında risk arayabildikleri kaydedilmiştir. Önemli ve cevaplanmamış bir soru, karar vermedeki bu değişikliklerin yaşlanmanın doğrudan bir etkisini mi yoksa alternatif olarak belirli bilişsel süreçlerde yaşa bağlı değişikliklerin neden olduğu dolaylı bir etkiyi mi yansıttığıdır. Debra ve Madden'in yaptığı çalışmada (2010) sonuçlar, yaşın karar kalitesi üzerindeki etkilerini - hem artan risk arayışı hem de farklı görevlerde artan riskten kaçınma açısından - göstermiştir. Ek olarak yaşa bağlı etkilere, işlem hızı ve hafızadaki bireysel farklılıkların da aracılık ettiği ileri sürülmüştür. Bu değişkenler çalışmaya dahil

edildiğinde, yaş, karar kalitesinin önemli bir yordayıcısı olarak görülmemektedir. Araştırmacılar, yaşlanmaya atfedilen risk ve karar verme tercihlerindeki ilgili değişikliklerin yerine, altta yatan bilişsel kapasitelerdeki yaşa bağlı değişikliklerin aracılık ettiğini ifade etmişlerdir. Literatürde bulunan analizler sonucu genellikle çalışma belleği yüklemesinin yaşlı bireyler için özel bir problem olduğu görüşünü destekler nitelikte olduğu düşünülmüştür.

Yaşlanma, hipokampal işlemeye bağlı olarak hafıza yeteneklerinde azalma ile karakterize olarak ifade edilmektedir. Maggiore, ve Sekuler (2000) hipokampus ve ilgili kortikal alanlar arasındaki fonksiyonel etkileşimlerin yaşa göre değişip değişmediğini araştırmışlardır. Genç ve yaşlı katılımcıların beyin aktiviteleri, kısa süreli bir hafıza görevi gerçekleştirirken pozitron emisyon tomografisi (PET) kullanılarak ölçülmüştür. Yapısal eşitlik modellemesi nöral etkileşimlerin nicelleştirilmesi, değişik bir hipokampal ağın yaşlı bireylerde performansı desteklediğini ileri sürmüştür. Prefrontal korteks Brodmann alanı, fusiform gyrus ve posterior singulat gyrus dahil olmak üzere genç bireylerin meşgul olduğu sinir ağının aksine, yaşlı bireyler tarafından sağlanan ağın çoğunlukla dorsolateral prefrontal korteksi içerdiği görülmüştür. Yaşlı bireylerde görsel hafıza için ayrı bir kortikolimbik ağın devreye girmesi, yaşa bağlı nörobiyolojik bozulmanın sadece odaksal değişikliklerle değil, aynı zamanda ağ operasyonlarının modifikasyonu da sonuçlandığını düşündürmektedir.

Dobbs ve Rule (1989) tarafından yürütülen, yetişkinlerde kısa süreli belleğin aktif ve pasif ölçümlerinin karşılaştırıldığı araştırmada çalışma belleği görevi için, 60 ila 69 yaş ve 70+ yaş arasında anlamlı bir şekilde kabiliyetlerde düşüş gözlemlenmiştir. Kısa süreli bellekte yaşa bağlı eksiklikler literatürde oldukça yaygın olarak rapor edilmiştir. Yaşlanmayla birlikte kısa süreli belleğin azalmasına yönelik farklı açıklamalar, farklı tahminlere yol açmaktadır. Nyberg ve Backman'ın (1996) yaptığı çalışmada sonuçlar, hafıza performansındaki yaş farklılıklarının karşılaştırılmasında, ilgili arka plan faktörlerinde yaş farklılıklarının dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır. Daha da önemlisi, farklı test sınıfları (epizodik testler, anlamsal testler ve bir hazırlama testi) dahil edilerek, arka plan faktörlerindeki farklılıkları kontrol etmenin bazı bellek biçimleri için diğerlerinden daha kritik olduğu kaydedilmiştir. Ayrıca, arka plan faktörlerindeki farklılıklar dikkate alındıktan sonra, yaşın epizodik hafızanın önemli bir yordayıcısı olarak kaldığı ancak anlamsal

hafızaya ait böyle bir bulgu olmadığı bulunmuştur. Bu bulgu, muhtemelen yaşlanmaya eşlik eden nöronal değişikliklerin neden olduğu, epizodik bellek için "organik" bir yaşa bağlı bellek bozukluğunu düşündürmektedir.

Demografik bilgilere dahil edilmiş olan başka bir değişken sosyoekonomik statüdür ve "gelir" başlığı altında incelenmiştir. Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastalar için yapılan analiz sonrasında, düşük geliri olan katılımcıların ipucu temelinde geçmişi hatırlama düzenleme puanlarının, orta geliri olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Duygu durum düzenleme puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Yapılan analiz sonrasında ise düşük geliri olan katılımcıların duygudurum düzenleme puanlarının, orta geliri olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Yani gelir durumu arttıkça orta düzey gelir seviyesine sahip katılımcılar geçmişi daha çok hatırladığı ve duygu düzenleme puanları da aynı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Düşük gelir seviyesine sahip olan katılımcılar geçmişi daha az hatırladıkları kaydedilmiştir. Ancak buradaki verilerden direkt olarak gelir seviyesi düşük olan katılımcıların bilişsel fonksiyonlarında bozulma olması sonucu olduğu düşünülmemektedir. Gelir seviyesi düştükçe kişinin maruz kalacağı stres seviyesinin artacağı varsayıldığında kullanacağı savunma mekanizmalar ve dahil edilebilecek farklı disiplinlerin sonucu etkileyebileceği öngörülmüştür.

Sigmund Freud (1894, 1896), yazılı eserleri boyunca atıfta bulunduğu bir dizi ego savunmasına dikkat çekmiştir. Kızı Anna Freud (1936) bu fikirleri geliştirmiş ve kendi düşüncelerini de ekleyerek detaylandırmıştır. Tatsız düşünceler, acı veren anılar veya mantıksız inançların bireyleri depresif duygu durumuna sürükleyebileceği düşünülmektedir. Duygularla yüzleşmek yerine, onları tamamen unutmak umuduyla bilinçsizce saklamayı seçebilme eğilimi sıklıkla gözlemlenebilmektedir. Ancak bu, anıların tamamen ortadan kalktığı anlamına gelmemekle beraber davranışlar ve gelecek ilişkiler üzerinde önemli etkiye sahip olabilmektedir ve savunma mekanizmasının yarattığı etkinin farkında olunmama olasılığının yüksek olduğu varsayılmaktadır. Anna Freud'un "güdülenmiş unutma" olarak da adlandırdığı bastırma (repression) bahsi geçen durumu tanımlamaktadır: tehdit edici bir durumu, kişiyi veya olayı hatırlayamamak olarak adlandırılmaktadır. Bunun, uzun vadede çok işlevsel bir savunma metodu olmadığı düşünülmekte;

rahatsız edici arzuları, fikirleri veya anıları, gizli olsalar da endişe yaratacakları için bilinçaltına karşı bir zorlamayı içerdiği gözlemlenmektedir. Bastırılmış anılar, bilinçaltı yollar ve rüyalar veya dil sürçmeleri ("Freudyen sürçmeler") gibi değiştirilmiş biçimlerde yüzeyle gelebilmektedirler ve bu ortaya çıkmalar bu çalışmada olması mümkün görüldüğü gibi, bilişsel bozulmaya bir işaretmiş gibi bir algı dahi yaratabilmektedir. Peki sosyoekonomik statünün bellek üzerindeki etkisi hakkında literatürün verileri ne şekildedir?

Solis ve Canseco'nun (1984) yürüttüğü çalışmada değerlendirme için seçilen grup, ortalama yaşı 25 olan, yüksek ve düşük gelir seviyelerine sahip sağlıklı bireylerden oluşturulmuştur. Hepsi Luria'nın Ardila, Ostrosky ve Canseco tarafından (1981) uyarlanan nöropsikolojik değerlendirme bataryası tarafından değerlendirilmekte olup, dokuz farklı alanı ölçmekteydi, bunlar: Motor Fonksiyonlar, Bedensel Duyusal Bilgi, İşitsel Bilgi, Görsel-uzaysal Bilgi, Bilişsel Süreçler, Dil, Okuma, Yazma ve Temel Hesaplamalar, şeklindedir. Sosyokültürel düzey ile cinsiyet arasında anlamlı bir etkileşim de gözlenmekteydi. Cinsiyetler arasındaki farklılıklar sadece düşük gelir seviyesindeki katılımcılarda gözlemlenmekteydi. Yapılan faktör analizi, sosyokültürel düzeye en duyarlı öğelerin, bir yandan dilin karmaşık yapısal ve kavramsal yönlerinin ele alınması, diğer yandan motor dizilerin organizasyonu ve genel olarak motor programlama ile ilgili olduğunu ileri sürmektedir.

