



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE YENİ KUŞAK
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE YAYGIN
KAYGI BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ**

YÜKSEK LİSANS DÖNEM PROJESİ

MEHMET BERK YANDIM

İSTANBUL, 2022



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE YENİ KUŞAK
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE YAYGIN
KAYGI BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ**

YÜKSEK LİSANS DÖNEM PROJESİ

**MEHMET BERK YANDIM
(210134003)**

**Danışman
(Doç. Dr. Gaye Saltukoğlu)**

İSTANBUL, 2022

ETİK BİLDİRİM

Bu projenin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, projenin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Mehmet Berk Yandım

TEŐEKKÜR

Bu projeyi yazmamda katkısı olan ve eğitim hayatım boyunca bana destek olan, başta annem olmak üzere tüm sevdiklerime, arkadaşlarıma ve bana desteklerini esirgemeyen hocalarıma teŐekkürü borç bilirim.

Mehmet Berk Yandım

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE YENİ KUŞAK BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

Mehmet Berk Yandım

ÖZET

Bu proje bir alanyazın derleme çalışmasıdır. Yaygın Kaygı Bozukluğu'nun (YKB) ikinci dalga olarak da adlandırılan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve üçüncü dalga olarak da adlandırılan yeni kuşak Bilişsel Davranışçı Terapiler'de tedavisini ortaya koymak temel amaçtır. Bu çalışmada ilk olarak, birinci bölümde kaygı ile ilgili genel kavramlara odaklanılmıştır. Kaygının diğer benzer kavramlarla farkı ve ilişkisi ortaya konmuştur. Kaygının neden ortaya çıktığı ve patolojik kaygı ile normal kaygının farkı anlaşılmasına çalışılmıştır. İkinci bölümde kaygıya ilişkin önemli kuramcıların görüşlerine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde kaygı bozuklukları ele alınmıştır. Bu bölümde kaygı bozukluklarının tarihçesi, sınıflandırılması, epidemiyolojisi ve DSM-5'e göre kaygı bozuklukları başlığı altında yer alan bozukluklara yer verilmiştir. Dördüncü bölümde Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB) hakkında kapsamlı bilgiler derlenmiştir. YKB'nin tanımı, tarihçesi, belirti ve bulguları, eştanısı, sınıflandırılması, tanısı, tanısına ilişkin tartışmalar, epidemiyolojisi ve son olarak YKB'yi açıklamaya çalışan bilişsel modellere yer verilmiştir. Beşinci bölümde ise YKB tedavileri ortaya konmaktadır. YKB'nin Bilişsel Davranışçı Terapisi ve yeni kuşak olarak adlandırılan Bilişsel Davranışçı Terapilerdeki tedavi protokolleri başta olmak üzere diğer tedavi yöntemleri de ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: kaygı, anksiyete, yaygın kaygı bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapiler, bilişsel davranışçı terapi

TREATMENT OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND NEW GENERATION COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPIES

Mehmet Berk Yandım

ABSTRACT

This project is a literature compilation study. The main aim is to reveal the treatment of Generalized Anxiety Disorder (GAD) in Cognitive Behavioral Therapy (CBT), also called the second wave, and the new generation Cognitive Behavioral Therapies, also called the third wave. In this study, firstly, the first chapter focuses on general concepts related to anxiety. The difference and relationship of anxiety with other similar concepts has been revealed. It has been tried to understand why anxiety arises and the difference between pathological anxiety and normal anxiety. In the second part, important views of theorists related to anxiety are provided. In the third part, anxiety disorders are discussed. In this section, the history, classification, epidemiology of anxiety disorders and the disorders under the title of anxiety disorders according to DSM-5 are provided. In the fourth chapter, comprehensive information about Generalized Anxiety Disorder (GAD) has been compiled. The definition, history, signs and symptoms, co-diagnosis, classification, diagnosis, discussions about the diagnosis, epidemiology of GAD and finally cognitive models that try to explain GAD are included. In the fifth part, GAD treatments are presented. Other treatment methods, especially the Cognitive Behavioral Therapy of GAD and the treatment protocols in the Cognitive Behavioral Therapies, which are called the new generation, are also discussed.

Keywords: worry, anxiety, generalized anxiety disorder, third wave cognitive behavioral therapy, cognitive behavioral therapy

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı Yaygın Kaygı Bozukluğu'na yönelik Bilişsel Davranışçı Terapilerin ve son zamanlarda gittikçe rağbet görmekte olan üçüncü dalga olarak da adlandırılan yeni kuşak Bilişsel Davranışçı Terapilerin tedavilerini ortaya koymaktır. Bir diğer amaç ise birçok psikolojik sorunun da temelinde yatan kaygıyı daha iyi anlamaya çalışmaktır. Bu amaçla kaygı ve kaygı bozuklukları, yaygın kaygı bozukluğu ve yaygın kaygı bozukluğunun tedavisi üzerine bugüne kadar yapılmış çalışmalar ve ortaya atılan kuramlar bir araya getirilmeye çalışılmıştır. Kaygı ve kaygıyla ilişkili bozukluklar üzerine geçmişten günümüze birçok çalışma yapılmış ve günümüzde de kaygı psikoloji biliminin üzerinde en çok araştırma yaptığı konulardan biri olmaya devam etmektedir. Alanyazının çok eski tarihlere dayanması ve günümüzde bu konu ile ilgili çalışmaların giderek çoğalması nedeniyle bu çalışmada yalnızca alanyazında önemli yer tutan çalışmalara ve görüşlere, olabildiğince yer verilmeye çalışılmıştır.

Temmuz, 2022

Mehmet Berk Yandım

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vi
SEMBOLLER	xi
KISALTMALAR	xii
GİRİŞ	14
BİRİNCİ BÖLÜM.....	17
1. KAYGI: GENEL BİLGİLER VE KAVRAMLAR.....	17
1.1. KAYGI VE ANKSİYETE’NİN ETİMOLOJİSİ	17
1.1.1. Angst	17
1.1.2. Kaygı - Anksiyete	17
1.2. KAYGI VE ENDİŞE.....	18
1.3. KAYGI VE KORKU.....	19
1.3.1. Kaygı ve Korkuda Görülen Fizyolojik Süreçler	19
1.3.2. Kaygı ve Korkuda Görülen Bilişsel ve Psikolojik Süreçler	20
1.4. KAYGI TÜRLERİ	21
1.5. KAYGI VE EVRİMSEL ADAPTASYON.....	21
1.5.1. Psikiyatrik ve Evrimsel Perspektif Açısından Kaygıya Bakıştaki Farklar	21
1.5.2. Kaygının Doğası: Savaş ya da Kaç.....	22
1.6. NORMAL KAYGI VE PATOLOJİK KAYGI.....	23
İKİNCİ BÖLÜM.....	25
2. KAYGI KURAMLARI.....	25
2.1. PSİKOLOJİK KURAMLARDA KAYGI.....	25
2.1.1. Freud’un Kaygı Kuramı	25
2.1.1.1. Freud’un Kaygı Kuramının Tarihsel Gelişimi	25
2.1.1.1.1. İlk Dönem: Toksik Teori.....	25

2.1.1.1.2. İkinci Dönem: Bastırmanın Bir Sonucu Olarak Kaygı.....	26
2.1.1.1.3. Üçüncü Dönem: Sinyal Olarak Kaygı.....	26
2.1.1.2. Kaygının Çeşitleri	27
2.1.1.2.1. Gerçeklik Kaygısı.....	27
2.1.1.2.2. Suçluluk Kaygısı	28
2.1.1.2.3. Nevrotik Kaygı.....	28
2.1.2. Freud Sonrası Psikanalitik Kuramlarda Kaygı.....	28
2.1.3. Hümanistik Kuramlarda Kaygı	31
2.1.4. Varoluşsal Kuramlarda Kaygı	31
2.1.5. Davranışsal Kuramlarda Kaygı	32
2.1.6. Bilişsel Kuramlarda Kaygı.....	33
2.1.7. Spielberger ve Kaygının İki Türü	33
2.1.7.1. Durumluk Kaygı	34
2.1.7.2. Sürekli Kaygı.....	34
2.2. BİYOLOJİK KURAMLARDA KAYGI.....	34
2.2.1. Otonom Sinir Sistemi.....	34
2.2.2. Nörotransmitterler	34
2.2.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	35
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	36
3. KAYGI BOZUKLUKLARI	36
3.1. KAYGI BOZUKLUKLARININ TARİHÇESİ.....	36
3.2. KAYGI BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI.....	40
3.3. DSM-5’TE YER ALAN KAYGI BOZUKLUKLARI	42
3.3.1. Panik Bozukluğu	43
3.3.1.1. Panik Atak.....	43
3.3.1.2. Panik Bozukluğu	43
3.3.2. Özgül Fobiler.....	43
3.3.2.1. Fobiler	43
3.3.2.2. Özgül Fobi	44
3.3.3. Sosyal Kaygı Bozukluğu.....	44
3.3.4. Agorafobi	45

3.3.5. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu.....	45
3.3.6. Seçici Konuşmazlık (Mutizm).....	46
3.3.7. Maddenin veya İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu	46
3.3.8. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu	47
3.3.9. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu	47
3.3.10. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu.....	47
3.3.11. Diğer Bozukluklarda Kaygı	47
3.4. KAYGI BOZUKLUKLARININ SIKLIK VE YAYGINLIĞI.....	48
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	49
4. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU	49
4.1. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN TANIMI	49
4.2. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU BELİRTİ VE BULGULAR	49
4.3. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN TARİHÇESİ.....	50
4.4. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU SINIFLANDIRILMASI VE TANISI.....	51
4.4.1. Yaygın Kaygı Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri.....	53
4.5. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNDA EŞ TANIL.....	54
4.6. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN SIKLIK VE YAYGINLIĞI.....	54
4.7. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ	56
4.7.1. Yaygın Kaygı Bozukluğu’nda Biyolojik Faktörler.....	56
4.7.2. Yaygın Kaygı Bozukluğu’nda Sosyal Çevresel Faktörler.....	56
4.7.3. Yaygın Kaygı Bozukluğu’nu Açıklayan Psikolojik Modeller.....	57
4.7.3.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük.....	57
4.7.3.2. Duygusal Bozukluk Modeli.....	58
4.8. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU BAŞLANGIÇ.....	58
BEŞİNCİ BÖLÜM	59
5. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU TEDAVİSİ.....	59
5.1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİDE YKB TEDAVİSİ.....	59
5.1.1. Yaygın Kaygı Bozukluğu’nun Bilişsel Davranışçı Terapisinde Kullanılan Teknikler	60
5.1.2. Beck’in Bilişsel Davranışçı Terapisi.....	61
5.1.3. Borkovec’in Yaygın Kaygı Bozukluğu Protokolü.....	61
5.1.3.1. Endişeden Kaçınma Teorisi	62

5.1.4. Wells'in Yaklaşımı: Tip I ve Tip II Endişeler	63
5.1.5. Dugas ve Robichaud'ın Yaygın Kaygı Bozukluğu Protokolü.....	64
5.2. YENİ KUŞAK BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE YKB TEDAVİSİ	65
5.2.1. Farkındalık Temelli Yaklaşımlar	65
5.2.1.1. Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR).....	66
5.2.2. Dialektik Davranış Terapisi.....	67
5.2.3. Kabul ve Kararlılık Terapisi	68
5.3. DİĞER TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	69
5.3.1. PSİKOTERAPİLER.....	69
5.3.2. FARMAKOLOJİK TEDAVİ	71
5.4. YKB TEDAVİSİNDE BDT VE FARKINDALIK TEMELLİ TERAPİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	71
SONUÇ.....	73
KAYNAKÇA	76

SEMBOLLER

GABA : Gamma–Aminobütirik Asit

NE : Nörepinefrin

S : Seratonin

KISALTMALAR

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
akt.	Aktaran
APA	American Psychiatric Association
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
bkz.	Bakınız
C.	Cilt
CM	Classical Mindfulness (Klasik Farkındalık)
çev.	Çeviren
DDT	Dialektik Davranış Terapisi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
ed. veya haz.	Editör/yayına hazırlayan
ICD	International statistical Classification of Diseases and related health problems
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction (Farkındalık Temelli Stres Azaltma)
MDB	Mojör Depresif Bozukluk
M.Ö.	Milattan önce
NICE	National Institute of Clinical Excellence
Örn.	Örnek
s.	Sayfa/sayfalar
SNRI	Serotonin–Norepinefrin Geri Alım Önleyicileri
SSRI	Serotonin Geri Alım Önleyicileri
Trans.	Translate (Çeviri)
v.d.	Çok yazarlı eserlerde ilk yazardan sonrakiler
Vol.	Volume (Cilt)
YKB	Yaygın Kaygı Bozukluğu

yy.

WHO

Yüzyıl

World Health Organization

GİRİŞ

Günümüzde kaygı ve kaygıyla ilgili bozuklukların giderek artan şekilde insanların büyük bir bölümünü etkilediği görülmektedir. Öyle ki tüm dünyanın bir kaygı çağına doğru hızla ilerlediği ve çağımızın “Kaygı Çağı” olarak adlandırıldığı öne sürülmektedir (Sayar, 2020). Kaygının birçok tanımı bulunmakla birlikte kısaca tehditkar olarak görülen bir duruma aşırı tepki olarak genellikle genelleştirilmiş ve odaklanmamış bir huzursuzluk ve endişe hissi olarak tanımlanmaktadır (Holt, Bouras, 2007). Kaygı, gerçek veya algılanan acil bir tehdide yönelik olan korku ile yakından ilişkilidir (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013). Korku temelde belirli ve şimdiki zamandaki tehdide odaklıyken, kaygı ise kaynağı belirsiz gelecekteki bir tehdide odaklıdır (Barlow D. H., 2000). Normal düzeyde kaygı hissetmek evrimsel açıdan doğada bize avantaj sağlayan bir durumken, tehdide orantısız bir şekilde kaygı hissetmek kişiye ızdırap vermektedir ve patolojik kaygı olarak adlandırılmaktadır (Bateson, Brilot, Nettle, 2011). Kaygı bozukluklarının temelinde bu kaygı biçimi yatmaktadır (Tükel, Alkın, 2000).

DSM-5'e (APA, 2013) göre kaygı bozuklukları: Özgül fobi, ayrılma kaygısı bozukluğu, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), seçici konuşmazlık (mutizm), panik bozukluğu, agarofobi, yaygın kaygı (anksiyete) bozukluğu, maddenin ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğudur. Kaygı bozuklukları, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en yaygın psikiyatrik hastalık sınıfını oluşturmaktadır ve her yıl Amerikalı yetişkinlerin tahmini %18,1'ini veya yaklaşık 40,62 milyon insanı etkilemektedir (Kessler, Chiu, Demler, vd., 2005). Bu kadar sık görülmesi ve hemen her insanın tecrübe ettiği bir his olması nedeniyle kaygıyla ilgili çalışmaların geçmişten günümüze dek neden ön planda olduğunu açıklamaktadır. Kaygıya ve kaygı bozukluklarına yönelik kuramsal çalışmalar çok çeşitlidir ve bu çalışmalar antik dönemlere kadar uzanmaktadır. Stoacı filozoflar

günümüzdeki Yaygın Kaygı Bozukluğu tedavisine benzer tedaviler önermekteydiler (Crocq, The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category, 2017).