SES sağlık sorunlarıyla yakından ilişkilidir, ancak bu ilişkiyi açıklayabilecek psikososyal ve davranışsal mekanizmalar hakkında literatür çok kapsamlı görünmemektedir. Araştırmacılar çoğunlukla SES'i incelemek yerine kontrol ya da elemine etmektedir. İncelendiğinde, genellikle sadece daha düşük SES'in etkileri araştırılmaktadır. Bununla birlikte, SES'in tüm seviyelerinde sağlıkla dereceli bir ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır; bu, SES'in sağlık etkilerinin uygulanabileceği alanlar hakkında yeni düşünceleri gerektiren bir gözlem olarak düşünülmüştür. Nöropsikolojik araştırmalar, kültürel faktörlerin dilsel işlevlerle ilgili olmasının yanı sıra diğer bilişsel işlevleri de etkilediğini göstermektedir (Rosseli ve Ardila, 2003). İnsan organizmasının anne karnındaki gelişimi ve dünyaya geldiği andan itibaren büyüme gelişme ve bilgi toplama süreçlerini içerdiği çalışmalarca sunulmuştur. Bu süreçler esnasında genetiğe ek olarak, alınan gıdaların kalitesi, çocukluk döneminde ve devamında maruz kaldığı travma, uyaran fazlalığı, bakım veren özellikleri, aldığı eğitim ve bulunduğu sosyal çevre ve çoğaltılabilecek çeşitli

değişken topluluğu bireyin bilişsel fonksiyonlarının oluşmasında oldukça önemli olarak görülen değişkenlerdir. Gelir, burada yaşamsal rol üstlenmektedir çünkü çocukluk çağından itibaren anne karnındaki stres seviyesi, yenilen yiyecekler, uyaran fazlalığı (oyuncak çeşitliliği vb.) ve devamında öğrenim koşulları ve yaşam tecrübeleri kişinin gelecek nörobilişsel özellikleri için yaşamsal roller oynadığına işaret etmektedir. Eğitimle bazı ilişisellikler bulunmuştur, düşük eğitilmiş denek gruplarında, bilişsel testlerdeki performans değişkenliği, yüksek eğitilmiş deneklere kıyasla çok daha yüksek bulunmuştur (Bertolucci Brucki, Campacci, & Juliano, 1994). Olası bir açıklama, kişinin yaşamı boyunca okuma ve yazma alışkanlıklarının bilişsel test sonuçlarını etkilemesidir. Okuma alışkanlıklarının geçmişi, dil performansı ve diğer bilişsel işlevlerle ilişkilendirilebilmektedir (Pawlowski, Remor, Parente, Salles, Fonseca ve Bandeira, 2012). Düşük eğitilmiş bireylerde performans değişkenliğinin fazla olması, eğitimin zihinsel organizasyonu homojenleştirdiğini düşündürebilmektedir, ancak okuma ve yazma alışkanlıkları gibi diğer faktörlerin de düşük eğitilmiş deneklerde performansa müdahale edebileceği öngörülmüştür. Eğitim kalıplarındaki heterojenlik ve kültürel bağlam, iş taleplerinin geçmişi ve okuma ve yazma alışkanlıkları gibi diğer faktörlerin etkisi nedeniyle düşük eğitilmiş bireylerde işlevsel okuryazarlık düzeyinin resmi olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür (Carthery-Goulart ve ark., 2009). Bu çalışmalar, bu popülasyona bilgi aktarmanın yollarının iyileştirilmesi ve bilişsel tarama testlerinin tanısallık doğruluğunu geliştirmek için kesme puanlarının ayarlanması gerektiğini göstermektedir (Brucki, Mansur, Carthery-Goulart ve Nitri, 2011; Carthery-Goulart ve ark., 2009). Sosyal faktörlerin, nöropsikoloji çalışmalarının karmaşıklığını artıran eğitim değişkeni, yaşla da ilişkilendirilebilir. Moraes, Fonseca ve arkadaşlarının (2010) veri tabanındaki görevleri kullanarak sözel akıcılık kabiliyetini analiz etmiştir. Olasılık analizlerine dayanan eğrilerle ve orta düzeyde eğitime sahip yetişkinlerin yaşla birlikte bir azalma sergilediği bulunmuştur. Ancak, düşük eğitilmiş ve kapasiteleri düşük olarak nitelendirilen deneklerde hemen hemen hiç düşüş gözlemlenmemiştir. İleri yaşlarda orta düzeyde eğitime sahip bireyler, düşük eğitime sahip bireylerden farklı görülmemiştir. Eğitime ek olarak, Pawlowski ve ark.'nın (2012) çalışmasına göre okuma ve yazma sıklığının ve eğitimle ilişkili alışkanlıkların, dikkat, hafıza, aritmetik beceriler, dil, pratik, problem çözme ve sözlü akıcılık görevlerinde nöropsikolojik performansı etkilediği gözlemlenmiştir.

Parente ve Goulart (2012) çalışmasında Brezilya nöropsikolojisinin tarihi, sosyokültürel faktörlerin önemine odaklanarak farklı nöropsikolinguistik aşamalarda izlenmiştir. Bu yaklaşıma dayalı olarak, afazili çocuklar ve okuma yazma bilmeyen afazili kişilerle ilgili Brezilya çalışmaları uluslararası çapta dağıtılmıştır. Brezilya araştırmaları, beyin lezyonlarının neden olduğu eksiklikleri göstermektedir. 2000'lerin başında, yaşlanmanın nöropsikolojisinin gelişmesi, sadece dil araştırmalarında değil, aynı zamanda eğitim düzeyine, okuma ve yazma sıklığına göre sosyokültürel faktörlerin karmaşıklığı konusunda farkındalığı artırmıştır. Okul türü ve bu faktörler arasındaki etkileşimler ve biyolojik faktörler, özellikle eğitim düzeyi ve yaş arasında ilişki gözlemlenmiştir. Herhangi bir topluluğun eğitim düzeyini değerlendirmek aslında oldukça karmaşıktır ve öğretim sistemine ve kalitesine göre değişebilmektedir. Bu karmaşıklığın artması, yaş ve okuma alışkanlıkları ile ilgili ilişkilerin de bulunması, daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Farklı bilişsel bileşenler, özellikle de hala tam olarak anlaşılabilen yürütücü işlev için hem ekolojik hem de işlevsel kısa araçlar geliştirme ihtiyacını göstermektedir (VerdejoGarcía & Bechara, 2010).

#### **4.3. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Yaygın Kaygı Bozukluğu Tanılı Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Yapılan korelasyon analizlerinde; Borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile geçmişle yüzleşme arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyutları geçmişle yüzleşme, ipucu temelinde geçmiş hatırlama, duygudurum düzenleme, benlik ve geçmişten ders alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği alt boyutları olan geçmişle yüzleşme, ipucu temelinde geçmiş hatırlama, duygudurum düzenleme, benlik ve geçmişten ders alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu noktada H2 hipotezi “Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların kaygı düzeyleri ile otobiyografik bellek işlevleri arasında ilişki vardır.” reddedilmiş olup, H3 hipotezi “Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların kaygı düzeyleri otobiyografik bellek işlevlerini yordamaktadır.” geçmişle yüzleşme alt boyutu açısından kabul edilmiştir. Anksiyete puanlarıyla oluşturulan

modelde; otobiyografik bellek işlevleri alt boyutu geçmişle yüzleşme puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Geçmişle yüzleşme puanlarındaki varyansın yaklaşık %17'si açıklanmaktadır. Regresyon katsayılarına bakıldığında anksiyete puanlarının pozitif yönde geçmişle yüzleşme puanlarını yordadığı saptanmıştır.

Tüm kişilik bozuklukları gibi borderline kişilik bozukluğunun da birçok komorbiti bulunmaktadır. Bunlar yeme bozukluğu, madde kötüye kullanım, depresyon, çeşitli intihar ve kendini sabote edici davranış ve anksiyete bozuklukları şeklinde sıralanıp ve çoğaltılabilmektedir. Analizler sonucunda elde edilen datalarda geçmişle yüzleşme alt faktörü ve kaygı arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmektedir. Borderline kişiliğe sahip olup kaygı seviyesi yüksek çıkmış olan katılımcılar geçmişle daha çok yüzleşmektedir ve dolayısıyla bu alanda yüksek puan aldıkları kaydedilmiştir. Alınan bu sonuca sebep olacak faktörler gözden geçirildiğinde, sınır durumdaki bireyin ne kadar süredir bu psikopatolojiye sahip olduğu, psikopatolojisinin ilerleme ya da gerileme kısımlarından hangisinde olduğu, günlük hayatta karşılaştığı kompleks yaşam olayları, pandemi koşulları, tanı aldığı yaş ve sahip olduğu farklı komorbit psikopatoloji gibi durumların bellek işlevleri etkisi üzerinde önemli rol oynayabileceği düşünülmüştür. Genel literatür kaygı seviyesi yükseldikçe bellek işlevlerinin bozulması gerektiğine ait ip ucu vermekteyken burada bir alt faktörün görece farklı bir sonuç verdiği gözlemlenmektedir. Düşünülen şudur ki, geçmişle yüzleşme her zaman belleğin daha iyi hatırladığına ya da daha yeterli işleve sahip olduğuna dair bir bilgi vermiyor olabilmekte olup, ana sebep ise kaygının salt tanımı dolayısıyla kendi doğası olabileceği düşünülmüştür. Kaygı daha önce ele alındığı gibi kabaca yoğun amygdala aktivasyonu ve oradaki genel tehdit algısının bozulmasından kaynaklı, tehlike arz etmeyen durumları da tehlikeli olarak algılama durumu olarak yorumlanmaktadır. Bu bilişin tekamül ettiği bir çok alan bulunmaktadır ancak ek olarak, kişi bir durum için kaygılandığında görece çoğunlukla plan yapma, geçmişi sorgulama ve prova etme eğilimindedir.