Kaygının tarihi eski olsa da YKB, günümüzde görece yeni bir kavramdır. Bu bozukluk önceleri farklı bozukluklar altında, farklı kavramlarla ifade edilirken 1980'de DSM-3'ün (APA, 1980) tanıtılmasıyla birlikte farklı bir bozukluk olarak kabul edilmiştir (Crocq, 2022). Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB), günlük aktiviteler ve olaylarla ilgili aşırı kaygı ile karakterize uzun süreli bir ruhsal bozukluktur (APA, 2013). YKB'nin genel nüfus içerisinde yaşam boyu yaygınlık oranı %3-6 olarak bildirilmektedir (Kessler, vd., 2005). Yaygın kaygı bozukluğu temel sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda en sık görülen kaygı bozukluğudur (Wittchen vd., 2002). Ruscio ve meslektaşları (2017), tarafından yapılan daha güncel bir çalışmaya göre YKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %3,7, 12 aylık yaygınlık oranı ise %1,8 olarak bulunmuştur. YKB'nin oluşumunda biyolojik, sosyal, çevresel ve psikolojik faktörlerin yeri vardır. YKB'yi açıklayan iki önemli psikolojik model: "Duyusal Bozukluk Modeli" ve "Belirsizliğe Tahammülsüzlük" modelleridir.

National Institute of Clinical Excellence (NICE), şu anda yetişkinlerde YKB tedavisi için farmakoterapi, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) veya Uygulamalı Gevşeme önermektedir (NICE, 2011). YKB için BDT: Bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma ve gevşeme eğitiminin özelliklerini içermektedir (Barrowclough, vd., 2001; Hofmann, vd., 2012). BDT en başından, depresyon ve duygu durum bozuklukları için Beck (1967) tarafından geliştirilmiş bir yöntemdi ve YKB'ye özgü bir protokolü bulunmamaktaydı (Leahy, 2004). Beck ve meslektaşlarının (1985) BDT'yi kaygı bozukluklarına uyarlamasıyla BDT kaygı bozuklukları için de etkili olmaya başlamıştır (Clark, 1986). Borkovec ve meslektaşlarının (1983), endişeden kaçınma teorisi sonucu geliştirdiği YKB için BDT protokolü, Wells ve meslektaşlarının (1995), Tip II endişeleri (endişeden endişelenmek) yani metakognisyonları hedef alarak hazırladıkları YKB protokolü, Dugas ve Robichaud'un (1998), belirsizliğe tahammülsüzlük modelini temel alan YKB protokolü YKB için klasik BDT tedavi protokolleri arasında yer almaktadır.

Bilişsel yaklaşım genellikle hastaların kendi düşünceleri üzerinde gerçekleştirecekleri bir kendini gözlemlene ile başlamaktadır. Düşünceleri fark

etmek, hastaların düşünceyi duygudan ayırtmalarını gibi adımlar söz konusu olmaktadır. Bilişsel çalışmanın amacı, hastaların otomatik düşüncelerinden bir adım geri adım atmalarına ve bu endişelerden uzaklaşmalarına yardımcı olmaktır. BDT'deki üçüncü dalga (farkındalık) bu ilkeyi benimseyerek terapötik programını farklı bir biçimde oluşturmaktadır (Borza, 2022). Farkındalık temelli müdahaleler, bireylerin şu ana dikkat ederek, bilinçli ve yargılamadan, alışılmış, otomatik, işlevsiz bilişsel rutinlerden kurtulmalarına izin verecek becerilerin geliştirilmesine dayanmaktadır. (Kabat-zinn, 2003; Segal ve diğerleri, 2002). Bu yaklaşımlar arasında: Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) (Kabat-Zinn 1982, 2003), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) (Segal, Williams, Teasdale, 2002), Borderline Kişilik Bozukluğu için Diyalektik Davranış Terapisi (Linehan 1993a, 1993b), çoğunlukla anksiyete ve majör duyu durum bozuklukları için Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) (Hayes, Lillis, 2022) yer almaktadır. Farkındalığın temelinde bilinçli bir şekilde yargılamadan şu ana odaklanmak olduğu, kaygının ise gelecekteki belirsiz tehdit durumları ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde farkındalık temelli terapilerin YKB'nin tedavisinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Segal, vd., 2002; Kabat-Zinn, 2003; Barlow D. H., 2004).

Farkındalık temelli terapileri ve BDT'yi doğrudan karşılaştırmak, kaygı ile ilgili düşüncelere (MBSR'deki düşünceleri dikkatli bir şekilde gözlemlemek ve kabul etmek, BDT'deki düşünce içeriğini yeniden değerlendirmek ve değiştirmek) ve duygulara (MBSR'de duygulara dikkatli farkındalık gözlemlemek ve duygulara yer açmak, BDT'de duyguları kontrol etmek ve azaltmak) yönelik farklı yaklaşımları araştırmak için bir fırsat sağlamaktadır (Arch, ve diğerleri, 2013). Bu nedenle sonuç kısmında BDT ile yeni kuşak BDT'lerin YKB tedavisindeki durumlarının karşılaştırılmasına odaklanılmış ve birtakım önerilerde bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KAYGI: GENEL BİLGİLER VE KAVRAMLAR

Yaygın Kaygı Bozukluğu'nda görülen temel semptomlar endişe ve kaygıdan oluşmaktadır. Tüm kaygı bozukluklarında, kaygı semptomu farklı formlarda karşımıza çıkmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). Problemin çözümüne geçmeden önce problemin kökenini oluşturan kaygıyı tanımlamak ve kaygıyla ilişkili kavramları açıklamak yerinde olacaktır.

1.1. KAYGI VE ANKSİYETE'NİN ETİMOLOJİSİ

1.1.1. Angst

Freud'un ilk metinlerinde de karşımıza çıkan "angst" sözcüğü İngilizce'ye; Danca, Norveççe ve Hollandaca "angst" ve Almanca "angst" sözcüklerinden geçmiştir (Kara, 2020; Online Etymology Dictionary, 2022). Bu sözcük "anxiety" olarak Kierkegaard ve Freud'un eserlerinin İngilizce çevirilerinde 19. yüzyıldan beri onaylanmıştır (Kara, 2020). İngilizce'de yoğun bir endişe, kaygı veya iç karışıklık hissini tanımlamak için kullanılmaktadır (Cambridge University Press , 2022). Freud'un ilk dönem makalelerinin tercümesinde yapılan bir hata sebebiyle Almanca'da korku anlamına gelen angst sözcüğü, anksiyete olarak tercüme edilmiştir (Özakkaş, 2014). Diğer dillerde (korku veya panik) için Latince "pavor" kelimesinden türetilen kelimelerle, anlam bakımından farklılık göstermektedir. Örneğin, Fransızca "anxiété" ve "peur'de" olduğu gibi (Online Etymology Dictionary, 2022; Merriam-Webster, 2022). Almancadaki angst sözcüğünün kökeni erken dönem Hint-Avrupa dillerinde "anhu", (kısıtlama) sözcüğüdür ve Latince "angustia" (gerginlik) ve "angor" (boğulma, tıkanma) ile bağlantılıdır (Online Etymology Dictionary, 2022; Merriam-Webster, 2022).

1.1.2. Kaygı - Anksiyete

Türkçe'de genel olarak "angst" kelimesinin karşılığı olarak "anksiyete" veya "kaygı" kelimeleri tercih edilmektedir (Kara, 2020). Kaygının İngilizce karşılığı olan "anxiety" sözcüğü Latince "sıkmak, daraltmak, boğmak" anlamına gelen "angare"

fiilinden türetilmiştir. Latince'den, Fransızca'ya “anxiété” olarak geçmiştir. Fransızca “anxiété” “sıkıntı, endişe, sebepsiz korku” sözcüğü son olarak Türkçe'ye “anksiyete” olarak geçmiştir (Etimoloji Türkçe, 2022). Çeşitli kaynaklarda kaygı sözcüğü yerine “anksiyete, sıkıntı, bunaltı, elem, tasa” sözcükleri de sıklıkla kullanılmaktadır. Türkçe çeviri ve makale yazımında çoğunlukla anksiyete ve kaygı kelimeleri tercih edilmektedir. Bazı çevirilerde anksiyete yerine özellikle kökeni Türkçe olan, hatta Öz Türkçe'ye dayanan kaygı kelimesi tercih edilmektedir (Kara, 2020). Psikolojide kullanılan bilimsel kavramların, Türkçe'ye çevrilmesinde yaşanan zorluklar, hangi kelimelerin tercih edilmesi gerektiği, çevirilerde geri çeviri (back translation) yönteminin kullanımı gibi konular hala tartışma konusudur (Öztürk, 2015). Bu çalışmada Freud'un “angst” olarak kullandığı kavramın karşılığı olarak anksiyete ya da kaygı sözcüklerinin kullanımı tercih edilmektedir (Kara, 2020).

1.2. KAYGI VE ENDİŞE

Kaygı, yalnızca öznel olarak tehditkar olarak görülen bir duruma aşırı tepki olarak genellikle genelleştirilmiş ve odaklanmamış bir huzursuzluk ve endişe hissi olarak tanımlanmaktadır (Holt, Bouras, 2007). TDK'ya göre “endişe” sözcüğü “tasa, kuşku, korku ve düşünce” anlamları taşımaktadır (TDK, 2022). “Kaygı” ve “endişe” kavramları birbirinin yerine sıklıkla kullanılıyor olsalar da olgu üzerinde yaptığı etkiye bağlı olarak değerlendirildikleri zaman farklı özellikleri bulunan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Endişelerin iki özelliği bulunmaktadır. İlk olarak endişeler, gelecekle (geçmiş yaşantıya ait olsalar bile) ilişkilidir. İkincisi ise endişeler içerik bakımından daima olumsuzluklar içermektedir (Robichaud, Dugas, 2018). Zihnimiz problem çözmek üzere geliştiği için gelecekteki olumlu senaryolardan çok olumsuz senaryoları düşünme eğilimi göstermektedir (Harris, 2019). Endişe temelinde bilişsel bir süreçten ibaret olmaktadır. Endişe: “Geleceğe yönelik olumsuz bir durumla karşılaşma beklentisi içerisinde olmak” olarak da tanımlanabilir. Endişe ve kaygı benzer şeyleri ifade ediyor olsa da ikisini birbirinden ayıran en önemli farkın kişide ortaya çıktığı yer olduğu görülmektedir. Endişe zihinde olup biterken, kaygı ise doğrudan insan bedeninde meydana gelmektedir. Kaygı, bu bilişsel süreçlerin oluşturduğu fizyolojik ve duygusal bir takım belirtilerin insan

organizmasına yansması sonucu ortaya çıkmaktadır (American Psychiatric Association, 2013 ; Robichaud, Dugas, 2018).

1.3. KAYGI VE KORKU

Kaygı, gerçek veya algılanan acil bir tehdide, bir yanıt olan korku ile yakından ilişkilidir (APA, 2013). Kaygı ve korku kavramlarının ayrımı ile ilgili birçok tanım bulunmaktadır (Kara, 2020). Kaygı, gelecekte olması muhtemel kötü olaylara hazırlıklı olmayla ilişkili bir duygu durumudur, korku ise mevcut veya yakın bir tehlikeye (gerçek veya algısal) karşı bir alarm tepkisidir (Barlow D. H., 2004). Barlow, korku ve kaygıyı birbirinden ayıran unsurun, gerçek ya da algısal bir tehdit ayrımından değilde zamansal bir farklılıktan olduğunu öne sürmektedir. Kaygının gelecekteki, korkunun ise şimdiki zamandaki tehdit ve tehlike ile karşılaşma beklentisinden oluştuğunu öne sürmektedir (Barlow D. H., 2000). Bu bağlamda korku ve kaygının farkına yönelik bir örnek vermek yerinde olacaktır. Bu durum, insanın doğada yırtıcı bir hayvan tehdidiyle karşılaşması ile açıklanabilir. Kaygı, yırtıcı bir hayvanın saldırma olasılığına yönelik beklenti sonucu ortaya çıkarken, korku ise doğrudan yırtıcı bir hayvanın saldırması esnasında ortaya çıkan duygu durumudur (Craske, vd., 2011). Görüldüğü üzere kaygı, gelecekteki çoğunlukla belirsiz ve tanımlanamayan bir tehdit ile ilişkili olarak ortaya çıkan bir duygu iken korku, şu andaki çoğunlukla belirli ve tanımlanabilen bir tehdit ile ilişkili olarak ortaya çıkan bir duygudur (Karakaş, 2022). Korku kısa ömürlüdür, şimdiki zamana odaklıdır, belirli bir tehdide yöneliktir ve tehditten kaçmayı kolaylaştırmaktadır. Öte yandan, kaygı ise uzun sürelidir, geleceğe odaklıdır, genel olarak yaygın tehditlere odaklıdır. Kaygı potansiyel bir tehdide yaklaşırken aşırı dikkatli olmayı teşvik eder ve olumsuz durumlar karşısında yapıcı başa çıkmayı engellemektedir (Sylvers, Lilienfeld, LaPrairie, 2011). Kaygı ve korku yaşantısı esnasında ortaya birçok fizyolojik ve bilişsel belirti ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler her insanda farklı şekillerde ve farklı şiddetlerde ortaya çıkabilmektedir (Robichaud, Dugas, 2018).

1.3.1. Kaygı ve Korkuda Görülen Fizyolojik Süreçler

Kaygı ve korku duyuları esnasında bedende birtakım fizyolojik değişimler meydana gelmektedir. Her ikisinin de hissedildiği andan itibaren organizmada

sempatik sinir sistemi devreye girmektedir. İç ve dış uyaranlardan gelen bilgilerin amigdala tarafından tehlike olarak algılanmasıyla mesaj hipotalamusa oradan da hipofiz bezine ve diğer iç salgı bezlerine ulaşır. Organizmada savaş ya da kaç tepkisi ortaya çıkar (Şahin, 2017 ; LeDoux, 2006). Kaygı esnasında; kalp atışında hızlanma, kan basıncında hızlanma, solunum hızında değişiklikler, mide-bağırsak hareketlerinin hızlanmasıyla bir takım mide-bağırsak sorunları (mide bulantısı ya da ishal), tükürük salgısında azalma, ağız kuruluğu, terleme, sarsılmalar, sıcak basması ya da ürperme, huzursuzluk ve ürkeklik hisleri, baş dönmesi ya da sersemlik halleri meydana gelebilir (Robichaud, Dugas, 2018). Kaygı ve korku yaşantısı esnasında vücutta; glukagon hormonu salgılanmakta, kandaki şeker miktarı artmakta, gözbebekleri genişlemekte, kan iç organlardan çekilmekte, kan çizgili kaslara yönelmekte, kanda pıhtılaşma artmakta, kaslar oldukça gerilmekte ve tüyler diken diken olmaktadır (Şahin, 2017). Tüm bunlar bedenin bir tehlide karşı tepki vermesi için ortaya çıkan değişikliklerdir. Bu tepki sistemine “savaş ya da kaç” yanıtı denmektedir. Aslında kaygı ve korkudan kaynaklı tüm bu fizyolojik değişimler bedenimizi bir tehlide hazırlamaya yöneliktir (Robichaud, Dugas, 2018).

1.3.2. Kaygı ve Korkuda Görülen Bilişsel ve Psikolojik Süreçler

Kaygının motor ve içgüdüsel etkilerine ek olarak; kaygı aynı zamanda düşünme, algılama ve öğrenmeyi de etkilemektedir. Kaygı, kafa karışıklığına (konfüzyon) ve algının bozulmasına neden olmaktadır. Algı çarpıtması sadece yer ve zamanın uyumuyla ilgili olmayıp, tüm dış dünyadaki olaylar ve kişilerle bağlantılı olarak da meydana gelmektedir. Bu çarpıtmalar konsantrasyon gücünün azalması nedeniyle öğrenmeyi olumsuz etkilemekte, hafızayı ve hatırlamayı zayıflatmakta ve olaylar arasındaki bağlantıyı bulmada kişiye zorluklar yaratmaktadır. Duyguların bilişsel alan üzerindeki olumsuz etkilerinden biri de seçici algıdır. Kişi, korku ve kaygı düzeyine bağlı olarak, olayların veya olguların belirli yönlerini algılar ve diğer kısımlarını görmezden gelebilir. Dolayısıyla yanıtlardaki seçici algılama hatalarına bağlı olarak korkuyla birlikte yanlış ve hatalı bir algı ortaya çıkmaktadır. Bu bir kısır döngü yaratmaktadır, yanlış algılama yanlış yanıtı yol açmaktadır. Sonuç olarak, kaygı artmakta ve algı daha çarpık hale gelmektedir (Özakkaş, 2014; Robichaud, Dugas, 2018). Kaygının bilişsel etkileri, ölüm korkusu gibi şüpheli tehlikeler

hakkındaki Őu tarzdaki dűŐünceleri içerebilir: "Göğűs ağrılarının ölümcűl bir kalp krizi olduėundan veya kafanızdaki ağrıların bir tümör ya da kalp krizinin sonucu olduėundan korkabilirsiniz.", "ölmeyi dűŐündüğünüzde yoğun bir korku hissedersiniz veya bunu normalden daha sık dűŐünebilir veya aklınızdan çıkaramazsınız". (Milfayetty , vd., 2020).

1.4. KAYGI TÜRLERİ

Çeşitli kaygı türleri vardır. Varoluşsal kaygı, bir kişi endişe, varoluşsal bir kriz veya nihilist duygularla karşılaştığında ortaya çıkabilir. İnsanlar ayrıca matematiksel kaygı, somatik kaygı, sahne korkusu veya sınav kaygısı ile karşı karŐıya kalabilirler. Sosyal kaygı, başkaları tarafından reddedilme ve olumsuz değerlendirilme (yargılanma) korkusunu ifade eder. Estetik kaygı da kaygı tiplerinden birisidir (APA, 2013; Kara, 2020).

1.5. KAYGI VE EVRİMSEL ADAPTASYON

1.5.1. Psikiyatrik ve Evrimsel Perspektif Açısından Kaygıya Bakıştaki Farklar

Psikiyatrik koŐulları evrimsel bir bakış açısıyla ele alırken ortaya çıkan sorun, evrimleŐmiŐ işlev ve işlev bozukluğu arasındaki sınırın nerede olduğu konusudur. Eğer bir mekanizma, tüm bireyler ve içinde yaşadıkları ortamlar arasında ortalama olarak hayatta kalma ve üremeyi en üst düzeye çıkaracak bir tepki düzeyine sahip ise evrimsel anlamda işlevsel olarak çalıŐıyor demektir. Bu, psikiyatride temel olarak acı çekme düzeyine ve yaşam kalitesine dayanan klinik sınırları belirlemek için kullanılan ölçütlerden çok farklı bir ölçütü teŐkil etmektedir. Bir mekanizma sıkıntı yaratıyorsa veya yaşam kalitesini bozuyorsa, bu onun evrimsel anlamda arızalı olduğu anlamına gelmemektedir. Ağrı sistemi gibi birçok mekanizmanın insan için öznele olarak hoş olmayan durumlara neden olmaları tasarımlarının bir parçasıdır ve uygun koşullar altında bunu yapmazlarsa bireylerin yaŐayabilirliėi azalacaktır. Bu nedenle, kuŐkusuz bazı anksiyete bozukluğu vakaları, anksiyete tepkisini düzenleyen kontrol mekanizmaları düzensiz hale geldiği için patolojik olsa da bazı vakaların, kişinin Şu anda içinde bulunduğu duruma uygun adaptif tepkileri temsil etmesi de mümkündür. Sonuç olarak yetersiz kaygı eğilimi, yaygın olarak ortaya çıkan bir işlev

bozukluğu olabilir. Bununla birlikte, öznel sıkıntı ile ilişkili olmadığı için muhtemelen etkilenen kişiler tedavi için gelmezler. Bir mekanizmanın ne zaman uyumlu bir şekilde işlediğine ilişkin evrimsel kriterlerin, bir psikiyatrik bozukluğun ne zaman mevcut olduğunu belirleme kriterlerinden farklı olduğu görülmektedir. Evrimsel düşünce, mevcut olanların neden etkili olduğunu anlamada yardımcı olmasına rağmen, anksiyete bozuklukları için yeni tedavi stratejileri geliştirmek için henüz kullanılmamıştır (Bateson, Brilot, Nettle, 2011).

1.5.2. Kaygının Doğası: Savaş ya da Kaç

Korku ve kaygı uygun dozlarda olduğunda evrimsel açıdan insana doğada büyük bir avantaj sağlamaktadır. Her şeyden önce korku ve kaygı, insanın doğadaki ilk savunma hattını oluşturmaktadır. Çünkü potansiyel tehlikeyi çarpmadan önce sezme yeteneği hayatta kalmanın evrimsel bir anahtarıdır. Öte yandan bu koruma biçiminin bir bedeli de bulunmaktadır. Çünkü kaygı ve korku aynı zamanda insandaki kırgınlık ve huzursuzluğun da temelidir. Endişeli kişi güç durumdadır. Çünkü meydana gelen herhangi bir barış anının tadını çıkarmak yerine, her fırsatta felaket ve tehlike beklemektedir. Sorunlar bu temel korku mekanizmasının kendini düzenleme yeteneğinde yatmaktadır. Başka bir deyişle; kişi, gerektiğinde korkusunu açıp kapatamamaktadır (Kim, Gorman, 2005).

Bunun temelleri, ilkel "savaş ya da kaç" mekanizmasında, yani beynin kortikal olmayan, daha ilkel hayvan bölgelerinde yatar. Bununla birlikte, insanlarda, bu sistemlere, yaşam deneyiminden veri alan ve işleyen daha gelişmiş beyin bölgelerinden karmaşıklık ve esneklik verilir. Bu sistemler arasındaki etkileşim, "nature" ile "nurture" ve hayvan içgüdüleri ile yüksek biliş arasındaki sabit bir denge olarak anlaşılmaktadır (Kim, Gorman, 2005; LeDoux, 2006).

"Savaş ya da kaç" tepkisinde, adından da anlaşılacağı üzere kişi bir tehlike ile karşılaştığında ya bununla savaşır ya da kaçar. Bu tepkinin oluşması çok ani gerçekleşir ve sempatik sinir sistemi devrededir. Bu tepkinin oluşması ilk sinirsel uyarı yolu sayesinde mümkündür (Evans, Zarate, 2004).

LeDoux (1998)'un gösterdiği üzere beynimizde iki tip sinirsel uyarı yolu bulunmaktadır. İlk yol hızlı ama keskin olmayan yoldur bu yol son derece hızlı

çalışır ama sık sık yanlış alarm vermeye elverişlidir. İkinci yol ise ilk yoldan çok daha yavaştır ama ilk yola göre çok daha keskindir. İlk yol duyuşal talamustan, doğrudan amigdalaya gidip, duyuşal tepkiye yol açarken; ikinci yol, duyuşal talamustan önce, duyuşal korteksteki ilgili yapılara ulaşır, sonrasında amigdaladan geçer ve ardından duyuşal tepki oluşturur. İkinci yolda üst zihinsel işlevler olan yargılama, karar verme, karşılaştırma devredeyken, ilk yolda doğrudan ilkel beyin yapısıyla hareket edilmektedir (LeDoux'tan akt. Evans, Zarate, 2004).

Evrimsel işlev açısından ilk yolun önemi çok daha fazladır. Bu durumu yırtıcı hayvan tehdidi ile açıklamak yerinde olacaktır. Örneğin, tehlikeli hayvanlarla dolu bir ormanda olduğumuzu düşündüğümüzde çalılışın arasındaki en ufak bir hışırtı sesi, birinci yoldan savaş ya da kaç mekanizmasını harekete geçirebilir. Eğer çalılışın arasındaki ses bir tavşana aitse bunun bir önemi olmaz. Sadece yanlış bir alarmdır ve ikinci yol bir süre sonra bunun farkına varacaktır. Fakat çalılışın arasındaki ses yırtıcı bir hayvana ait ise savaş ya da kaç mekanizmasının ateşlenmesi ya da ateşlenmemesi, ölüm ve yaşam arasındaki ince farkı belirleyen unsur olacaktır (Evans, Zarate, 2004). Bu hayatta kalma mekanizmasının altında yatan sistemler her geçen gün daha net bir şekilde incelenmekte ve anlaşılmaktadır (Kim, Gorman, 2005).

1.6. NORMAL KAYGI VE PATOLOJİK KAYGI

Tüm insanlar hayatı boyunca zaman zaman kaygılı hissettiği durumlarla karşılaşmışlardır ve her insan kaygıyı bir şekilde tecrübe etmiştir (Özakkaş, 2014). Kaygı, insanı dış dünyanın tehlikelerden ve bunların istenmeyen olumsuz sonuçlarından koruyan bir erken uyarı sistemi olarak hizmet etmektedir (Robichaud, Dugas, 2018 ; Marks, Nesse, 1994). Kaygı ve kaygının tetiklediği sistemler; insanın doğada hayatta kalmasına, türünü devam ettirebilmesine, kendisine zarar verebilecek durumlardan kaçınmasına hizmet etmektedir (Bateson, Brilot, Nettle, 2011). Bu durumda belirli düzeyde bir kaygı hissetmek insan açısından faydalı ve gerekli bir durumdur (Bateson, Brilot, Nettle, 2011; Kim, Gorman, 2005). Doğada bize avantaj sağlayan bu sistemler, insanın gündelik hayatında ortaya çıktığında son derece istenmeyen birtakım durumlar meydana getirmektedir (Harris, 2019). Bu istenmeyen durumlar kişiye acı ve rahatsızlık vermektedir (Tükel, Alkın, 2000). Bu aşamada her

insanda bulunan normal kaygı, sürekli bir hal almakta, kişinin gündelik yaşamını büyük ölçüde etkilemekte ve patolojik kaygı haline gelmektedir (Bateson, Brilot, Nettle, 2011; Marks, Nesse, 1994). Her insanın, hayatını normal bir şekilde idame ettirebilmesi adına ideal düzeyde kaygıya ihtiyacı vardır. Kişinin önceki hayat deneyimleri, farklı anlamlandırma ve değerlendirmeyle birlikte kaygı, orantısız bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Kaygı, ortada bir tehdit bulunmadığı durumlarda ya da kaygı yanıtının tehlide göre orantısız bir şekilde fazla olduğu durumlarda ve kişinin normal yaşamındaki işlevlerini bozduğu zaman karşımıza tedavi edilmesi gereken patolojik bir durum olarak çıkmaktadır (Tükel, Alkın, 2000).

Özetle normal şiddette kaygı ve korku hissi doğada hayatta kalabilmemiz açısından önemli ve gerekli gibi görülmektedir. Problemi oluşturan ve kaygı bozukluklarının da kökeninde yer alan unsur ise patolojik kaygıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. KAYGI KURAMLARI

İnsanda huzursuzluk ve endişe hisleri yaratan kaygıyı, insanlar geçmişten günümüze birçok şekilde incelemişlerdir ve çeşitli açıklamalar getirme çabası içerisinde olmuşlardır. Kaygıyı ve kaygının nedenlerini anlamak psikoloji ve biyoloji alanındaki çalışmacıların yakından ilgilendiği bir konu olmuştur. Ayrıca kaygı konusunda bugüne kadar beyin görüntüleme çalışmaları, genetik çalışmalar, nöroanatomik çalışmalar da yapılmıştır (Özakkaş, 2014). Her kuramcı kendi kuramının bakış açısından kaygıya yönelik birtakım açıklamalar öne sürmektedir.

2.1. PSİKOLOJİK KURAMLARDA KAYGI

Freud ve Freud sonrası psikanalitik kuramlar, hümanist kuramlar, varoluşçu kuram, davranışsal kuramlar ve son olarak bilişsel kuramlar kaygıya yönelik çeşitli açıklamalar geliştirmiştir.

2.1.1. Freud'un Kaygı Kuramı

Freud'un kaygı konusunda görüşleri psikanalizden bile eskiye gitmektedir. Freud'un en eski kaygı kuramı 1890'ların ortalarına kadar uzanmaktadır. "Obsesyonlar ve Fobiler" (Freud, 1894), 1895'teki kitabı "Histeri Üzerine Çalışmalar" (Breuer, Freud 1893, 1895) ve son olarak kaygı hakkındaki en son fikirlerini 1926'da yayınlanan "İnhibisyonlar, Semptomlar ve Anksiyete" (Freud, 1926) eserinde görmek mümkündür (Freud'tan akt. Özakkaş, 2014).

2.1.1.1. Freud'un Kaygı Kuramının Tarihsel Gelişimi

Freud, kuramını sürekli olarak yenilemiş, eklemeler yapmış ve bazı açıklamalarının hatalı olduğunu düşünerek o konulardaki görüşlerini terk etmiştir. Dolayısıyla Freud'un kaygıya yönelik olan görüşleri de yıllar içerisinde değişimlere uğramıştır. Freud'un kaygı ile ilgili yenilediği bu görüşlerini kuramındaki farklılaşmaları ve büyük dönüşümleri göz önüne alarak üç ayrı dönemde incelemek mümkündür (Nersessian, 2013).