Analitik anlamda bazı görüşlere göre narsistik altyapıdaki örgütlenmeden kaynaklı ortaya çıkan mükemmeliyetçilik, kontrol alanı dahilinde olmayan durumları da kontrol etme arzusunun (ama edememesi) kişide kaygı uyandırdığı görülmüştür. Bu noktada kaygı ile geçmişle yüzleşme arasında bir ilişki olduğu düşünülmüştür. Depresyon ve anksiyete çalışmalarında borderline kişilik bozukluğunu değerlendirme

ve klinik sonuçları en üst düzeye çıkarmak için borderline kişilik bozukluğu tedavilerini depresyon ve anksiyete tedavisine entegre etme ihtiyacı da dahil olmak üzere, çalışmanın sonuçları tartışılmıştır. Comtois ve Cowley'nin (t.y) çalışmasında borderline kişilik bozukluğu, depresyon ve anksiyete için önemli ana etkiler bulunmuştur. Borderline kişilik bozukluğu olan katılımcılar, hem depresyon hem de anksiyete analiz ölçeklerinde, başka bir kişilik bozukluğu barındıran ve barındırmayan hastalardan daha fazla şiddet eğilimi göstermiştir. Bunu destekler nitelikte olarak, Ansell ve Sanislow (2007) tarafından yürütülen çalışmada borderline kişilik grubu, diğer gruplara kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan tedavi kullanımı ile öne çıkmıştır. Bu bulgular, BKB'nin yanı sıra diğer kişilik bozukluklarının, duygudurum ve anksiyete bozukluklarında bulunan probleme eşdeğer ve bazen daha fazla psikolojik sıkıntı ve işlevsel bozulma kaynağı olduğunu göstermektedir.

Reich, Zanarini ve arkadaşları (2011) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, bipolar gruptaki hastalar, ALS'nin ötimimutluluk alt ölçeğinde anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Sınır kişilik bozukluğuna sahip katılımcı grubundaki hastalar ise, ALS'nin anksiyete-depresyon alt ölçeğinde anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Sıklık açısından, borderline gruptaki hastalar şunları bildirmiştir: (1) Ötimi-mutluluk ve depresyon-mutluluk arasında ALI-BKB'de anlamlı derecede daha az sıklıkta afektif kaymalar ve (2) ötimi-öfke, anksiyete- arasında anlamlı derecede daha sık kaymalar. Yoğunluk açısından ise, yine borderline hastalar şunları bildirmiştir: (1) ALI-BPD'de ötimi-mutluluk ve depresyon-mutluluk arasında anlamlı derecede daha az yoğun kaymalar ve (2) ötimi-anksiyete, ötimi-öfke, kaygı- arasında anlamlı derecede daha yoğun kaymalar. Literatür genelinde, eşlik eden anksiyete bozukluklarının BKB'deki önemini ve bunların şiddet üzerindeki etkisini göstermektedir. Anksiyete bozuklukları ve çocuklukta kötü muamele, sağlıklı büyüme ve gelişim sağlamak için sağlık uzmanları tarafından dikkate alınması gereken bir değişken niteliği taşımaktadır.

Borderline kişilik bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan hastaların sosyal olarak reddedilmeye karşı oldukça duyarlı oldukları bilinmektedir. Sosyal bilgi işlemenin bu ortak psikopatolojik fenomen için önemli, kilit bir rol oynadığı varsayılmaktadır. Renneberg, Roepke ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmasında sosyal bilgi işlemedeki ilk adımlar, sosyal ipuçlarını kodlamak ve sosyal durumun

zihinsel bir temsilini yaratmaktadır. BKB tanılı ve sosyal olarak kaygılı hastalarda sosyal katılım algısının, sosyal işlemenin ilk aşamasında yanlı olup olmadığını test etmeyi amaçlayan çalışmada, sınır kişilikteki hastalar, sosyal kaygılı hastalardan daha fazla dışlanmış hissettiklerini ifade etmişlerdir. Renneberg, Roepke ve ark.'nın (2015) sonuçları, sosyal işlemenin ilk aşaması esnasında sınır durumdaki hastaların hali hazırda olumsuz önyargılı bir sosyal algısı olduğunu göstermektedir.

Sosyal olayların nedensel atıflarının, duygusal tepkileri anlamak için çok önemli olduğu düşünülmüştür. Gutza ve Roepke'nin (2016) yaptığı, borderline kişilik bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğunda sosyal dışlanmaya tepki olarak değerlendirme süreçlerini analiz etmeyi amaçlayan çalışmada, borderline, sosyal kaygı ve sağlıklı kontrol grupları yer almaktadır ve deneysel olarak sosyal dışlanmaya neden olan sanal bir top atma paradigması olan Cyberball oynanmıştır. Her iki klinik olarak psikopatolojik grup da kontrol grubuna göre daha fazla içsel yüklem ve daha az duygu regülasyonu, olumsuz duygularda daha yüksek bir artış, daha fazla kaçış eğilimi ve daha az hoş aktivitelere katılma eğilimi göstermişlerdir. Ancak sadece sınır kişilik grubu, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek düşmanca niyetli yüklemeler ve daha agresif eylem eğilimleri sergilemiştir. Borderline kişilik bozukluğu ve anksiyete aynı anda bulunduğu, günlük yaşam olayları esnasında görülen işlevsizliğin yanı sıra nörolojik anlamda iki psikopatolojinin de sebep olduğu nörolojik bozukluk ihtimalinin çalışmamızda bahsedildiği üzere önem arz ettiği düşünülmüştür. Endişeli bireyler kısa süreli ve uzun süreli bellekte bilişsel bozukluklar sergilemekte olup, belirgin olmayan yürütücü işlev bozukluğu ve daha genel bilişsel bozukluklar göstermektedirler. Yaygın kaygı bozukluğuna sahip hastalar, dikkat dağınıklığı, düşük dikkat ve çalışma belleğinde eksiklikler de dahil olmak üzere çeşitli bilişsel bozukluklardan muzdarip olduklarını ifade etmişlerdir.

Mevcut bilişsel sinirbilim alanında, biliş işlevini değerlendirmek için reaksiyon zamanı görevi yaygın olarak kullanılmaktadır ve avantajının, duyuusal bilginin işlenmesi sırasında kodlama, sürdürme ve geri alma süreçlerinin her adımını değerlendirebilmesi olduğu vurgulanmıştır. Gecikmeli yanıtli bir çalışma belleği görevi kullanan yeni bir fMRI çalışması, sağlıklı deneklerde duygusal çeldiriciler (örn. negatif çeldiricilere verilen yanıtlar, amg, hipokampus, parahipokampal girus, VLPFC, mPFC ve fusiform girus (FuG)) dahil olmak üzere ventral afektif nöral sistemlerin aktivitelerinde artışa neden olurken, dorsal yürütücü nöral sistemlerin

aktiviteleri dahil üstün parietal girus aktivitelerinin azaldığı görülmüştür. Bu bulgular, afektif ve yürütücü nöral sistemlerdeki aktivitelerin, ventral afektif bölgelerdeki artan aktivitenin, dorsal yürütücü beyin bölgelerinin aktivasyonunu bozarak bilişsel işlev bozukluğu ile sonuçlanmasıyla birbirine bağlı olduğu ileri sürülmüştür. Matthies, Schiele ve ark. (2018) çalışmasında, bir yanda ayrılık anksiyetesi bozukluğu semptomlarının belirgin semptomatik benzerliği ve diğer yanda borderline kişilik bozukluğunun merkezinde yer alan terk korkuları, endişe ve ayrılık kaygısının görünürdeki semptomatik benzerliği ışığında, ayrılık anksiyetesi ve ilgili özelliklere kapsamlı bir genel bakış BKB'de ayrılık olayları, yalnızlık duyguları, güvensiz bağlanma stilleri ve SAB'yi bağlayan epidemiyolojik, çevresel, psikolojik ve nörobiyolojik veriler, BKB ve SAB'nin altında yatan kısmen paylaşılan bir etiyolojik yol modeli önermektedir. BKB'de spesifik psikoterapötik ve farmakolojik tedavi yaklaşımları için umut verici bir transdiagnostik hedef olarak ayrılık anksiyetesinin üzerinde durularak, ayırıcı tanı yönleri ve tedavi için çıkarımlar tartışılmıştır. Sınır durumunda ve sosyal kaygıda yalnız olma, ayrılık kaygısı veya bağlanma travmasının, kısmi anlamda paylaşılan sinir ağı, işlev bozukluğu tarafından yansıtıldığı gösterilmiştir. Schmahl ve ark., tarafından yapılan bir pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmasında, metin okumalarına maruz kaldıklarında BKB tanısı olmayanlara kıyasla BKB hastalarında bilateral dorsolateral prefrontal korteks ve sağ kuneus aktivasyonunda önemli bir artışın yanı sıra sağ anterior singulat aktivasyonunda önemli bir azalma olduğunu ve bunun terk etme/edilme deneyimiyle ilgili olduğunu fark etmişlerdir. Bu bulgu, annelerinden ayrıldıktan sonra sağ dorsolateral prefrontal korteks aktivasyonunun arttığını gösteren maymunlarda PET çalışmasına uygundur ve yukarıdan aşağıya kontrolü kolaylaştırmak için dorsolateral prefrontal korteks 'nin artan alımına işaret edebileceği düşünülmüştür.

İşlevsel bir manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında, BKB hastalarında yalnızca bağlanma tehditlerine maruz kalan bireylerin resimleriyle karşı karşıya kaldıklarında daha yüksek oranda çözülmemiş bağlanma sınıflandırmaları ve daha travmatik korku göstergeleri ile birlikte daha yüksek anterior midcingulate korteks aktivasyonu sergilemişlerdir. Yazarlar singulat aktivasyonunu bağlanma travması ile ilişkili korkunun nöral bir işareti ve terk korkularını BKB'deki en kalıcı, belirgin ve uzun vadeli semptomlar olarak yorumlamışlardır. Yalnızlık, ayrılık, terk ve ölüm gibi sahneleri gösteren “Yetişkin Bağlanma Yansıtımlı Resim Sistemine” yanıt olarak,

BKB tanılı hastalar dorsolateral prefrontal korteksi veya rostral singulat zonu çalıştıramamışlardır ve bunun yeterli üst düzey uygulamadaki başarısızlığa işaret edebileceği düşünülmüştür. Buna göre, okul öncesi ayrılık kaygısı öyküsü, amigdala ve ventral prefrontal korteksler ile öfkeli yüzler arasında okul çağında daha az işlevsel bağlantı olduğunu ve amigdala ve dorsal prefrontal korteksler arasında daha fazla okul çağında işlevsel bağlantı olduğunu öngörerek, işlemenin düzensizliğini düşündürmektedir.

Kaygı ve bellek birbiri ile ilişkili ve varlığı depresyon yoluyla doğrudan veya dolaylı olarak gelecekteki bilişsel gerileme için güçlü bir yordayıcı olarak yorumlanmıştır. Anksiyete gelişiminin sonucunda ortaya çıkan ilk sorunun hafızada belirli farklılaşma ya da bozulma olduğu görülmektedir. Bu nedenle, depresyon gibi kaygı da muhtemelen gelecekteki bilişsel düşüşün ve hatta gelecekteki olası bilişsel bozulmanın erken bir göstergesi olduğu düşünülmüştür.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Borderline kişilik bozukluğu ile yaygın anksiyete bozukluğu tanılı katılımcılar otobiyografik bellek işlevleri ölçeği yönünden değerlendirildiğinde (H1) “Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastalarla, yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların otobiyografik bellek işlevleri açısından bir fark vardır.” hipotezi kabul edilmemiş ve (H0) “Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastalarla, yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların otobiyografik bellek işlevleri açısından bir fark yoktur.” hipotezi desteklenmiştir. Bu çalışmada H1 hipotezi için data verilerinin anlamlı çıkmama nedenlerine bakılırsa, pandemi dolayısıyla tanılı hastalara ulaşım sıkıntısı nedeniyle örneklem sayısının kısıtlı olma durumu ve yine pandemi sebebiyle kişilerin psikopatolojilerindeki tetiklenme ya da sosyal içe çekilme gibi alanlardan etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür. H2 hipotezi “Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların kaygı düzeyleri ile otobiyografik bellek işlevleri arasında ilişki var mıdır.” reddedilmiş olup, H3 hipotezi “Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmaktadır.” geçmişle yüzleşme alt boyutu açısından kabul edilmiştir. H4 hipotezi “ Borderline kişilik bozukluğuna sahip kadın hastaların demografik özellikleri bellek işlevlerini yordamaktadır.” yaş ve gelir değişkeni açısından kabul edilmiştir. H5 hipotezi “Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadın hastaların yaş ve gelir düzeyi açısından otobiyografik bellek işlevleri farklılaşmaktadır.” reddedilmiştir.

Ek olarak çalışma sonucunu etkilemiş olabileceği düşünülen diğer alanlar, katılımcıların hangi yaşta tanı almış olduğu, psikopatolojilerinin gelişim ya da sönme gibi süreçlerinin hangisinde yer aldıkları, cinsiyetlerinin karıştırıcı değişkeni elemine etmek amacıyla sadece kadınlar arasından seçilmiş olması, çalışmanın salt ölçek kullanımı ile sınırlandırılmış olup PET ya da FMRI gibi tekniklerle desteklenmemiş olması ve uluslararası olmayıp tek coğrafya üzerinden örneklem seçimiyle yapılmış olması şeklinde sıralanabilmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların demografik özellikleri ile otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine göre, analiz sonrasında 18-24 yaş arası katılımcıların duygu durum düzenleme puanlarının, 40 yaş ve üstü olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Borderline kişilik bozukluğuna sahip hastaların otobiyografik bellek işlevlerindeki farklılaşmasına bakarken sosyoekonomik statü farklılıklarının etkisi yapılan analiz sonrasında düşük geliri olan katılımcıların ipucu temelinde geçmişi hatırlama düzenleme puanlarının, orta geliri olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Duygu durum düzenleme puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Gelir durumu arttıkça orta düzey gelir seviyesine sahip katılımcılar geçmişi daha çok hatırlamaktadır ve duygu düzenleme puanlarının da aynı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Düşük gelir seviyesine sahip olan katılımcıların geçmişi daha az hatırladıkları kaydedilmiştir. Ancak buradaki verilerden direkt olarak gelir seviyesi düşük olan katılımcıların bilişsel fonksiyonlarında bozulma vardır sonucunun doğru olmama ihtimali düşünülmektedir. Gelir seviyesi düştükçe kişinin maruz kalacağı stres seviyesinin arttığı varsayıldığında, kullanacağı savunma mekanizmaları ya da eklenebilecek farklı değişkenler göz ardı edilmemelidir, kişi üzerindeki stres seviyesi arttığında savunma mekanizmalarından daha ilkel olanı seçeceği (bastırma) ya da farklı dinamiklerin bu ilişkiyi etkileyebileceği öngörülmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile otobiyografik bellek işlevleri ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile geçmişle yüzleşme arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Burada borderline kişilik bozukluğu tanısı olan kişilerin kaygı seviyeleri arttıkça geçmişle yüzleşme oranları artmaktadır sonucu çıkarılabilmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu tanılı katılımcıların anksiyete düzeyleri ile Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği alt boyutları olan geçmişle yüzleşme, ipucu temelinde geçmişi hatırlama, duygudurum düzenleme, benlik ve geçmişten ders alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Borderline kişilik bozukluğu, anksiyete ve bellek işlevleri açısından birçok ilişki olduğu ve bu

ilişkilerin tanı almış ve almamış hastalar için tedavi planları adına yordayıcı ve destekleyici olacağı düşünülmektedir. Özetlenen bulguların BKB'ye özgü olup olmadığını ve bellekle ilişkisini organik anlamda açıklığa kavuşturmak için, gelecekteki nörogörüntüleme araştırmaları, travma öyküsü olan ve/veya afektif instabilite ve dürtüsellik ile de karakterize edilen bozuklukları olan hastalardan oluşan klinik kontrol gruplarını içeriyor olmasının, çalışmayı karıştırıcı değişken etkisinden koruyabileceği düşünülmüştür. (örneğin, majör depresyon, TSSB, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu). Görüşümüze göre, BKB'nin karmaşıklığı en iyi çoklu klinik boyutların çoklu ölçümlerinin birleştirilmesiyle anlaşılabilir görülmüştür: BKB'deki gelecekteki çalışmalar, nörogörüntüleme yöntemlerini subjektif, davranışsal ve psikofizyolojik ölçümlerle birleştiren BKB'nin temel alanlarını araştırabilir ve sadece kesitsel değil aynı zamanda boylamsal tasarımların da kullanabileceği düşünülmüştür.