2.1.1.1.1. İlk Dönem: Toksik Teori

İlk aşamalarda, Freud kaygıyı düşünce ile ilişki olarak görmemekteydi. Freud'a göre kaygı daha çok cinsellikle yakından bağlantılı gözükmekteydi. Gözlemleri sonucu Freud, kaygıyı dönüştürülmüş cinsel uyarılma olarak tanımlamaktaydı. Freud'un argümanı, doyuma giden yol tıkanıldığında (örneğin, cinsel birleşmenin kesilmesinde, cinsel ilişki boşalmadan önce sona erdiğinde), sonuçta ortaya çıkan doyumsuz libido birikiminin toksik bir karaktere bürünerek kaygıda bir çıkış yolu bulmasıydı (Nersessian, 2013; Obaid, 2014). Daha sonra söyleyeceği gibi, "Nevrotik kaygı libidodan doğar ve dolayısıyla onunla, sirkenin şarapla aynı türden bir ilişkisi vardır" (Nersessian, 2013). Freud'a göre "Kaygı, birikmiş gerilimin dönüştürülmesinden kaynaklanır" (Freud'dan akt. Nersessian, 2013). Dürtü ve duygulanım aynıydı, bunlar çeşitli semptomlara sebebiyet vermekte ve bunların boşaltımı terapötik sayılmaktaydı (Nersessian, 2013).

2.1.1.1.2. İkinci Dönem: Bastırmanın Bir Sonucu Olarak Kaygı

Freud'un kaygı konusundaki görüşleri, cinsel dürtülerle bağlantılı fikirlerin "uygar" sosyal normlarla çatıştığında bilinçten nasıl itildiğini açıklayan bastırma teorisini geliştirirken değişmiştir. Başka bir deyişle Freud, sosyal varlıklar olma sürecinin cinsel dürtülerimizden bazılarının vazgeçmemizi gerektirdiğini iddia etmiştir (Obaid F. , 2014).

Anksiyetenin dönüştürülmüş cinsel uyarılma olarak daha önceki "toksik teorisi" korunmuştur, ancak önemli bir değişiklik yapmıştır. Daha önceki görüşleri, anksiyetenin nedeninin cinsel salıverilmenin dışsal blokları olduğunu varsayarken, bastırma teorisi vurguyu içsel olanlara kaydırmıştır. Bu bir psikolojik engelleme teorisidir. Bu aşamada Freud'un görüşleri, kaygının nedeninin dışsal bir blokajdan çok içsel bir engellenme olduğu yönündedir. Kaygı, bastırma süreciyle libidodan doğmaktadır (Nersessian, 2013; Obaid F. , 2014). Artık duygulanım ve düşünce, dürtünün tezahürleri olarak görülmekteydi (Nersessian, 2013).

2.1.1.1.3. Üçüncü Dönem: Sinyal Olarak Kaygı

1920'lerin sonlarında, Freud yeni ve çok farklı bir kaygı teorisi sunmaya başlamıştır ve sonunda kaygının dönüştürülmüş libido olarak önceki görüşünü terk etmiştir (Freud'tan akt. Nersessian, 2013).

Şu durumlardaki kaygılar arasında önemli bir ayrım yapmıştır:

- a. Çaresiz egonun boğulduğu travmatik bir durum tarafından tetiklenen daha birincil otomatik bir kaygı.
- b. Travmatik bir durumun yakın olduğuna dair bir tür uyarı olarak tehlike durumlarına ego tepkisinde etkinleştirilebilen sinyal kaygısı, bundan kaçınmak için savunma önlemleri alınabilmekteydi.

Bu tehlike durumları, çaresiz ve başkalarının insafına kalmış olma ihtimalinden kaynaklanan tehditler etrafında dönme eğilimindedir. Bunlar: Sevilen birini kaybetme, başka birinin sevgisini kaybetme veya saldırıya uğrama tehditleri. Nihayetinde Freud, bu tehditlerin daha temel bir tehdidin, hadım (kastrasyon) etme tehdidinin tezahürleri olduğunu iddia etmekteydi. Bu yeni bakış açısı Freud'u eski konumunu tamamen tersine çevirmeye yöneltmiştir. Daha önce kaygıyı bastırmanın bir sonucu olarak ortaya koyarken, şimdi onu bastırmanın önceliği ve onu doğuran olarak anlamaktaydı (Freud'tan akt. Nersessian, 2013; Obaid F. , 2014).

Bu son aşama kaygıya, psişenin işleyişinde çok daha merkezi bir yer vermektedir. Bastırmanın bir tür yan etkisi olmak yerine, savunmaları ve semptomlarıyla birlikte zihnin dış hatlarını, her şeyden önce kaygıdan kaçınmanın bir yolu olarak düşünmek de artık mümkün olmaktadır. (Freud'tan akt. Campton, 1972; Freud'tan akt. Özakkaş, 2014).

2.1.1.2. Kaygının Çeşitleri

Freud'un kuramında kaygıyı genel olarak; gerçeklik kaygısı, suçluluk kaygısı ve nevrotik kaygı olarak üçe ayırdığını görmekteyiz (Obaid F. , 2014). Bu üç çeşit kaygının da oluşum nedenleri ve süreçleri birbirinden farklı işlemekteydi (Campton, 1972).

2.1.1.2.1. Gerçeklik Kaygısı

Freud'a göre dışsal bir tehlike insanda tehlike algısı meydana getirmektedir. Bu tehlike algısı ise bu tehlikeden kaçınma kaygısını ortaya çıkartmaktadır. Nesnel kaygı o andaki durum ile ilişkili olan kaygıdır. Bu kaygı çeşidine korku da denmektedir. Bu kaygı her insanın deneyimlediği bir kaygı türüdür ve genellikle

tehdide yanıt olarak verilen kaygının şiddeti, dışsal tehditle orantılı durumdadır (Freud'tan akt. Campton, 1972).

2.1.1.2.2. Suçluluk Kaygısı

Suçluluk kaygısı egoda suçluluk ve utanç duygusu yaratan onaylanmayan durumlarda ortaya çıkmaktadır. Suçluluk kaygısı özellikle süperego ile ilişkilidir. Vicdan olarak da bilinen süperego, idin kabul edilemez istek ve arzuları karşısına sürekli olarak çeşitli kısıtlamalar ve kurallar koymaktadır. Bu kural ve kısıtlamaların aşılması durumunda kişide suçluluk kaygısı oluşmaktadır (Freud'tan akt. Campton, 1972).

2.1.1.2.3. Nevrotik Kaygı

İçgüdülerden kaynaklı istek ve arzuların egoda yarattığı gerilimin doyurulamaması sonucu ortaya çıkan kaygıdır. Freud'a göre kaygı bir çeşit sinyal işlevi görmektedir. Bilinçdışı dürtü ve duygular egonun bilinç alanına çıkmak için baskı uygular. Bu baskının artması kaygıyı artırır ve eğer kaygının şiddeti belirli bir seviyeye ulaşırsa panik atak ve anksiyete nöbetleri ortaya çıkmaktadır. Savunma düzeneği olarak bastırma aktifleşir böylelikle bilinçdışı dürtüler, fanteziler ve duygular bilinçdışına tekrar geri gönderilir. Eğer bastırma savunma mekanizması başarısız olursa diğer savunma düzenekleri devreye girmektedir. Kullanılan savunma mekanizmasına bağlı olarak karşımıza çeşitli klinik tablolar çıkmaktadır. Histeri, obsesif-kompulsif nevroz, fobik nevrozlar, nevrotik kaygıya karşı kullanılan savunma mekanizmalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Freud'tan akt. Campton, 1972; Özakkaş, 2014).

2.1.2. Freud Sonrası Psikanalitik Kuramlarda Kaygı

Freud sonrası dönemde kaygının neden kaynaklandığına yönelik psikanalitik kuramcılar tarafından ortaya farklı teoriler öne sürülmüştür.

Otto Rank (1924)'a göre kaygının temelinde doğum travması yatmaktadır. Anneden ayrılmayla ortaya çıkan bu doğum travması kişinin ilerleyen yaşamındaki her ayrılığa tekrarlanmaktadır. Rank, tüm yaşam boyunca kaygı kaynağının kişinin doğum sırasında yaşadığı psikolojik travmadan kaynaklandığını savunduğu "Doğum

Travması” adlı eserini 1924’te yayınladı. Doğum travması, Freud’un doğumun ilk kaygı deneyimi olduğu ve dolayısıyla kaygının kaynağı ve temeli olduğu fikrinin bir uzantısıydı. Kitap boyunca Rank, doğumun yaşamın nihai biyolojik temeli olduğunu ve anne karnındayken anneye bir hoşnutluk ve birlik halinden zorlu bir ayrılık ortamına geçmenin fiziksel deneyiminin kalıcı kaygıya neden olan bir travma yarattığını savunmaktaydı. Doğum sırasında yaşanan duyguları kaygıyla ilişkili duygularla ilişkilendiren Rank, doğum sırasında ve kaygıyla ilgili diğer deneyimler sırasında yaşanan kafa karışıklığı, daralma ve hapsedilme duyguları arasında paralellikler kurarak tüm kaygıların kaynağının doğum olduğunu savunmaktaydı. Rank, Doğum Travması’ndaki fikirlerinin, psikanalitik tedavi sırasında ikinci bir doğum fantezisi yaşayan ve bunu yaparken doğum travmasından kurtulan hastalarla ilgili klinik değerlendirmelerinden kaynaklandığını iddia etmekteydi. Rank, hastaların ikinci doğum fantezilerinde biyolojik olarak intrauterin (dölyatağı içindeki) yaşamlarını yeniden deneyimlediklerini ve daha sonra bu deneyimi terapi seansları sırasında bir psikanaliste anlattıklarını savunmaktaydı (Obaid, 2012; Rank’tan akt. Keller, 2019).

Freud sonrası Ego Psikolojisinde, Anna Freud (1936) ile kaygı modeli gelişmiş ve kaygı türleri çeşitlenmiştir. Anna Freud temelde beş çeşit kaygı biçiminden bahsetmektedir. Bunlar: Arkaik kaygılar, ayrılık kaygısı, sevgiyi kaybetme kaygısı, kastrasyon kaygısı ve utanma kaygısıdır. İlkel kaygı, basit çatışmayı aşan ve ölüm, terk edilme ve düzensizlik korkusu gibi benliği tehdit eden güçlü kaygıları ifade eder. İlkel kaygılar, travmatik duygulanımların kalıntılarını ve “ben değil” deneyimine ya da benlik duygusunun kaybına yaklaşılabilecek yoğun kaygıyı açığa çıkarmaktadır (Mccarthy, 1985; Freud, A, 1989).

Horney’e (1950) göre kaygı çocuğun tanımadığı yabancı bir dünyada tek başına kalmasıyla ortaya çıkmaktadır. Horney bu kaygıya “Temel Kaygı” demektedir. Çocuk potansiyel tehditlerle dolu bir dünyada tek başına varlığını koruyamayacak güçtedir bu da çocukta kaygıyı meydana getirmektedir (Horney, 2015).

Sullivan’a (1953) göre kişinin diğerleri ile ilişki biçimini şekillendiren en önemli etmen kaygıdır. Kaygı ve korku ayırımında; kaygının, içsel gerilimden

kaynaklandığını ve odaksız olduğunu öne sürmektedir. Bebeğin ilk yaşantısında kaygılı olan durumlar ve kaygılı olmayan durumlara göre iyi anne ve kötü annenin oluştuğunu ifade etmektedir. İkinci aşamada ise bebeğin, iyi annenin mi yoksa kötü annenin mi kendisiyle ilişkili olduğunu keşfetmesiyle iyi ben, kötü ben ve ben değil (yoğun kaygıya neden olan disosiyasyon etkinlikleri) oluşmaktadır. Çocuğun kişiliğinin ana hatlarının ebeveynlerinin kaygıları ile oluştuğuna işaret etmektedir. Sullivan kaygının kaynağını kişilerarası ilişkilerde görmektedir (Mumford, 1961).

Jung (1964), kendi kuramıyla bağlantılı bir şekilde, kolektif bilinçdışından gelen arketiplerin ve güçlerin kişinin bilincine ulaşmasına yönelik baskısına karşın kişinin tepkisinin sonucu olarak ortaya kaygıyı çıkardığını ifade etmektedir. Jung sanatın travma, korku veya kaygı duygularını hafifletmek, sınırlamak, onarmak ve iyileştirmek için kullanılabileceğini öne sürmekteydi (Jung C. G., 2016).

Klein'a (1975) göre oyunlar çocukların kaygılarını kontrol etmelerinin bir yoluydu. Klein serbest oyunlarda yaptığı gözlemler sonucunda kendi teorisi olan nesne ilişkileri kuramını geliştirmiştir. Klein'a göre iki konum bulunmaktaydı. İlk konum olan paranoid-şizoid evrede, kaygının ölüm içgüdüsünden geldiğini ve benliği yok edilmekle tehdit ettiğini, cezalandırıcı olduğunu düşünmekteydi. Diğer konum olan depresif konumda ise bebeğin kendi yıkıcı dürtülerinin, sevilen nesneyi yok etmesine bağlı olarak depresif kaygının oluştuğunu düşünmekteydi (Klein'dan akt. Göka, Yüksel, Göral, 2006).

Mahler (1975), gelişim evrelerini tanımlarken yeniden yaklaşma evresinin gelişim hedeflerine ayrılık kaygısını yönetmeyi yerleştirmiştir. Mahler'e göre ayrılık kaygısı iyi yönetilemezse kişinin ileriki yaşamında ayrılma kaygısı, farklı biçimlerde patolojileri ortaya çıkarmaktadır (Mahler'den akt Topçu, 2016).

Kohut (1977), iki tip kaygı tanımlamaktadır: Birincil kaygı, kendiliği kaybetme kaygısı; ikincil kaygı, kastrasyon kaygısı veya penis kıskançlığı. Kendilik nesnelere aynalama yoluyla çocuğu sakinleştiremezse çocuk kendi kendini sakinleştiremez ve bunun sonucunda negatif duygular ve kaygı kendiliği tehdit etmeye başlamaktadır (Kohut, 2015).

Adler kaygının kaynağı olarak aşağılık duygularını görmekteydi. Eğer kişi kendini gerçekleştirme dürtüsü bir engellemeyle karşılaşırsa ortaya kaygı çıkmaktadır (Adler'den akt. Eckstein, Kaufman, 2012).

2.1.3. Hümanistik Kuramlarda Kaygı

Hümanist psikolog Carl Rogers, yetişkinlerin oldukları kişiyi kabul edemediklerini fark ettiklerinde kaygının geliştiğini öne sürmekteydi. Rogers ayrıca kritik bir gelişim dönemi olarak çocukluğa odaklanmıştır ve bir çocuğun, sert eleştirilere ve çevresindekilerin standartlarına maruz kaldığında, bunları kişisel inanç ve arzularının zararına olacak şekilde uyarlamaya çalışacağını kuramsallaştırdı (Rogers, 1959).