Gelecek çalışmalar için, pandemi dolayısıyla kısıtlı erişilen tanıli hasta örnekleme daha çok katılımcı eklenebileceğinin, tanı alan hastaların tanı alma tarihlerinin (iyileşme süreçlerinin ve zamanlarının verilecek cevaplar üzerindeki etkisi sebebiyle) çalışmaya dahil edilebileceğinin ve karşılaştırılan grubun bir psikopatoloji içermeden çalışmaya dahil edilebileceğinin altını çizmek önemli görülmüştür. Borderline kişiliğin doğası gereği benlik algısının ve iç görü seviyesinin düşük olabileceği kanısı öncülüğünde, hem katılımcının dürüstlük ve benlik algısını anlamak hem de komorbid durumları iyi tespit etmek adına MMPI veya benzeri bir ölçek kullanılmasının faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Otobiyografik belek, kişilerin günlük hayatta bazen farkında olmadıkları ancak yine de barındırdıkları psiopatolojilerin semptomlarını ayrıştırabilmek adına oldukça etkili görülmüştür. Otobiyografik anıların paylaşımı; diğer insanlarla yakınlık kurmayı, yeni ilişkiler başlatmayı, bu ilişkileri ilerletmeyi ve güçlendirmeyi (Alea ve Bluck,2003; Bluck ve Alea, 2011; Nelson, 2003; Pohl, Bender ve Lachman, 2005) sağladığı ifade edilmiştir. Bu noktada bellek işlevlerinin tesiri, kişinin organik sebeplerle sıkıntı yaşamasına ek olarak sosyal hayat, benlik saygısı, birincil işlevleri, kullandığı savunma mekanizmaları ve başa çıkmaları gibi çoğaltılabilecek birçok alana kadar multidisipliner bir tezahürle vurgulanmaktadır. Sonraki çalışmalarda bellek işlevleri adına kullanılan ölçeklerin değiştirilebileceği, organik sonuç

amaçlanma tercihine bağı olarak PET FMRI tekniklerinin çalışmaya dahil edilebileceğı düşünölmüştür.



## KAYNAKLAR

- Akbulak, M., Belli, H., & Ural, C. (2013). "Borderline" Kişilik bozukluğu: Duygudurum dengeleyicilerinin tedavideki yeri/ Borderline personality disorder: The place of mood stabilizers in the treatment. *Dusunen Adam*, 26(1), 72.
- Akhtar S. Ağır kişilik bozukluklarının tanı ve sağaltımı için başvuru kitabı [Çeviri editörü: Alkan A, Gürdal C, Editör: Eğrilmez A] İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları; 2009. (Orijinal çalışma basım tarihi 1995).
- Akhtar, S., & Thomson, A. (1982) Overview: Narcissistic Personality Disorder *Am J Psychiatry* 139:1, Janmry 1982
- Akyüz, C. (2018) Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinden Sınır (Borderline) Kişilik Örüntüsüne Bakış: Vaka Örneği ile Temel Savunma Mekanizmalarının Yorumlanması. *Cilt 5, Sayı 3*.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-3)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, 2013.
- American Psychological Association. (2018). *Anxiety*. Retrieved from: <https://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx> (30.01.2019). Byrne, D. G. & Rosenman, R. H. (1990). *Anxiety and the heart*. New York: Hemisphere Publishing Corporation
- Ansell, E.& Sanislow, C.&McGlashan, T. (2007) Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.001>
- Arntz, A. (1994) Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive-behavioural therapy. *Volume 32, Issue 4, May 1994, Pages 419-430*
- Arntz, A. ve van Genderen, H. (2014). *Sınır kişilik bozukluğu için şema terapi(2.baskı)*.(M., gaÇıoğlu ve S., Kohen, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları. (2013.)
- Atance, C.& Neill, D. (2005) The emergence of episodic future thinking in humans. *Learn. Motiv.* 36:126–44
- Atkinson, C. & Shiffrin, R.M. (1968) *Human Memory: A Proposed System and its Control Processes*. *Volume 2, Pages 89-195*

- Barban, L., Guroff, J. J. Putnam, F. W, Silberman, E. K., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.
- Beck, A.& Freeman, A. & Davis, D. (2008) Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G.,& Steer, R. A. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety:Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(6), 893-897.
- Belli, H., Ural, C., & Akbudak, M. (2013). " Borderline" Kisilik Bozuklugu: Duygudurum Dengeleyicilerinin Tedavideki Yeri/Borderline personality disorder: the place of mood stabilizers in the treatment. *Dusunen Adam*, 26(1), 72.
- Berger, J. L. (2021). Motivation à apprendre, autorégulation motivationnelle et procrastination à l'adolescence. *Revue française de pédagogie. Recherches en Éducation*, (210), 19-36.
- Birkhofer, A., Hörz, S., Martius, P., Jobst, A., & Rentrop, M. (2010). Einstellung von psychotherapeuten gegenüber der behandlung von patienten mit borderline persönlichkeitsstörung. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 60(03/04), 126-131.
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 10, 25-51.
- Bleichmar, J., Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 144-150.
- Bozdağ, Y, & Yalçinkaya-Alkar, Ö. (2018). Sınır (Borderline) Kişilik Bozukluğu: Bir Vaka Çalışması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(2), 43-58.
- Broeck, K. & Claesa, L. & Pieters, G. (2015) Autobiographical Memory Specificity and Non-Suicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder. *JEP Volume 6 , Issue 4*, 398-410
- Brunner, R., Chanen, A., & Kaess, M. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793.
- Buchheim, A., Labek, K., & Viviani, R. (2019). Konzeption der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus neurobiologischer Sicht. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 23(4), 310-320.
- Cherry, K. (2020) What Is Memory? <https://www.verywellmind.com/what-is-memory-2795006>
- Chiesa, M.& Fonagy, P. & Holmes, J. (2002) When less is more: An exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder. (Final version accepted 23 October 2002)
- Clarkin, J. F., Silbersweig, D., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., & Stern, E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1832-1841.

- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2007). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Pub.
- Cogan, R. & Porcerelli, J. (2005) Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2005), 78, 235–248
- Coles, M. & Turk, L. & Heimberg, R. (2006) Memory Bias for Threat in Generalized Anxiety Disorder: The Potential Importance of Stimulus Relevance. Pages 65-73 | Received , Published online.
- Comtois, K. & Cowley, D. & Dunner C. (t.y.) Relationship Between Borderline Personality Disorder and Axis I Diagnosis in Severity of Depression and Anxiety.
- Conway, M. A. (2003). Commentary: Cognitive-affective mechanisms and processes in autobiographical memory. *Memory*, 11(2), 217-224
- Corripio, i Farrés, C., Elices, M Sampedro, F., Schmidt, I., Soler, J., & Pascual, J. C. (2021). Structural brain abnormalities in borderline personality disorder correlate with clinical severity and predict psychotherapy response. *Brain Imaging and Behavior*, 1-11.
- Crocq, M (2017) The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Jun; 19(2): 107–116.
- Czerwon, B. & Lütte, S. & Werheid, K. (2010) Age Differences in Valence Judgments of Emotional Faces: The Influence of Personality Traits and Current Mood. Pages 503-515
- Davison, G. & Neale, J. (1976) *Abnormal Psychology*. Seventh Edition
- Dell’Osso, B & Berlin, H. & Serati, M. (2010) *Neuropsychobiological Aspects, Comorbidity*
- Patterns and Dimensional Models in Borderline Personality Disorder .*Neuropsychobiology* ;61:169–179
- Della- Maggiore, V. & Sekuler , C. & Grady, C. (2000) Corticolimbic Interactions Associated with Performance on a Short-Term Memory Task Are Modified by Age. 20 (22) 8410-8416; DOI: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.20-22-08410.2000>
- DeLuca, A. & Lenze, E. & Mulsant, B. (2005) Comorbid anxiety disorder in late life depression: association with memory decline over four years. <https://doi.org/10.1002/gps.1366> Citations: 87
- Dennis, A. & Kim, H. & Cabeza, R. (2008) Age-related Differences in Brain Activity during True and False Memory Retrieval. *Journal of Cognitive Neuroscience* (2008) 20 (8): 1390–1402. <https://doi.org/10.1162/jocn.2008.20096>
- Derek, I. & Kimberly, L. & Harris, J. (2015) Mobile eye tracking reveals little evidence for age differences in attentional selection for mood regulation. *Emotion*, 15(2), 151–161. <https://doi.org/10.1037/emo0000037>.
- Dias, G. & Bevilacqua, M. & Silveirada Luz, A. (2014) Hippocampal biomarkers of fear memory in an animal model of generalized anxiety disorder. Volume