Maslow, kendi oluşturduğu ihtiyaçlar hiyerarşisinin çeşitli aşamalarında ihtiyaçların karşılanmamasının hastalığa, özellikle psikiyatrik hastalığa veya zihinsel sağlık sorunlarına yol açabileceğini savundu. Maslow'a göre fizyolojik ihtiyaçları karşılanmayan bireyler ölebilir veya aşırı derecede hastalanabilirler. Kişinin güvenlik gereksinimleri karşılanmadığında travma sonrası stres oluşabilir. Sevgi ya da aidiyet hissetmeyen bireyler depresyon ya da kaygı yaşayabilirler. Saygı eksikliği veya kendini gerçekleştirememe de depresyon ve kaygıya katkıda bulunabilir (Maslow'dan akt. Hutt, 2007).

2.1.4. Varoluşsal Kuramlarda Kaygı

Varoluşsal kurama göre insanlar diğer canlılardan farklı olarak ölümlü olduklarının bilincindedirler. Ölüm karşısında çaresiz oluştan ve ölümün kaçınılmaz oluşundan dolayı kişide huzursuzluk hisleri karşısında ölüm kaygısı ortaya çıkmaktadır. Ölüm kaygısı varoluşçu kuramın da temelini oluşturmaktadır (Yalom, 2007).

Filozof Søren Kierkegaard, *The Concept of Anxiety*'de (1844), "özgürlüğün baş dönmesi" ile ilişkili kaygı veya korkuyu tanımladı ve bilinçli sorumluluk ve seçim uygulaması yoluyla kaygının olumlu bir şekilde çözülmesi olasılığını önermekteydi (Kierkegaard S. , 2018; Kara, 2020).

Yalom dört tip kaygı tanımlamaktadır. Birinci kaygı ölüm kaygısıdır en temel, var olmadan kaynaklı, bilinçdışıdaki nihai kaygıdır. İkinci kaygı özgürlük kaygısıdır, hayatta yaptığımız seçimlerde özgür olmamız bunların sonuçlarından da sorumlu olduğumuz manasına gelmektedir bu durum da kaygıya sebebiyet vermektedir. Üçüncü kaygı ise anlamsızlık kaygısıdır bu kaygı yaşamın anlamını sorgulamaktan, anlamsızlıkla yüzleşmekten kaynaklanmaktadır. Dördüncü kaygı ise yalnızlık kaygısıdır. Buna göre her insan nihayetinde yalnız olduğunun farkına vardığında kaygı ortaya çıkmaktadır (Yalom, 2007).

2.1.5. Davranışsal Kuramlarda Kaygı

Davranışsal kuramda kaygı bir tür öğrenmedir (Rachmann, 1977). Pavlov 1890'lerde gerçekleştirdiği bir dizi deney sonucunda hayvan ve insan davranışlarını açıklayan yeni bir keşifte bulundu. Kişi istenmeyen dışsal bir uyarana (koşulsuz uyarıcı), nötr bir uyarıcı ile maruz kalması sonucunda bu uyarıcıya verdiği tepki (koşulsuz tepki), sonrasında başta nötr olan uyarıcı (koşullu uyarıcı) verildiğinde de etkinleşmekteydi ve benzer bir yanıt (koşullu tepki) oluşturmaktaydı. Pavlov bu duruma tepkisel koşullanma adını vermiştir. Tepkisel koşullanma organizmanın davranışını değiştirmesini sağlar bu durum uyuma ve hayatta kalmaya hizmet etmektedir. Küçük bir çocuk sokağa fırlarsa ve ebeveyn çocuğa bağırırsa veya agresif bir davranış sergilerse, sokak (ve/veya ilişkili uyarıcılar) bundan sonra korku ortaya çıkaracak (koşullanmamış yanıt) koşullanmış bir uyarıcı haline gelmiş olur. Bu durumda çocuğun sokak ile ilgili davranışlarında değişikliğe neden olabilir (Ramnerö, Törneke, 2020). İnsanlarda hayatta kalmaya hizmet edecek bazı temel duygulanımlar mevcuttur. Bunlar: Korku, üzüntü, neşe, öfke, tiksintidir (Dalglish, Power, 1999). Tüm bu duygulanımlar arasında en fazla araştırılmış olan ve insanları da psikoterapiye gelmesine neden olan problemlerin önemli bir kısmını oluşturan duygulanım kaygıyla da yakın ilişkisi bulunan korkudur (Ramnerö, Törneke, 2020). Watson, küçük Albert deneyi ile korku tepkisinin doğuştan korku yaratan uyarıcıların yardımıyla koşullanma yoluyla nötr uyarıcılar karşısında oluşturulabileceğini ve bunun daha sonra benzer uyarıcılara da genellenebileceğini keşfetti. Watson'a göre kişinin koşullandığı uyarıcılara benzer uyarıcılara da benzer bir tepki vermesi sonucu uyarıcı genellemesi oluşturmaktaydı. Mary Cover Jones, Watson'un deneyini tersten

tekrarlamış ve fobik durumların tepkisel koşullanma ilkeleriyle ortadan kaldırılabileceğini ortaya koymuştur. Bu duruma koşullanmanın sönmesi denmektedir (Watson ve Jones'tan akt. Türkçapar, 2018).

Skinner (1988)'a göre insanlar davranışlarda bulunur ve istedikleri sonuca vardıklarında o davranışı tekrarlama eğiliminde olurlar fakat istemedikleri haz alamadıkları bir durum ile karşılaştıklarında ise o davranışı tekrarlama olasılıkları azalır bu duruma edimsel koşullanma adı verilir. Kaygı, uyumsuz tepkilerle sonuçlanan davranışları etkiler. Korku, gerçek veya algılanan tehde veya tehlikeye verilen normal bir tepkidir; tehdit kaldırılırsa yanıt duracaktır (Türkçapar, 2018; Ramnerö, Törneke, 2020). Wolpe (1973), davranışçı ilkeleri tedavi ortamına taşıyarak fobilerin tedavisinde önemli bir teknik olan sistematik duyarsızlaştırma adındaki tekniğini geliştirdi. Bu teknik kişinin kaçındığı veya korktuğu uyaranlarla kişiyi aşamalı bir şekilde karşılaştırarak bu uyaranların yarattığı olumsuz etkinin köreltilmesine dayanmaktadır (Wolpe'dan akt. Türkçapar, 2018). Görüldüğü üzere davranışçılar kaygının nedenini düşünmekten çok yaptıkları deneylerle kaygıyı ortadan kaldırmak gibi teknikler geliştirilmesine katkıda bulunmuşlardır.

2.1.6. Bilişsel Kuramlarda Kaygı

Bilişsel kuramın gelişmesiyle birlikte kaygı esnasındaki bilişsel süreçlere, kaygı ve düşünce arasındaki bağa yönelik yeni bir takım açıklamalar ortaya konmuştur. Bandura (1977)'nin sosyal öğrenme kuramı dikkate alındığında kişinin ailesinden öğrendiği yaklaşım tarzları ile bazı durumlara karşı kaygı geliştirilebileceği düşünülmektedir (Bandura'dan akt. Türkçapar, 2018). Kaygı bozukluklarının tedavisinde bilişsel tedaviler yıllar içerisinde büyük ilerlemeler katetmiştir. Bilişsel kurama göre kaygı bozukluklarının temelinde düşüncenin yanlış yönlendirilmesi bulunmaktadır (Özakkaş, 2014). Bu kısım “yaygın kaygı bozukluğunun etiyojisi” ve “yaygın kaygı bozukluğunun tedavisi” bölümlerinde detaylıca ele alınacaktır.

2.1.7. Spielberger ve Kaygının İki Türü

Spielberger kaygıyı ikiye ayırmıştır. Kaygıyı nesnel kaygı ve nevrotik kaygı olarak ikiye ayırmak mümkündür. Nesnel kaygı durumsal kaygı olarak da ifade

edilmekteyken nevrotik kaygı sürekli kaygı olarak da ifade edilmektedir. Bu iki kaygı türü de farklı birtakım özelliklere sahiptir (Spielberger, 1985).

2.1.7.1. Durumluk Kaygı

Durumluk kaygı; tehlikeli durumları yarattığı geçici kaygı olarak tanımlanabilmektedir. Durumluk kaygının iki yönü bulunmaktadır bunlar: Bilişsel-endişe ve otonom-duygusal yönlerdir. Durumluk kaygı o durum ve tehdit edici uyaran esnasında geçici olarak yaşanan kaygıdır (Endler, Kocovski, 2001).

2.1.7.2. Sürekli Kaygı

Sürekli kaygı ise içten gelen ve kişinin kendi benliğini tehdit eden bir his uyandıran bir kaygı türüdür. Sürekli kaygının en az dört yönü bulunmaktadır. Bunlar: Sosyal değerlendirme, fiziksel tehlike, belirsizlik ve günlük rutinlerden oluşmaktadır. Sürekli kaygı, geleceğe yönelik hissedilir ve sürekli kaygı, kaygıya yatkınlıkla ilişkilidir. Sürekli kaygısı olanların durumluk kaygıyı da daha yoğun yaşadıkları düşünülmektedir (Endler, Kocovski, 2001).

2.2. BİYOLOJİK KURAMLARDA KAYGI

2.2.1. Otonom Sinir Sistemi

Merkezi sinir sisteminin uyarılması bazı semptomlara neden olur. Bunlar kardiyovasküler (taşikardi), kas (baş ağrısı), gastrointestinal (ishal) ve solunum (takipne) semptomlarıdır. Walter Cannon (1927), köpekler tarafından sıkıştırılan ve korkan kediler hakkında bir araştırma yapmıştır. Korkunun fizyolojik ve davranışsal tezahürlerinin adrenalenden epinefrin salınımı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Cannon'dan akt. Özakkaş, 2014). James Lange'in teorisine göre, öznel kaygı durumu, çevresel fenomenlere ani bir tepkidir. Güncel genel düşünce merkezi sinir sisteminin neden olduğu kaygıda periferik belirtiler ön plana çıkmaktadır. Sadece o anda oluşan feokromostoma gibi spesifik periferik nedenler hariç tutulur. Kaygı bozukluğu olan bazı hastalarda, özellikle panik bozukluğu olanlarda, merkezi sinir sisteminin sempatik tonusu artar, tekrarlanan uyaranlara yavaş uyum sağlar ve orta derecede uyaranlara şiddetli yanıt verir (Lange'dan akt. Özakkaş, 2014).

2.2.2. Nörotransmitterler

Yapılan hayvan deneyleri ve hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar incelendiğinde kaygı ile ilişkili üç nörotransmitter ön plana çıkmaktadır bunlar: Nörepinefrin (NE), serotonin (S) ve aminabütirik asit (GABA)'dır (Özakkaş, 2014).

GABA (Gamma–Aminobütirik Asit); sakinleştirici bir etki yaratan ve kaygı, stres ve korkuyu azaltmada rol oynayan inhibitör nörotransmitterlerin salınımının ayrılmaz bir parçasıdır. GABA eksikliğinde kaygı görülmektedir (Karakaş, 2010).

NE (Nörepinefrin); strese tepki olarak salgılanan bir nörotransmitterdir. Hızlı karar vermemizde önemi bulunmaktadır. Savaş ya da kaç yanıtının oluşmasının temelini oluşturmaktadır (Karakaş, 2010).

S (Serotonin); insanda mutluluk, canlılık ve zindelik hissi veren nörotransmitterdir. Eksikliğinde kaygı, sıkıntı ve depresif ruh hali oluşmaktadır (Karakaş, 2010).

2.2.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Bazı beyin görüntüleme çalışmalarında herhangi bir kaygı bozukluğu olmayan bireylerin beklenti kaygısı durumunda orta prefrontal kortekslerinde bölgesel kan akımında azalma görülmüştür. Ayrıca yine beklenti kaygısı durumunda kalp hızındaki artış ile birlikte sağ dorsalateral prefrontal kortekste, sol alt temporal korteks ve amigdaloid-hipokampal alanlarda kan akış hızında artma görülmüştür. Ancak bu beyin görüntüleme çalışmalarının tam olarak neyi gösterdiği henüz netleştirilememiştir (Mathew, Ho, 2006).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. KAYGI BOZUKLUKLARI

3.1. KAYGI BOZUKLUKLARININ TARİHÇESİ

Kaygı bozuklukları çağımıza ait gibi gözüke de eski literatür incelendiğinde bunun tam olarak doğru olmadığını düşündüren birtakım deliller ortadadır. Antik dönemde anksiyetenin, Greko-Romen filozoflar ve doktorlar tarafından belirgin bir olumsuz duygulanım ve ayrı bir bozukluk olarak açıkça tanımlandığına dair göstergeler vardır. Ayrıca, antik felsefe, günümüzün bilişsel yaklaşımlarından çok uzak olmayan kaygı tedavileri önermekteydi (Crocq, 2022).

Tıbbın babası olarak kabul edilen M.Ö. 460-370 yıllarında yaşadığı düşünülen Hipokrat'ın "Corpus Hippocraticum" (Hipokrat'ın Toplu Yazıları) adlı yapıtında, Nicanor adlı adamın fobisinden bahsedilmektedir. Nicanor ne zaman sempozyumda flütün çalmaya başladığını duysa, büyük bir korku dalgasına kapılmaktaydı. Gece olduğunda dayanamadığını, ancak gündüz duyarsa etkilenmediğini söylüyordu. Nicanor adlı bu adamın semptomları uzun süreler devam etmiştir. Nicanor'un flütten duyduğu korku tipik bir fobik vakayı andırmaktadır (Hippocrates'ten akt. Crocq, 2022).

Cicero ve Seneca'nın incelemeleri gibi Latince Stoacı felsefi yazılar anksiyetenin klinik özellikleri ve bilişsel tedavisi gibi birçok modern görüşü şekillendirdiği düşünülmektedir. Cicero'nun "Tusculan Tartışmaları" adlı eserinde kaygılı duygunun üzüntüden ayırt edildiği görülmektedir. Ayrıca anksiyete tıbbi bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Cicero çeşitli anormal duygulanımların klinik bir tanımını sunmaktadır: Angor (anksiyete) klinik olarak daraltıcı, molestia (acı), sürekli, sollicitudo (endişe) ve tekrarlayan (geviş getiren) bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Cicero sürekli kaygıyı ya da kaygıya yatkın olma olgusunu belirten "anxietas" ile durumluk kaygıyı ya da o anki kaygıyı ifade eden "angor" arasında ayırım yapmaktadır (Cicero'dan akt. Crocq, 2022).