- 263, Pages 34-45 directed forgetting. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory,*
- Dobbs, A & Rule, B.(1989). Adult age differences in working memory. *Psychology and Aging*, 4(4), 500–503. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.4.4.500>
- Dorpat, T. L. (1985). Denial and defense in the therapeutic situation. Jason Aronson.
- Dr.Psk İhsan DAĞ; “Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ‘nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliliği”; *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: (1) 1991
- Duarte, J., Fischersworing, M., Martínez, C., & Tomicic, A. (2019). “I couldn’t change the past; the answer wasn’t there”: A case study on the subjective construction of psychotherapeutic change of a patient with a Borderline Personality Disorder diagnosis and her therapist. *Psychotherapy Research*, 29(4), 445-462.
- Dubash, N., Godbout, N., & MacIntosh, H. B. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227
- Er, N.& Yaşın, F. (2016) Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği’nin (OBİÖ) Geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi, Türk Psikoloji Yazıları*, 19 (37), 60-72.Ankara.
- Fandakova, Y.& Sander, M.& Grandy, T.(2018) Age differences in false memory: The importance of retrieval monitoring processes and their modulation by memory quality. *Psychology and Aging*, 33(1), 119–133.
- Fertucka, E.,Lenzenwegerc, M., Clarkind, J. (2006) Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder. Volume 26, Issue 3, Pages 346-375
- Fertuck, E.& Marsano-Jozefowicz, S. & Stanley,B. (2006) The Impact of Borderline Personality Disorder and Anxiety on Neuropsychological Performance in Major Depression. *Journal of Personality Disorders*Vol. 20, No. 1
- Fivush, R. (2011). The development of autobiographical memory. *Annual review of psychology*, 62, 559-582.
- Fivush, R.& Graci, M. (2017) *Cognitive Psychology of Memory. Learning and Memory: A Comprehensive Reference (Second Edition)*
- Freud, S. (1997) Narsizm Üzerine ve Schreber Vakası
- Freud, S. (2018). *Psikopatoloji üzerine.* (S. Budak, Trans.). İstanbul: Öteki Yayınevi. (Original work published 1926). Gülseren, Ş. (2004). Depresyon ve anksiyete. *Klinik Psikiyatri*.
- Geraerts, E., & McNally, R. J. (2008). Forgetting unwanted memories: Directed forgetting & thought suppression methods. *Acta Psychologica*, 127(3), 614- 622.
- Gosselin, P.& Laberge, B.(2003) Etiological factors of generalized anxiety disorder. *L'encephale*, 01 Jul 2003, 29(4 Pt 1):351-361
- Gregory, R. J., & Remen, A. L. (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 15-27.

- Grosjean, B & Tsai, G.(2007) NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2007 Mar; 32(2): 103–115.
- Gunderson, J. (1942) *Borderline personality disorder: a clinical guide* / John G. Gunderson with Paul S. Links. — 2nd ed.
- Gunderson, J. G. Links, P. S., & Ross, J. (2015). Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 753-763.
- Gutz, &Lea,&Renneberg (2015) Neural processing of social participation in borderline personality disorder and social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 124(2),421-431.
- Gutza,L& Roepke, S.& Renneberg, B. (2016) Cognitive and affective processing of social exclusion in borderline personality disorder and social anxiety disorder. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.020>
- Gürcan, E. E. N. (2021). Kişilik. *Psiaus Dergisi Mart Sayısı* 19-21
- Henninger, D.& Madden, D.& Huettel, S. (2010) Processing speed and memory mediate age-related differences in decision making. *Psychology and Aging*, 25(2), 262–270. <https://doi.org/10.1037/a0019096>
- Holland, A. C., & Kensinger, E. A. (2010). Emotion and autobiographical memory. *Physics of Life Reviews*, 7(1), 88-131.
- Holtmann, J.& Herbort, M. Wüstenberg1, T.(2013) Trait anxiety modulates fronto- limbic processing of emotional interference in borderline personality disorder. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00054>
- Högberg,G.& Hällström, T.(2018) Mood Regulation Focused CBT Based on Memory
- Reconsolidation, Reduced Suicidal Ideation and Depression in Youth in a Randomised Controlled Study. Department of Psychiatry and Neurochemistry, Institute of Neuroscience and Physiology, The Sahlgrenska Academy at the University of Gothenburg, 43141 Mölndal, Sweden.
- Isaacowitz, D.(2012) Mood Regulation in Real Time: Age Differences in the Role of Looking. First Published July 25. <https://doi.org/10.1177/0963721412448651>
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793.
- Kalaycı, Ş. (2017). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (8. Baskı), Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Karaaslan, C. (2021). Sınır kişilik bozukluğu özelliğinde duygulanım, dürtüsellik ve metabiliş. (Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Karasar, N. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Kasper, S.& Boer, J.& Sitsen, A.(1994) First edition was published as Handbook of Depression and Anxiety: A Biological Approach, edited by Johan A. den Boer and J. M. Ad Sitsen (Marcel Dekker, 1994).
- Kelleci , M., Aydin, D., Sabancıoğulları, S. & Doğan, S. (2009). Hastanede yatan Hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. Klinik psikiyatri, 12.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. Journal of the American Psychoanalytic Association, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (1985). Borderline conditions and pathological narcissism. Maryland: Rowman & Littlefield.
- Kılıncı S, Torun F, Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, Dirim Tıp Gazetesi; 86:39-47, 2011
- Klein, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. Developments in psycho-analysis, 198-236.
- Klein, R. (1989). The art of confrontation. In J.F. Masterson & R. Klein (Ed.). Psychotherapy of the disorders of the self, the Masterson approach. New York: Brunner/Mazel
- Koenigsberg, H. W., & Siever, L. J. (2000). Borderline personality disorder. Encyclopedia of Stress, 1, 348-350.
- Koenigsberg, H. W., Siever, L. J., Lee, H., Pizzarello, S., New, A. S., Goodman, M., & Prohovnik, I. (2009). Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. Psychiatry Research: Neuroimaging, 172(3), 192-199.
- Koerner, K., & Dimeff, L. A. (2007). Overview of dialectical behavior therapy.
- Kohut, H. (1998) Kendiliğin Çözümlemesi Narsisistik Kişilik Bozukluklarının Psikanalitik Tedavisine Sistemli Bir Yaklaşım.
- Kohut, H. (2018). The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut 1978-1981. New York: Routledge.
- Köroğlu, E. (2010) Kişilik Bozuklukları. HYB Basım Yayın, Ankara
- Krause-Utz, A.& Oei, A. & Niedtfeld, I. (2012) Influence of emotional distraction on working memory performance in borderline personality disorder. Volume 42 Issue 10
- Krause-Utz,A & Winter, D. & Niedtfeld, I. (2014) The Latest Neuroimaging Findings in Borderline Personality Disorder. Curr Psychiatry Rep (2014) 16:438
- Kremers, I. P., Spinhoven, P., Van der Does, A. J. W., & van Dyck, R. (2006). Social problem solving, autobiographical memory and future specificity in outpatients with borderline personality disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 13(2), 131-137.
- Kroll, J. (1988). The challenge of the borderline patient: Competency in diagnosis and treatment. WW Norton & Co.

- Küçük, Z. (2018). Zihin Kuramı ve Gelişim Süreçleri. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(34), 475-503.
- Lawson, C. A. (2002). *Understanding the borderline mother: Helping her children transcend the intense, unpredictable, and volatile relationship*. Rowman & Littlefield.
- Leichsenring, F. & Salzer, S.& Jaeger U. (2009) Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial.
- Leichsenring, F.& Masuhr. O.& Jaeger, U. (2010) The effectiveness of psychoanalyticinteractional psychotherapy in borderline personality disorder. Vol. 74, No. 3 (Summer 2010)
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 959-986.
- Lind, M., Penner, F., Sharp, C., & Vanwoerden, S. (2019). Inpatient adolescents with borderline personality disorder features: Identity diffusion and narrative incoherence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(4), 389–393.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Livingstone, S.& K McArthur, K. & Dickson, L.& Gumley, A.(2010) An integrative complexity analysis of cognitive behaviour therapy sessions for borderline personality disorder. Citations: 11
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., & Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227.
- Magnavita, J.(2016) Kişilik Kuramları .Kişilik Bilimine Çağdaş Yaklaşımlar
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2003). The adult attachment interview: Scoring and classification system, version 7.2. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley
- Mantella, R.& Butters, M. & Dew, M. (2007) Cognitive Impairment in Late-Life Generalized Anxiety Disorder. Volume 15, Issue 8, Pages 673-679
- Masterson, J. & Klein, R. (2010) Kendilik Bozukluklarının Psikoterapisi. Masterson Yaklaşımı.
- Masterson, J. F. (2013). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Routledge.
- Matthies, S.& Schiele, M.& Koentges, C. (2018) Please Don't Leave Me— Separation Anxiety and Related Traits in Borderline Personality Disorder. Article number: 83