Yunan ve Latin literatüründe hem Cicero hem de Seneca gibi Stoacı filozofların eserlerinde patolojik kaygının tanımlanması yapılmakta ve kişilerin

kendilerini patolojik kaygının etkilerinden nasıl koruyacaklarının yollarından bahsedilmektedir. Seneca (MÖ.4 – MS.65)’ya göre ölüm korkusu kaygısız bir yaşam sürmemizi engelleyen temel biliştir. Bu düşünce Kierkegaard, Heidegger ve varoluşçu filozofların, insanın kendi varlığının sonlu olduğunun farkına varmasının neden olduğu temel kaygı konusundaki fikirlerini yordamaktadır (Crocq, 2022). Seneca’nın “Hayatın Kısıtlılığı Üzerine” adlı kitabında gelecek hakkında endişelenmek yerine şimdiki odaklanmanın öneminden bahsetmektedir. Günümüzde, şu ana odaklanmak, farkındalık temelli terapi tekniklerinin temel hedeflerinden biridir (Seneca’dan akt. Crocq, 2022). Seneca’nın düşüncelerinde kaygının yersiz olduğu görüşü hakimdir. Kaygının, insanı kişisel ve toplumsal görevlerinden alıkoyduğunu öne sürmekte ve kaygıya kapılmamak gerektiğini öğüt etmektedir (Seneca, 2017).

Epikürosçular da Stoacılar gibi kaygıdan kurtulmanın yolları hakkında benzer tavsiyelerde bulunmaktaydılar. Epicurius (MÖ.341- MÖ.270) Mutlu bir yaşamın amacının zihnin kaygısız olduğu ataraxia denilen bir duruma ulaşmak olduğunu ifade etti. Ataraxia’ya giden yollardan biri geçmişle ilgili olumsuz bilişlerden ve gelecekle ilgili korkulardan kurtulmaktı. Çünkü tek gerçeklik şimdiki andır (Lucretius, 2001). Antik Çağ’dan modern tıba kadar uzanan dönemde kaygı ile ilgili pek bilgi yoktur. Bu boşluk aslında kaygının olmayışından değil kaygı bozukluğunun başka kavramlarla adlandırılmasından ve diğer ruhsal bozuklukların içinde değerlendirilmesinden kaynaklanmaktadır (Crocq, 2022).

Robert Burton (1621)’de The Anatomy of Melancholy adlı eserinde Antik Çağ’dan 17. yüzyıla kadarki literatürünü inceledi. Temelde melankoli ile ilgilense de aslında melankoli kavramı kaygıyı da kapsamaktaydı ve içinde barındırmaktaydı. Melankoliyi korku ve kederi de içeren bir rahatsızlık olarak görmekteydi. Korku ve kederin bağımsız olarak da ortaya çıkabileceğini düşünmekteydi. Burton sosyal fobiyi Yunanlılardan ve Romalılarından örnekler göstererek incelemiştir.

18. yüzyılda, tıp yazarları panik atakların klinik tanımlarını yayınladılar, ancak bunları ayrı bir hastalık olarak etiketlemediler. Aksine, panik atak semptomları genellikle melankolinin semptomları olarak kabul edilmekteydi (Crocq, 2022). Coste ve Granger (2014) Fransız doktorların 16. ila 18. yüzyıllar arasında yazılmış 2000’den fazla konsültasyon raporunu analiz ettiler. DSM-4 (APA, 1994) kriterlerine

göre retrospektif tanı girişiminde bulundular. Yazarlar, 1743'te görülen, tipik panik atak semptomları gösteren, ancak çağdaş teşhisi “vapors (buharlar) ve melankoli” (affection vaporeuse et mélancolique) olan tipik bir adam örneğini rapor ederler. Oxford İngilizce Sözlüğü'ne (2022) göre, “vapors” terimi, bir sinir bozukluğu terimi olarak 1665-1750 yılları arasında en yaygın olanıydı (Montagne, Chaptal, 1750). Vapors: Histeri, mani, klinik depresyon, bipolar bozukluk, sersemlik, bayılma, ateş basması, yoksunluk sendromu, ruh hali değişimleri gibi bir kişinin zihinsel odağını kaybettiği zihinsel, psişik veya fiziksel bir durumdur (Merriam-Webster, 2022). Bu klinik vaka, melankoli teriminin uzun geçmişinde hem depresyon hem de anksiyete semptomlarına işaret edebileceğine dair bir kanıt daha sunmaktadır (Crocq, 2022).

Boissier de Sauvages (1706-1767) ilk önemli Fransız tıbbi nozolojisini yayınladı. Bu eser, Latince yazılmış son büyük tıp ders kitabıydı. Bu kitapta hastalıkları sınıflandırdı. Vesaniae adı verilen zihinsel bozukluklar, hastalıkların sekizinci sınıfına aitti ve dört sraya bölünmekteydi:

- a. Halüsinasyonlar: Vertigo, Suffusion, Diplopi, Syrigmus (kulakta algılanan hayali gürültü), Hipokondriyazis ve Somnambulizm
- b. Morositatlar: Pica, Bulimia, Polydipsia, Antipathia, Nostalgia, Panophobia (panik terörü), Satyriasis, Nymphomania, Tarantism (aşırı dans arzusu) ve Hydrophobia
- c. Deliria: Paraphrosin (yani, bir maddenin veya tıbbi bir hastalığın neden olduğu geçici deliryum), Amentia'yı (öfkesiz deliryum); Melankoli (üzüntü ve kroniklik içeren kısmi ve agresif olmayan deliryum), Mania (öfke ve kroniklikle birlikte deliryum), Demonomania (yani şeytana atfedilen melankoli)
- d. Folies anomalileri: Amnezi ve Agrypnia (uykusuzluk) (De Sauvages, 1771).

Esas olarak kaygıyla ilgili olan bozukluk, panik terörü olarak tanımlanan Panofobi'dir, Geceleri bariz bir neden yokken yaşanan korkudur. Panofobi, Yunanca pantophobia (παντοφόβος, her şeyden korkma) sıfatıyla ilişkilidir. Panofobinin ilk biçimi, gece teröründen biraz daha fazlasıdır. Bununla birlikte, panofobinin diğer alt

türleri, modern anksiyete bozukluklarını andırır. "Buharların (vapors) neden olduğu panik terörü" olarak da adlandırılan panofobi histerisinde histerik ve hipokondriyak kişiler ani bir korku yaşar ve zararsız sesler veya görüntüler tarafından irkildiklerinde kalp çarpıntısı veya solgunluk ile dramatik tepkiler verirler. Bu, artan duyarlılık diyatezine bağlanmıştır. Bu kişilerin ek olarak karmaşık yas veya endişe semptomlarıyla da başvurabilecekleri bildirilmiştir. Panophobia phrontis'te (Yunanca *ᾠροφία*'dan: bakım, endişe, meşguliyet), aynı zamanda endişe (Fransızca: *souci*) olarak da adlandırılır, hastalar Yaygın Kaygı Bozukluğu'nu (YKB) andıran özellikler sunar. Bu kişiler sürekli olarak son derece endişelidir ve bu nedenle arkadaşlıktan kaçınmayı tercih etmektedirler. Ağrı ve bedensel gerginlikten şikâyet etmektedirler (Crocq, 2022).

19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında kaygı, nevrasteniden nevrozlara kadar çeşitli yeni tanı kategorilerinin önemli bir bileşenini oluşturmaktaydı. George Miller Beard ilk olarak 1869'da nevrasteniyi tanımladı. Belirtileri genel halsizlik, nevralkjik ağrılar, histeri, hipokondriyazis, anksiyete ve kronik depresyon semptomlarına kadar çok çeşitliydi. Beard, psikiyatri alanındaki ilk başarılı Amerikalı yazardı. Nevrasteni uzun bir ömre sahipti: ICD-10'da bir kategori olarak korunarak günümüze kadar gelebilmiştir (Beard, 1881; Shorter, 2015).

Sigmund Freud ve Emil Kraepelin, her ikisi de 1856'da doğmuş çağdaşlardı. Pierre Janet ise 3 yıl sonra, 1859'da doğmuştur. Janet, endişeli tezahürlerin "bilinçaltındaki" sabit fikirler tarafından tetiklenebileceği fikrini geliştirmiştir. Histeri ile birlikte iki büyük nevrozdan biri olması gereken şey için "psikasteni" terimini kullanmıştır. Freud anksiyete nevrozunu, nevrasteniden ayırmıştır. Günümüzde çeşitli anksiyete bozuklukları için kullanılan terimlerin birçoğunu, bu terimler artık psikanalitik çağrışımlarından büyük ölçüde sıyrılmış olsa da o icat etmiştir (Crocq, 2022).

Emil Kraepelin, diğer tanılarla ilişkili bir semptom olarak kaygıya çok dikkat etti, ancak kaygıyı ayrı bir tanı olarak daha az yazdı (Crocq, 2022). Kraepelin, kaygıyı (angst) tüm anormal sıkıntı verici duygulanımların en sık görüleni olarak tanımlar. Anksiyete, iç gerilimin bir tür anhedoni ile ilişkisi olarak tanımlanır. Hem vücuda hem de zihinsel duruma tamamen nüfuz eder. Kraepelin, sosyal durumlarda

ortaya çıkanlar da dahil olmak üzere fobiler için ayrı bir nozolojik kategori kabul etmektedir ancak 8. baskıda fobiler, obsesif-kompulsif düşünceler ve korkular olarak aynı bölümde toplanmıştır (Kraepelin'den akt. Croq, 2022).

3.2. KAYGI BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Kaygı, kronik (ya da yaygın) anksiyete olarak bilinen, yaşam kalitesini düşüren, uzun süreli, günlük semptomlarla ya da akut anksiyete olarak bilinen ara sıra, stresli panik ataklarla birlikte kısa nöbetler halinde yaşanabilir (Rynn, Brawman-Mintzer, 2004). Kaygının çeşitli rahatsızlıklarda farklı formlarda karşımıza çıkması ruhsal bozukluklardan olan kaygı bozukluklarının sınıflandırılmasını da etkilemiştir. Kaygı bozukluklarının sınıflandırılmasında özellikle DSM-1 (APA, 1952) ve DSM-2'de (APA, 1968) psikanalitik teorinin etkisi göze çarpmaktadır. Ancak DSM-3'te (APA, 1980) bu yaklaşım terkedilmeye başlanmış ve nihayet DSM-4 (APA, 1994) sonrasında Kraepelin'in tanımlayıcı yaklaşımı önem kazanmış gözükmektedir (Shorter E. , 2022).

DSM-1 (1952) 'de kaygı psikonevrotik kavramıyla neredeyse eşanlamlı olarak kullanılmıştır. DSM-1 (1952), psikonevrotik bozuklukların başlıca özelliğinin, doğrudan hissedilebilen ve ifade edilebilen veya bilinçsizce ve otomatik olarak kontrol edilebilen “anksiyete” olduğunu belirtir. Psikonevrotik bozukluklarda çeşitli psikolojik savunma mekanizmalarının (depresyon, dönüşüm, yer değiştirme vb.) kullanılması sonucu anksiyetenin kişiliğin bilinçli kısmı tarafından gönderilen ve algılanan bir tehlike sinyali olarak yorumlanmasına yol açmıştır. Kişiliğin içinden gelen bir tehdit tarafından üretildiği varsayılır (örneğin, düşmanlık ve küskünlük gibi saldırgan dürtüler dahil olmak üzere aşırı yüklenmiş bastırılmış duygular tarafından). Kaygıya neden olan bastırılmış dürtüler, çeşitli semptomatik ifadeler tarafından boşaltılabilir veya bunlara yönlendirilebilmektedir. Belirgin belirtilere göre, anksiyete yaygın olduğunda ve farklı durumlar ya da nesnelere sınırlı olmadığında tanı anksiyete reaksiyonu olabilir. Anksiyeteye neden olan dürtü, organlarda veya vücudun bir bölümünde fonksiyonel semptomlara “dönüştüğünde” dönüşüm (konversiyon) reaksiyonu. Fobik tepkide hastanın kaygısı günlük yaşamdaki belirli bir fikirden, nesneden veya durumdan koştığında ve belirli bir nevrotik korku biçimindeki bazı sembolik fikir veya duruma yer değiştirdiğinde gelişir. Obsesif-

kompulsif tepkide kaygı, istenmeyen fikirlerin kalıcılığı ve eylemleri gerçekleştirmek için tekrarlayan dürtülerle ilişkilendirildiğinde oluşmaktadır (APA, 1952; Shorter E. , 2022).

DSM-2 (1968)'de yer alan kaygı bozuklukları: Fobik nevroz, anksiyete nevrozu, obsesif-kompulsif nevroz, histerik nevroz, depresif nevroz, nevrastenik nevrozdur (Özakkaş, 2014). DSM-2'de (1968) genel olarak kaygılı semptomların bulunduğu kapsayıcı kategoriye "Nevrozlar" adı verilmiştir. Nevroz terimi kaygı ve anksiyete ile yarı eşanlamlı olarak kullanılmıştır. Kaygı doğrudan hissedilebilir ve ifade edilebilir veya bilinçsizce ve otomatik olarak dönüşüm, yer değiştirme ve diğer çeşitli psikolojik mekanizmalar tarafından kontrol edilebilmektedir. Nevroz kategorisi, paniğe uzanan ve sıklıkla somatik semptomlarla ilişkili aşırı endişe ile karakterize edilen anksiyete nevrozunu; semptomların altında yatan çatışmaların simgesi olduğu ve iki tip (dönüşüm tipi ve disosiyatif tip) dahil olmak üzere telkinle değiştirilebildiği histerik nevrozlar; korkuların hastanın farkında olmadığı başka bir nesneden fobik nesneye kaydırıldığı fobik nevrozlar; obsesif-kompulsif nevroz; depresif nevroz; ve kronik zayıflık, kolay yorulma ve bazen bitkinlik şikayetleriyle karakterize nevrastenik nevrozdan oluşmaktadır (APA, 1968; Özakkaş, 2014). DSM-1 (1952) ve DSM-2'de (1968) psikanalizin dolayısıyla Freud'un etkisi net bir şekilde görülmektedir (Shorter E. , 2022).

DSM 2-R'da yer alan kaygı bozuklukları: Sosyal fobi, basit fobi, panik ataksız agorafobi, agorafobili panik bozukluk, agorafobisiz panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğudur (Özakkaş, 2014).

DSM 3'te (1980) yer alan kaygı bozuklukları: Fobik bozukluk, agorafobi panik ataklı, agorafobi panik ataksız, sosyal fobi, basit fobi, anksiyete nevrozu, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, akut ve kronik, atipik anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk, disosiyatif bozukluk, affektif bozukluktur (APA, 1980). DSM-3 (1980) teki en büyük yeniliklerden birini panik bozukluk ve yaygın kaygı bozukluğu arasındaki ayrım oluşturmaktadır (Crocq, 2022). Bu ayrımın nedeni ilaç tedavisindeki alınan sonuçlara dayalıdır (Zitrin, Klein, Woerner, 1978). Ayrıca daha önceleri ayrı bir kategori olarak

mevcut olmayan Posttravmatik Stres Bozukluğu, ABD'nin 1970'lerde Vietnam Savaşı dönemi sonrası çok sayıda benzer vaka ile karşılaşılması sonucu bir psikolojik bozukluk olarak tanınmıştır (Şuer, 2005). DSM-3'te (1980) Kraepelin'in etkisinin ön planda olduğu görülmektedir (Shorter E. , 2022).

DSM 3-R'de yer alan kaygı bozuklukları: Fobik bozukluk, sosyal fobi, basit fobi, agorafobi panik ataksız, anksiyete durumları, panik bozukluk agorafobili, panik bozukluk agorafobisiz, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, belirlenmemiş anksiyete bozukluklarıdır (Özakkaş, 2014).

DSM 4'de (1994) yer alan kaygı bozuklukları: Fobik bozukluklar, sosyal fobi, basit fobi, agorafobi panik ataksız, anksiyete durumları, agorafobili panik bozukluk, agorafobisiz panik bozukluk, yaygın aksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, genel tıbbi şartlardan kaynaklanan anksiyete bozukluğu, madde kullanımından kaynaklanan anksiyete bozukluğu, başka yerde belirlenmemiş anksiyete bozukluğudur (APA, 1994).

3.3. DSM-5'TE YER ALAN KAYGI BOZUKLUKLARI

DSM 5'e (2013) göre anksiyete rahatsızlıkları şu şekildedir: Ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı(anksiyete) bozukluğu, maddenin, ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğudur. DSM-4'ten (1994), DSM-5'e (2013) geçildiğinde mutizm ve ayrılık kaygısı, kaygı bozuklukları kümesine dahil edilmiştir. Ayrıca obsesif kompulsif bozuklukta kaygı bozukluklarından ayrı bir kategori halini almıştır. Travma ve Stresörlere bağlı bozuklular olarak travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu anksiyete bozukluklarından alınmıştır (APA, 1994; APA, 2013). Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB) diğer bölümlerde ayrıca üzerinde durulacağı içi aşağıda yer verilmemiştir. DSM-5'te (2013) kaygı bozuklukları başlığı altında yer alan

bozukluklara ek olarak panik atak ve diğer psikolojik bozukluklarda görülen kaygıya da yer verilmiştir.

3.3.1. Panik Bozukluğu

3.3.1.1. Panik Atak

Panik atak ya da panik nöbetleri, tek başına bir hastalık olarak görülmemektedir. Panik ataklar tüm kaygı bozukluklarında, diğer ruhsal bozukluklarda ve birtakım sağlık durumlarında ortaya çıkabilmektedir. Panik atak; birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı durumdur. Panik atak esnasında çarpıntı ya da kalp hızının artması, terleme, titreme ya da sarsılma, soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma hissi, soluğun tıkanıp hissi, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma; bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma hissi; titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması hissi, uyuşmalar, derealizasyon ya da depersonalizasyon, denetimi kaybetme, çıldırma korkusu ve ölüm korkusu görülebilir. Panik atak tanısı için yukarıdaki belirtilerden en az dördünün bulunması gerekmektedir (APA, 2013).

3.3.1.2. Panik Bozukluğu

Panik Bozukluğu; kendiliğinden panik nöbetleri ile seyreden bir kaygı bozukluğudur. Panik bozukluğunda, panik atakların yanında panik atak geçireceği ya da bunların sonuçlarından etkileneceği (örn. çıldıracağını düşünme, kalp krizi geçirme gibi) ile ilgili sürekli bir kaygı ve panik atak geçirmekten kaçınmak için geliştirilen tasarlanmış birtakım davranışlar bulunur. Bu belirtilerden bir ya da ikisinin en az bir ay veya daha fazla süreyle bulunması gerekir. Bu bozukluk bir madde ya da başka bir sağlık durumundan etkilenmez ve başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz (APA, 2013).

3.3.2. Özgül Fobiler

3.3.2.1. Fobiler

Genel anlamda fobiler, normalde korkulmayacak belli bir durum ya da belli bir nesne ile karşılaşınca ortaya çıkan korkudur. Hasta bu durum ya da nesne karşısında bu denli korkulmayacağını bilir; korkusunu anlamsız, yersiz bulur. Fakat

yine de kişi, korktuğu nesne ya da durumdan kaçınmaktadır (APA, 2013). Fobiler antik çağlardan beri görölmektedir. Genellikle Yunanca adlarla sıralanmaktadırlar. Zoofobi: Hayvan korkusu, klaustrofobi: Kapalı yer korkusu, agorafobi: Açık yer korkusu, mizofobi: Pislik korkusu, niktofobi: Gece korkusu, ksenofobi: Yabancı korkusu. Kişi bu fobik nesne ya da durumdan uzak olduğu sürece bir korkusu yoktur. Fobiler uyarana göre üçe ayrılmaktadır. Bunlar: Nesne fobileri, durum fobileri ve işlev fobileridir. Nesne fobilerine örnek olarak böcek, kelebek, köpek, örümcek, iğne, sivri uçlu eşya gibi nesnelere verilebilir. Durum fobileri ise duruma özgüdür örnek olarak kapalı yer, açık yer, asansör, yüksek yer, karanlık yer, yüz kızarması gösterilebilir. Açık yer korkusu yani agorafobi ve sosyal durumlarda yaşanan sosyal fobi ayrı bir kaygı bozukluğu ele alınmaktadır (Öztürk, Uluşahin, 2016).

3.3.2.2. Özgöl Fobi

Özgöl fobi, özgöl bir nesne ya da durumlarla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı durma şeklinde görülür. Çocuklarda yetişkinlerden farklı olarak, korku ya da kaygı, ağlama, bağırma, tepinme, donakalma ya da sıkıca sarılma şeklinde görülebilir. Özgöl fobilere: Uçağa binme fobisi, yükseklik fobisi, hayvan fobileri, iğne fobisi, kan görme fobisi gibi fobiler örnek gösterilebilir. Fobi kaynağı olan nesne ya da durum doğrudan korku ya da kaygı doğurmaktadır. Korku duyulan fobik nesne ya da durumdan kişi etkin bir şekilde kaçınmaktadır ya da yoğun bir korku veya kaygı ile bu duruma katlanmaktadır. Fobik nesne ya da duruma olan kaygı ve korku, bunların gerçekte yarattığı tehlikeye göre toplumsal ve kültürel açıdan orantısızdır. Korku, kaygı ve kaçınma sürekli bir durumdur ve çeşitli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olmaktadır (APA, 2013). Özgöl fobilerin yaşam boyu görülme sıklığı %11 civarındadır (Kılıç C. , 2006).

3.3.3. Sosyal Kaygı Bozukluğu

Sosyal kaygı bozukluğuna, sosyal fobi de denmektedir. Sosyal fobi, kişinin başkalarının değerlendirebileceği toplumsal durumlarda kaygı ve korku duymasıdır. Kişi topluluk önünde konuşurken veya herhangi bir eylemde bulunurken kızarma, terleme, el titremesi ve kendini küçük düşürecek yanlış bir şey yapma gibi durumlardan kaygılanır. Bu nedenle kişi topluluğa girmekten kaçınır. Bu tür

durumlara girmeye zorlandığında, kaygının tüm tezahürlerinden rahatsız olur. Hasta, bu korku ve semptomların toplumdaki herkes tarafından fark edileceğinden korkarak çeşitli bahaneler bularak topluluğa girmekten kaçınır. Önleyemediği durumlarda, örneğin sınıfta bir sunum yapması gerektiğinde günler hatta haftalar öncesinden beklentiye girmeye başlar. Bu beklenti kaygısı sorunun en önemli kısmını oluşturabilir. Kişi sosyal fobiden kaynaklı olarak toplumsal, iş ve eğitim ile ilgili işlevsellik alanlarında işlevsellik sorunları yaşar (APA, 2013).

3.3.4. Agorafobi

Agorafobi, zararlı düzeyde kaygı veya panik atak yaşama beklentisine dayalı olarak, halka açık yerlerden ve evden uzakta olmaktan korkma ve kaçınma olarak tanımlanır. Bu genel çerçeve içinde, bu korkuya sahip kişilerin çok çeşitli durumlardan kaçındıkları tespit edilmiştir: toplu taşıma araçları, mağazalar, restoranlar, tiyatrolar, evden uzağa yolculuklar, kuyrukta beklemek, asansörde olmak ve hatta evde yalnız olmak, yaygın tetikleyicilerdir (Chambless, Agoraphobia., 1985). Agorafobi panik bozukluk olup olmadığına bakılmaksızın konulur. Eğer her iki tanı kriterleri de karşılanıyorsa birlikte konmalıdır (APA, 2013).

3.3.5. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Ayrılma kaygısı bozukluğu; kişinin bağlandığı insandan ayrılmasıyla ilgili uygun olmayan düzeyde, yoğun bir şekilde kaygı ya da korku duymasıdır. Ayrılık kaygısı bozukluğu olan bir kişi evden ya da bağlandığı kişiden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında kaygılanır. Bağlandığı kişileri kaybedeceği ya da bunların başına kötü olay geleceği ile ilgili olarak sürekli bir biçimde kaygılanma söz konusudur. Kişi bağlandığı insanın başına hastalık, yaralanma, ölüm gibi olayların gelebileceğinden endişelenir. Ayrıca kendisinin de bağlandığı kişiden ayrılmasına neden olacak kaybolma, kaçırılma, kaza geçirme gibi beklenmedik bir olay yaşayabileceğinden endişelenir. Ayrılma korkusu olan bir kişi evden ayrılmak istemez. Kişi bağlandığı kişiden uzakta olmak istemez ve aşırı bir korku gösterir. Bağlandığı kişi yanında olmadığında uyuma konusunda isteksizlik gösterme eğilimindedir. Ayrılma korkusu içeren karabasanlar görebilmektedir. Bağlandığı kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı,

kusma gibi bedensel yineleyen belirtileri olabilir. Bu bozukluk uzun sürelidir ve işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (APA, 2013).

3.3.6. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Kişi normalde o dili bilse ve rahatça konuşabiliyor olsa da konuşmasının beklendiği birtakım özgül toplumsal durumlarda konuşamaz. Bu bozukluk kişinin, eğitim ve iş başarısını etkiler ve toplumsal iletişimi bozar (APA, 2013). Seçici Konuşmazlık genellikle sosyal anksiyete bozukluğu ile birlikte bulunur (Viana, Beidel, Rabian, 2009). Pek çok küçük çocuk yeni ortamlarda endişeli olduğundan, çocuk okulun ilk ayındaysa Seçici Konuşmazlık tanısı konmaz, çünkü belirli bir düzeyde kaygı (konuşma eksikliği dahil) gelişimsel olarak beklenebilir. Son olarak, bozukluk sosyal ve akademik bozulmaya neden olmalıdır (APA, 2013).

Kısmen Seçici Konuşmazlık'ın nadir olması nedeniyle, nüfus düzeyinde yaygınlık oranlarının belirlenmesi zor olmuştur ve değişebilir. Çalışmalar ayrıca farklı ortamlardan (örn. okullar, klinikler), yaşlardan ve menşe ülkelerinden çocuk örneklerini de içeriyordu. Genel olarak, yaygınlık oranları %0,47-0,76 aralığında salınım göstermektedir (Viana, Beidel, Rabian, 2009). Prevalans oranlarını belirlemedeki zorluk, Seçici Konuşmazlık'ın etiyojisi, değerlendirmesi ve tedavisi hakkında kapsamlı ve tek tip bir teorinin olmamasıyla da birleşir. Pek çok çalışma, başlangıçta teşhisleri türetmek için çizelge incelemelerine dayanıyordu; standartlaştırılmış yapılandırılmış değerlendirmeler nadirdi. En önemlisi, karmaşık ve çok-belirli bir etiyojiiye işaret eden bulguların birikmesine rağmen, Seçici Konuşmazlık'ı gelişimsel bir psikopatoloji perspektifinden anlamak için çok az girişimde bulunulmuştur (Cohan, Price, Stein, 2006).

3.3.7. Maddenin veya İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

Maddenin veya ilacın yol açtığı kaygı bozukluğunda panik atak ya da kaygı vardır. Bunlar bir madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu esnasında ya da hemen sonrasında gelişmiştir ya da bir ilaçtan sonra kaygı veya panik atak gelişmiştir. Bu belirtilerin ilaç ya da maddeden önce var olması ya da madde ilaç kullanımından çok sonra olması ayrı bir kaygı bozukluğunu düşündürebilir. Ayrıca sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmaz. Bu maddelere: Alkol, kafein, kenevir, fensikilidin,

hallüsinogen maddeler, uçucu maddeler, opiyat, dinginleştirici, uyuşturucu maddeler, amfetamin, kokain gibi maddeler örnek gösterilebilir (APA, 2013).

3.3.8. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Başka bir sağlık durumuna bağlı gelişen kaygı bozukluklarında kaygı ve panik ataklar görülebilir. Muayene esnasında başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyolojisi ile ilgili bir sonucu olduğuna dair kanıtlar vardır. Deliryumdan farklı bir bozukluk olarak değerlendirilir. İşlevsellik alanlarında düşmeye neden olmaktadır (APA, 2013).

3.3.9. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

Kaygı bozukluğu belirtilerinin yer aldığı işlevsellikte önemli bir düşmeye neden olan fakat bu kaygı bozukluğu belirtilerinin herhangi bir kaygı bozukluğunun tanı kriterlerini karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılmaktadır. Bu kaygı bozukluğunun neden diğer özgül kaygı bozukluğunun tanı kriterini karşılamadığı özel olarak yazılır. Örneğin; sınırlı belirtili ataklar, çoğu günde ortaya çıkmayan kaygı gibi örnekler verilebilir (APA, 2013).

3.3.10. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu gibi tanımlanmamış kaygı bozukluğunda da kaygı bozukluğu belirtileri yer alır, işlevsellikte önemli bir düşüş gözlenmektedir. Ayrıştığı nokta ise kaygı bozukluğu tanı kriterinin neden karşılamadığının özel nedeninin belirtilmediği durumlardan bu tanıya başvurulmaktadır. Daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilginin olmadığı durumlarda bu tanı konulabilmektedir (APA, 2013).

3.3.11. Diğer Bozukluklarda Kaygı

Kaygı kimi zaman o bozukluğun bir semptomu olarak da kaygı bozukluğu dışında kalan diğer psikolojik bozukluklarda da görülebilmektedir. Ayrıca bu bozuklukların kaygı bozuklukları ile eş tanı alma olasılıkları yüksek gözükmektedir. Bu bozukluklar; duygu durum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu, beden belirti bozukluklarıdır (Şahin, 2017).