- Mattos Pimenta Parente, M.& Carthery-Goulart, M.& Zimmermann,N (2012) Sociocultural factors in Brazilian neuropsycholinguistic studies *Psychology & Neuroscience*, 2012, 5, 2, 125 – 133 DOI: 10.3922/j.psns.2012.2.02
- Maurex, L.& Lekander, M. & Nilsonne, A. (2010) Social problem solving, autobiographical memory, trauma, and depression in women with borderline personality disorder and a history of suicide attempts. 24 December 2010 <https://doi.org/10.1348/014466509X454831>Citations: 26 *Memory & Language*, 56(4), 555-574.
- Milrod, B. & Leon, A.& Busch, F.(2007) A Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2007.164.2.265>
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2006). Social-emotion recognition in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 468-474.
- Moon ,C.& Jeong, W.(2015) Functional neuroanatomy on the working memory under emotional distraction in patients with generalized anxiety disorder. <https://doi.org/10.1111/pcn.12295>Citations: 36
- Murray, J. & Thornicroft, G. (2013) Understanding the phenomenology of borderline personality disorder from the patient’s perspective. Pages 78-82
- Naveh-Benjamin, M.& Hussain, Z.& Guez, J.(2003) Adult age differences in episodic memory:  
Further support for an associative-deficit hypothesis. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 29(5), 826–837. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.29.5.826>
- Nyberg, L.&Bäckman,l.& Erngrund, K.(1996) Age Differences in Episodic Memory, Semantic  
Memory, and Priming: Relationships to Demographic, Intellectual, and Biological Factors.*The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 51B, Issue 4, Pages P234–P240.
- Oltmans, T. & Emery E. ( 2012) *Abnormal Psychology*. Seventh edition
- Ostrosky-Solis, F.& Canseco, E. & Quintanar, L.(2009) Sociocultural Effects in Neuropsychological Assessment. Pages 53-66 |
- Ozcelik, H.,Ozdel, K.,Bulut, S., Orsel. S.(2015) Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, Cilt: 25, Sayı: 2, 2015 / Bulletin of Clinical Psychopharmacology, Vol: 25, N.: 2, 2015 - [www.psikofarmakoloji.org](http://www.psikofarmakoloji.org)
- Öyekçin, D., & Yıldız, D. (2012). Kişilik bozukluklarında ilaç tedavisi. *Journal of Mood Disorders*, 2(1), 34-46.
- Özakkaş, T., Tuncer, M., & Sezgin, B. (2013). Borderline Narsisist ve Şizoid Kişilikler, 10.BPT
- Mart 2012 Ders Notları. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, 121.
- Park, J.,Kim, G., Jeong, G. (2016) Brain Activation Patterns Associated with the Effects of

- Emotional Distracters during Working Memory Maintenance in Patients with Generalized Anxiety Disorder. 13(1): 152–156.
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), i42-i46.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Rajah, M. & D'Esposito, M. (2005) Region-specific changes in prefrontal function with age: a review of PET and fMRI studies on working and episodic memory. *Brain*, Volume 128, Issue 9, Pages 1964–1983.
- Reich, D. & Zanarini, M. & Fitzmaurice, G. (2011) Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.04.003> relatedness & distinctiveness to emotionally-enhanced memory.
- Renneberg, B., Theobald, E., Nobs, M. (2005) Autobiographical Memory in Borderline Personality Disorder and Depression. *Cognitive Therapy and Research*. volume 29, pages 343–358
- Saccaroa, L. & Schilliger, Z. & Dayerc, A. (2021) Inflammation, anxiety, and stress in bipolar disorder and borderline personality disorder: A narrative review. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.017>
- Sadi, H. D. M. (2011). *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de transtorno de personalidade borderline*. (Doctoral dissertation), Universidade de São Paulo.
- Salthouse, T. & Rogan, J. & Prill, K. (1984) Division of attention: Age differences on a visually presented memory task. *Memory & Cognition* 12 (6), 613-620
- Schmidt, A. (2019) Comparison of Kernberg's and Kohut's Theory of Narcissistic Personality Disorder. Source: *Turkish Journal of Psychiatry* . Summer 2019, Vol. 30 Issue 2, p1-5. 5p.
- Schmahl, C. G., McGlashan, T. H., & Bremner, J. D. (2002) Neurobiological correlates of borderline personality disorder. *Psychopharmacological Bulletin*, 36 (2), 69- 87.
- Schneier, F. R. (2003). Social anxiety disorder: is common, underdiagnosed, impairing, and treatable. *British medical journal*, 327(7414), 515-516. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/25455413>
- Scott, L. & Wright, A. & Beeney, J. (2017) Borderline Personality Disorder Symptoms and Aggression: A Within-Person Process Model.
- Semiz, U. & Basoglu, C. & Ebrinc S. (2008) Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01789.x> Citations: 66

- Sempérteguia, G. & Karreman, A. & Arntzb, A. & Bekkera, M. (2012). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. Volume 33, Issue 3, Pages 426-447
- Sheldon, S. & Fenerci, C. & Gurguryan, G. (2019) A Neurocognitive Perspective on the Forms and Functions of Autobiographical Memory Retrieval.
- Sinoff, G. & Werner, P. (2003) Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline <https://doi.org/10.1002/gps.1004> Citations: 116
- Skodol, A. (2021). Borderline personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis.
- Soubelet, A. & Salthouse, T. (2011) Influence of Social Desirability on Age Differences in Self-Reports of Mood and Personality. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00700.x> Citations: 81
- Soylu T. (2017) Borderline kişilik bozukluğu ve bipolar duygudurum bozukluklarında erken dönem uyumsuz şemaların karşılaştırılması. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Soylut, J. S., & Jones, E. J. (2006). Exploring memory in infancy: Deferred imitation and the development of declarative memory. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 15(2), 195-205.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Stone, M. H., Stone, D. K., & Hurt, S. W. (1987). Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 185-206.
- Sukel, K. (2019) Neurotransmitters <https://www.dana.org/article/neurotransmitters/>
- Talmi, D., Luk, B. T., McGarry, L. M., & Moscovitch, M. (2007). The contribution of
- Taymur, İ & Türkçapar, H. (2012) Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012;4(2):154-177
- Tekcan, A. I., & Aktürk, M. (2001). Are you sure you forgot? Feeling of knowing in The Development of Autobiographical Memory. *Annual Review of Psychology* Vol. 62:559-582 (Volume publication date January 2011) First published online as a Review in Advance on July 16.
- Topeka, K. (1989) An Integration of the Views of Kernberg and Adler on Borderline Pathology. Vol. 53, Iss. 4, (Jul 1, 1989): 300.
- Torgersen J. Epidemiology. In: Oldham J, Skodol, AE, Bender, DS, eds. *Textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005: 129-41

- Torgersen, J. (2005). Epidemiology. In: J. Oldham, A. E. Skodol, D. S. Bender, Eds. Textbook of personality disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing,
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there?. *American Psychologist*, 40(4),385.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 1-25.
- Tuncelli, B. (2008) Sınır Kişilik Bozukluğu Tanısı almış ve Almamış Kadınların Benlik saygısı, Öfke, Kendini Ayarlama ve Kaygı Değişkenleri Bakımından Karşılaştırılması (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi / İstanbul
- Voelkle, M.& Ebner, N.& Lindenberger U.(2014) A note on age differences in mood-congruent vs. mood-incongruent emotion processing in faces. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00635>
- Volkan, V. (2007). Psikoterapide nesne ilişkileri. Nörotik, Narsisistik, Sınırdaki ve Psikotik Hastaların Tedavisinde Nesne İlişkileri Pratiği. Köşkdere, A. A. (Çev) Bursa: Şahmat
- Vytal, K.& Arkin, N.& Overstreet, O.(2016) Induced-anxiety differentially disrupts working memory in generalized anxiety disorder. Article number: 62. 18 Citations
- West, R., Murphy, K. J., Armilio, M. L., Craik, F. I., & Stuss, D. T. (2002). Effects of time of day on age differences in working memory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 57(1)
- Wetterborg, D., Långström, N., Andersson, G., & Enebrink, P. (2015). Borderline personality disorder: prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Comprehensive psychiatry*, 62, 63-70.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 433-446.
- Wingfield, A. & Stine, E. & Lahar, C.(1988) Does the capacity of working memory change with age? Pages 103-10
- Yıldırım, Ö., (2005). Erik Erikson'un Kişilik Kuramı. 12.12.2018, <http://www.felsefe.gen.tr/filozoflar/erik-erikson-kisilik-kurami.asp>
- Zacks, R. T., Radvansky, G., & Hasher, L. (1996). Studies of directed forgetting in older adults. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, & Cognition*, 22(1), 143.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Fitzmaurice, G. (2013). Defense mechanisms reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up: description and prediction of recovery. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 111-120.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder.

## EKLER

### Ek-1: Etik Onay Belgesi



T.C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
Etik Kurul

12/01/2022

Sayı E-71457743-050.01.04-2022.137548.2 \_  
Konu:Etik Kurul Kararı (Dr. Öğr. Üyesi Hakan DUMAN)

İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ – Etik

Kurul

№:1740/2022.13.41

Sayı E-71457743-050.01.04-2022.137548.2



000022408

Üniversitemiz Etik Kurulununun 11.01.2022 tarihli 2022/1 sayılı toplantısında; "Borderline Kişilik Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Kadın Hastaların, Otobiyografik Bellek İşlevleri Açısından İncelenmesi" adlı başvurusu görüşüldü. Yapılan görüşme sonunda: "Borderline Kişilik Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Kadın Hastaların, Otobiyografik Bellek İşlevleri Açısından İncelenmesi" adlı başvurunun etik olarak uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Fazıl Kerim ATAMER Etik  
Kurul Başkanı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:  
09E531CA-D119-4D94-979C-5CD1EE9C0902

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.muhase.gov.tr/istanbul-gedik-universitesi-etik>

Adres: Cumhuriyet Mah. İskender Sok. No1

Telefon No: 444 5 438

Faks No: 0216 452 87 17

e-Posta: info@gedik.edu.tr

KEP Adresi: gedikuniversitesi@hs01.kep.tr

Ayrıntılı bilgi için: Eda SARI

Fakülte Sekreter V.

Telefon No: 444 5 438



## Ek-2: Otobiyografik Bellek İşlevleri Ölçeği (OBİÖ)

### OBİÖ

Lütfen formda yer alan maddeleri, aşağıda size verilen cümleyi tamamlayacak şekilde okuyunuz. Ve daha sonra, her bir cümleye katılma düzeyinizi 1 ile 5 arasında derecelendirerek size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

..... geriye dönüp hayatımı düşünürüm.

	1 Benim için hiç uygun değil	2	3	4	5 Benim için tamamen uygun
Kendimi daha iyi anlamaya çalışmak için,					
Geçmişteki olayları anlamak için,					
Yaşadığım kötü şeylerden bir şeyler öğrenebileceğimi hissettiğim zaman,					
Geçmişini hatırlamanın şu an kim olduğumu tanımlamama yardımcı olması için,					
Uzun zaman önce olan yaşam olaylarını düzenlemek için,					
Kendimi şu anki kaygılarımdan uzaklaştırmak için,					
Başkalarına ne tür bir insan olduğumu anlatmak için,					
Güzel anılarla zaman geçirmek istediğimde,					
İyi arkadaşlarla sohbet etmek için,					
Duygu durumumu dengelemek için,					
Özellikle hayatımdan memnun olduğumda,					
Çok acemice davranmayı önlemek için,					
Bazen hiçbir sebep yokken, durup dururken, neden düşündüğümü bile anlamıyorken,					
Gelecek planları yaparken,					
Sinirlendiğim zaman,					
Bir problemle karşılaştığımda, daha önce bununla nasıl baş ettiğimi anlamak için,					
Yanlış kararlar aldığımda pişmanlık hissettiğim için,					
Beni huzursuz eden rüyalar gördüğümde, rüyaların ne anlama geldiğini düşünmek için,					
Başarı/başarısızlıklarım ile yüzleşmek için,					
İçinde çıkamadığım her büyük sorunumda,					
Çok bunaldığım anlarda güzel şeyler hatırlayıp mutlu olmak için,					
Çocukluk yaşantımda bir şeylerin eksik olduğunu hissettiğimde,					

Anılarımı taze tutmak için,					
Yakınlarımı kaybettiğimde birlikte geçirdiğimiz iyi ve kötü anları düşünmek için,					
Çok sevdiğim biri hastalandığında yaşadıklarımın değerini bilmek için,					
Geçmişte yapmadığım şeyler için bir neden ararken,					
Yalan söylediğimde, geçmişimdeki benzer anlara dair duyduğum vicdan azabı için,					
Müzik dinlediğimde, geçmişte bu şarkının benim için anlamını hatırladığımda,					
Fotoğraflara baktığımda, o anı tekrar zihnimde canlandırmak için,					
Arkadaşlar veya akrabalarla görüştüğümde, birlikte geçirdiğimiz zamanları hatırlamak için,					
Özel günlerde, bugünler ile o günler arasında çok fark olduğunu düşündüğüm için,					
Yaşlı bir kadın gördüğümde, geçmişte aile büyüklerimle geçirdiğim zamanları özlediğim için,					
Üzüldüğüm anlarda, bu üzüntülere neden olan geçmiş olayları düşünmek için,					
Uykuya dalmadan önce yaşadıklarımı değerlendirmek için,					
Her bir hayal kırıklığımda, geçmişimde yaşadığım benzer hayal kırıklıklarını hatırladığım için,					
Eski arkadaşlarımla karşılaştığımda, onlarla eski zamanlarımızı konuşabilmek için,					
Eskiden benim için özel/anlamli olan bir eşya bulduğumda, o eşyaya dair özel zamanları hatırlamak için,					
Fiziksel bir değişiklik gördüğümde, eski günlerime duyduğum özlem nedeniyle,					
Geçmişini düşünmek beni mutlu ettiği için,					
Daha önce yaptığım hataları tekrarlamak istemediğim için,					

### Ek-3: Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Asağıda insanların kaygılı ya da endiseli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				

17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				



#### **Ek-4: Demografik Bilgi Formu**

Lütfen sizin için uygun olan seçenekleri yuvarlak içine alınız.

##### **1) Yaş :**

18-24

25-40

40-50

##### **2) Eğitim durumu:**

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite/ Yüksek lisans ve üstü

##### **3) Gelir Düzeyi:**

Düşük

Orta

Yüksek

İLETİŞİM BİLGİLERİ (zorunlu değil.)

Adres :

Telefon :

e-mail adresi :

## **Ek-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**

Sayın Katılımcı,

Katıldığımız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup konusu “Borderline Kişilik Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Kadın Hastaların, Otobiyografik Bellek İşlevleri Açısından İncelenmesi.” dir.

Bu araştırma, İstanbul Gedik Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Bölümü tarafından yürütülmekte olunan araştırmacı İrem Yüksel’in yüksek lisans tezi kapsamında yapılmaktadır. Belirli mental rahatsızlıklar kişinin gündelik hayatına tesir ederken hafıza dediğimiz alanda olumsuz anlamda etki görebilmektedir. Bireylerin yaşamsal olayları devam ettirirken belirli an ve olayları hatırlayamaması negatif durum ve hislere sebep olabilmektedir. Çalışmanın amacı , bu bellek problemlerinin nedenini uygun şartlar altında saptayabilmektir.

Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir cezaya/yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz anlamına gelmektedir. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırmacı İrem Yüksel’e başvurabilir, araştırmacıya günün 09.00-18.00 saatleri arasında ..... numaralı cep telefonundan erişebilirsiniz.

Araştırmanın bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum/sözlü olarak dinledim. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

**Gönüllünün Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

**Tarih:**

Araştırma hakkındaki yukarıdaki ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmış ve yazılı onamını alınmıştır.

**Araştırmacının Adı-Soyadı:** İrem Yüksel

**İmzası :**

**Tarih:**

## ÖZGEÇMİŞ

**Ad-Soyad:** İrem Yüksel

### Öğrenim Durumu:

**Lisans:** Ankara Çankaya Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

**Yüksek Lisans:** İstanbul Gedik Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

### MESLEKİ EĞİTİM VE DENEYİMLER

Üniversite yıllarında katıldığı birçok çalışma, seminer ve sosyal sorumluluk projelerinin yanı sıra Dr Erol Özçelik ile beraber Eye Tracking Pc programı ile algıda seçiciliğin göz hareketleri ile gözlemlenip değerlendirildiği çalışmada grubunda görev almıştır. Ankara Çankaya Üniversitesi İngilizce Psikoloji bölümünü burslu okumaya hak kazanmış onur derecesiyle mezun olmuştur. Lisans eğitimi sürecinde Şizofreni Dernekleri Federasyonu Mavi At Kafe, Fulya Teras Özel Psikiyatri Kliniği ve anlaşmalı LAPE Fransız Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve JW Marriott Otel Endüstri Örgüt Psikolojisi Alanı gibi birçok kurumda hizmet verip staj yapmıştır.

Yüksek lisans sürecine devam ederken, Şema Terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi ve Cinsel Terapi eğitimlerini almıştır. Yine Yüksek lisans eğitimi süresince online olarak terapi desteği vermiş ve aynı zamanda LAPE anlaşmalı olan özel bir psikiyatri kliniğinde psikolog olarak çalışmıştır. Eğitim ve çalışmalarını süpervizyonlar ile destekleyerek devam etmektedir.

### Sosyal Sorumluluk Projeleri

- LÖSEV gönüllüsü ( eğitim verme, oyuncak paketleme ve satış stand sorumlusu)
- TOG gönüllüsü
- TEMA Vakfı gönüllüsü
- Greenpeace gönüllüsü

Ayrıca pandemi süresince online bir destek hattı üzerinden ve belediyeye bağlı kurumlardan gönüllü psikolojik destek sunmuştur.