3.4. KAYGI BOZUKLUKLARININ SIKLIK VE YAYGINLIğI

Anksiyete bozuklukları, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en yaygın psikiyatrik hastalık sınıfını oluşturmaktadır ve her yıl Amerikalı yetişkinlerin tahmini %18,1'ini veya yaklaşık 40,62 milyon insanı etkilemektedir (Kessler, Chiu, Demler, vd., 2005). Bir yaşam boyunca, yaklaşık 4 yetişkinden 1'i (%28,8) DSM-4 (1994) anksiyete bozukluğu için tanı kriterlerini karşılayacaktır ve medyan başlangıç yaşı ergenlik öncesi, yani 11 yaşıdır. Kadınların anksiyete bozukluğu geliştirme riski erkeklere göre %60 daha fazladır (Kessler, vd., 2005).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU

4.1. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN TANIMI

Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB), günlük aktiviteler ve olaylarla ilgili aşırı kaygı ile karakterize bir ruhsal bozukluktur. Endişeler; sağlıkla ilgili endişeler, mali durum, aile, okul veya işle ilgili sorunlar gibi birkaç farklı alan etrafında dönebilmektedir. Kaygı ve endişelerin içerik ve yoğunluğu değişebilir ancak bu bozukluk doğası gereği kronik seyirlidir. YKB'li olanları patolojik olmayan anksiyeteden ayıran özellikler daha önemli konular ortaya çıksa bile endişe/kaygıyı kontrol etmek zordur daha yaygın, daha uzun süreli (6 ay) ve algılanan tehdide orantısız fiziksel semptomlarla ilişkili olmasıdır (APA, 2013). YKB, özgül fobilerde olduğu gibi bir nesneye, duruma ya da klostrofobi ve agorafobide olduğu üzere bir yere ya da bir organa ya da Obsesif Kompulsif Bozukluk'ta görüldüğü üzere saplantılı bir düşünceye ya da zorlantıya odaklanmamış, organizmada yaygın kaygı belirtileri ile yaşanan bir bozukluktur (Öztürk, Uluşahin, 2016).

4.2. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU BELİRTİ VE BULGULAR

Yaygın Kaygı Bozukluğu belirtileri arasında huzursuzluk veya sinirli veya gergin hissetme, motor gerginlik, zihnin kararması veya konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, yorgunluk, uykuya dalma güçlüğü ve bölünmüş uyku yaygındır. YKB'si olan tipik bir kişi, her gün bir dizi küçük olaydan ve genellikle aynı anda endişe duyar; cümleleri genellikle "...ya olursa?" şeklindedir. Genellikle kötü bir şey olacağına ve kendilerinin bu kötü tehlikeye karşı hazırlıklı olmayacaklarına ikna olurlar. Endişeler çözülmemiş veya çok ince uyaranlarla tetiklenmiş olabilir (Craske, Rapee, Jackel, Barlow, 1989). Yaygın Kaygı Bozukluğu olan bir kişiye dışarıdan bakıldığında; huzursuz görünür, endişeli bir yüz ifadesi ve gergin bir duruşu vardır, hareketlerinde tedirginlik vardır, çabuk irkilir ve sinirlenir, yerinde duramama gibi davranışlar gözlemlenir. Konuştuğunda sesinde titreklik ve zor konuşma olabilir. Kişinin bilişsel kapasitesinde doğrudan bozukluklar gözlenmez fakat dikkati çabuk dağılabilir, geçici unutkanlıklar yaşayabilir, yeni şeyleri anlama ve öğrenme

azalabilir. Düşünce sürecinde bir bozulma gözlenmez ama yakınmalarını telaşla ve sabırsızlıkla anlatmak istediğinde düşünce hızlanmış gibi görülebilmektedir. Düşüncesinin içeriğinde ise kaygı ve endişe baskındır. Bedensel belirtilerde otonomik uyarılmalar görülebilir (Öztürk, Uluşahin, 2016). Bu belirtiler “Kaygı ve Korkuda Görülen Fizyolojik Belirtiler” başlığında belirtilmiştir.

4.3. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN TARİHÇESİ

Anksiyete ve YKB günümüzde görece yeni yapılarıdır (Crocq, 2022). Bu bozukluklar önceleri farklı bozukluklar altında, farklı kavramlarla ifade edilirken 1980'de DSM-3'ün (1980) tanıtılmasıyla farklı bozukluklar olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte YKB'nin tarihteki kökenine indiğimizde özellikle Stoacı filozoflar kaygı ile yakından ilgilenmekteydi, Latin filozof Cicero (MÖ 106 ila MÖ 43), kaygı (angor) ve endişeyi (sollicitudo) sınıflandıran ilk kişi olmuştur (Crocq, 2022). Başka bir Latin filozof Seneca, YKB'nin günümüzdeki tedavisinde farkındalığın temel bir özelliği olarak kabul edilen gelecek hakkında endişelenmek yerine şimdiye odaklanarak kaygıyı tedavi etmeyi önermekteydi (Hofmann, Sawyer, Witt, Oh, 2010).

Sonraki yüzyıllarda bu farklı kategoriler kayboldu ve yeni terimler ve yapılar sunuldu. Panofobi ve ilgili terimler (pantafobi, pantofobi, panfobi) hekim Caelius Aurelianus (beşinci yüzyıl) tarafından her şeyden korkan hastaları ima ederek kullanılmıştır (Crocq, 2022). Bu terim daha sonra alt bölümlere ayrılmıştır. Panofobi histerisi, ürkmeye tepki olarak çarpıntı ve solgunluğun eşlik ettiği terör tepkisine atıfta bulunmaktadır. Panophobia phrontis, aşırı endişelenen ve kaçınma davranışı belirtileri gösteren, ağrı ve bedensel gerginlikten yakınan hastaları işaret etmektedir (Crocq, 2017).

19. yüzyılın sonlarında, Sigmund Freud, anksiyete bozukluklarının topolojisini tanımlamaya yönelik ilk kapsamlı girişimi sağlamıştır. Anksiyete nevrozu terimi, daha sonra geniş bir semptom yelpazesi içeren nevrasteninin çağdaş tanımından ayrılmıştır (Beard, 1880). Freud, anksiyete nevrozu terimine dört majör sendromu dahil etmiştir. Anksiyete bozukluklarının modern sınıflandırmasının temelini oluşturan genel irritabilite, kronik endişe/endişeli beklenti, anksiyete atakları

ve ikincil kaçınma. Endişeli beklenti kavramı, sinirlilik, endişe ve serbest dalgalanan kaygıyı içermekteydi ve YKB'nin mevcut tanımının öncüsü olmaktadır (Rickels, Rynn, 2001).

4.4. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU SINIFLANDIRILMASI VE TANISI

DSM-3'te (1980) tanısal yaklaşım, psikanalitik teoriden tanımlayıcı ölçütlere dayalı bir yaklaşıma kaymıştır. Birkaç yeni tanı kategorisi oluşturulmuş ve imipramin ile tedaviye yanıtta niteliksel farklılıklar olduğunu öne süren kanıtlar nedeniyle anksiyete nevrozu, panik bozukluğu ve YKB olarak ikiye ayrılmıştır (Klein D. F., 1964). Tanı kriterleri o zamandan beri uygulanmaktadır. DSM-3'ten (1980), DSM-4'e (1994) geçişle farklı birtakım değişiklikler yaşanmıştır. İlk olarak, majör depresif bozukluk (MDB) ile ayırım yapmak için süre gereksinimi 1 aydan 6 aya çıkarılmıştır. İkinci olarak, kaygı ve endişe belirtileri, aşırı kaygı ve aşırı endişe belirtileri ile sınırlandırılmış ve ölçütlere kontrol edilemezlik eklenmiştir. Üçüncüsü, ilişkili semptomların sayısı (otonom/fizyolojik uyarılma dahil) azaltılmıştır ve aslında bozukluğu kronik bir endişe bozukluğuna kaydırılmıştır (Anderson, Noyes, Crowe, 1984). Yapılan bu değişiklikler belirli amaçlara hizmet etmekteydi.

DSM-3'te (1980) YKB semptomlarının son bir ay içinde ortaya çıkması gerekmektedir. Yaşam olaylarına aşırı tanı konulmasını en aza indirmek için 6 aylık bir gereklilik önerilmiştir. Bunun diğer bir nedeni ise kriterlerin YKB'nin kronik seyrini yansıtmasına izin vererek YKB'yi, MDB'den ayırmaktır (Andrews, Hobbs, Borkovec, 2010). Ayrıca Türkiye'de yapılan klinik gözlemlerde hastalarda 6 ay süreyle zamanının büyük çoğunluğunda, kesintisiz olarak yaygın kaygının olmasının çok az rastlanan bir durum olduğu gözlenmiştir. Klinisyenler hastalarda yaygın kaygının tanı için zorunlu olan 6 ay süre içerisinde somatizasyona dönüştüğü görüşündedir (Öztürk, Uluşahin, 2016).

YKB'li insanları normal endişelilerden ayırt etmek için aşırı kriteri dahil edilmiştir. Ancak, daha yeni araştırmalar YKB ve YKB olmayan arasında anlamlı bir ayırım sağlamadığını göstermiştir (Ruscio, Lane, Roy-Byrne, 2005). Normal insanlar da aşırı endişe duyabilir. Bunun yerine, küçük olaylar ve daha çok kişilerarası ilişkiler hakkında endişelenmek, YKB için daha iyi bir ayırmacı olabilir (Sanderson,

Barlow, 1990). “Endişeleri kontrol etmek zor” olan B kriterinin, YKB'nin temel özelliklerinden biri olduğu öne sürülmüştür. Yapılan çalışmada, YKB'si olan endişelilerin, normal yüksek endişeli kişilere kıyasla endişeleri hakkında daha sık olumsuz inançlara sahip oldukları ve endişelerini kontrol etmekte güçlük çektikleri öne sürülmüştür (Ruscio, Borkovec, 2004).

DSM-4'teki (1994) bir başka tartışmalı değişiklik de aşırı uyarılma semptomlarının tanı kriterlerinden çıkarılmasıydı. Bu gelişmeye iki faktör katkıda bulunmuştur. Birincisi, anksiyete bozuklukları arasında tanısız güvenirliliği en düşük olan YKB'nin güvenirliliğini artırmak (Di Nardo, Moras, Barlow, Rapee, Brown, 1993), ikincisi, endişeli beklentinin, yani kronik endişenin, YKB'nin ana ayırt edici özelliği olarak tanımlanmasıdır (Sanderson, Barlow, 1990). DSM-4'ten (1994), DSM-5'e (2013) geçişte YKB tanısına ilişkin herhangi bir değişiklik yapılmamış DSM-4'te (1994) var olan tanı kriterleri hiç değiştirilmeden kullanılmıştır (Öztürk, Uluşahin, 2016).

1980'de ilk çıktığından itibaren YKB'nin tanı kriterlerinde mevcut sınıflandırma sistemleri arasında bir fikir birliğine varılamamıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan DSM-5 (2013) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayımlanan International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması) kısa adıyla ICD-10'da tanı kriterleri açısından birtakım farklılıklar bulunmaktadır. Önemli bir fark, otonomik uyarılma semptomlarının ICD-10-DCR kriterlerine zorunlu olarak dahil edilmesi ve DSM'in daha yeni sürümlerinde aynısının olmamasıdır. Yaygın Kaygı Bozukluğunun DSM-5 (2013) tanımında, otonomik aşırı uyarılma semptomlarının diğer anksiyete bozukluklarına göre daha az belirgin olduğu belirtilmiştir (APA, 2013; Öztürk, Uluşahin, 2016).

DSM kriterlerindeki değişikliklerin, yani sürenin artması, şiddetin artması (aşırılık) ve semptomların azaltılmasının amaçlanan etkiye sahip olamadığı yönünde birtakım kanıtlar bulunmuştur. Kanıtlar otonomik/fizyolojik uyarılma semptomlarının ortadan kaldırılmasından bu yana ayırt edici geçerliliğin daha kötü olduğunu göstermektedir (Lawrence, Liverant, Rosellini, Brown, 2009).

4.4.1. Yaygın Kaygı Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

Güncel DSM-5 (APA, 2013) tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

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). (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013, s.121-122)

4.5. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNDA EŞ TANI

YKB'de diğer psikiyatrik bozukluklarla birliktelik yüksektir, ancak diğer anksiyete bozukluklarından daha fazla değildir (Stein, Scott, de Jonge, Kessler, 2017). Dünya çapında YKB ile en yaygın komorbid bozukluklar duygudurum bozuklukları (MDB), diğer anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kötüye kullanım bozukluklarıdır (Ruscio, Hallion, Limm, 2017). YKB'nin tanısı yüksek eştanılar nedeniyle tartışmalıdır. Depresyon ile sıklıkla birlikte görülmesi (%29-62), genetik çalışmalarda da gösterildiği üzere iki hastalığın yakın ilişkiler göstermesi, YKB'nin depresyondan ayrı bir hastalık olmadığını desteklemektedir. Ancak YKB'nin kendine özgü belirtileri olması, geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir tanı olması ve depresyonun diğer ruhsal bozukluklarla birlikte de çok sık görülmesi YKB'nin depresyondan ayrı bir hastalık olmadığını savunanlara karşı vurgulanmaktadır (Mennin, vd., 2008 ; Hoge, Ivkovic, Fricchione, 2012). Türkiye'de temel sağlık hizmeti veren kuruluşlarda YKB'li hastaların üçte ikisine tanı koyulmadığı, depresyon tanısı olan hastaların ise gerçekte dörtte birinin asıl tanısının YKB olduğu bildirilmiştir (Öztürk, Uluşahin, 2016). Eştanılar, daha fazla yeti yitimi ve daha düşük remisyon oranları ile ilişkilidir (Parmentier, Garcia-Campayo, Prieto, 2013). Yaşam boyu YKB tanısı alanların yaklaşık %80-90'ı yaşamları boyunca başka bir psikiyatrik tanı yaşamış veya yaşayacaktır (Parmentier, Garcia-Campayo, Prieto, 2013; Ruscio, Hallion, Limm, 2017). YKB ayrıca sıklıkla somatik semptomlar ve çeşitli hastalıklar ile de birlikte görülür. Gastrointestinal semptomlar ve irritabl barsak sendromu ile birliktelikleri sıklıkla rapor edilir. Bu hastaların yaklaşık %50'sinde ayrıca iki bozukluk arasındaki yakın bağlantıyı vurgulayan YKB vardır (Ballenger, Davidson, Lecrubier , 2001). YKB ile ilişkili diğer bedensel bozukluklar, astım, koroner kalp hastalığı, diyabet, peptik ülserler ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (Roy-Byrne , vd., 2008; Parmentier, vd., 2013; Scott, Lim, Al-Hamzawi, 2016).

4.6. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN SIKLIK VE YAYGINLIĞI

Genel kanı YKB sıklığının 40-55 (Krasucki, Howard, Mann, 1998; Wittchen, Hoyer, 2001) yaşlarına kadar yaşla birlikte arttığı ve sonrasında azaldığı yönündedir (Byers, vd., 2010; Reynolds, vd., 2015). YKB, özgül fobi ile birlikte yaşlılıkta en sık

görülen anksiyete bozukluğudur. Yaşlı erişkinlerde bir aylık yaygınlık oranları %0,8-7,3 arasında değişmektedir (Beekman , vd., 1998; Trollor , vd., 2007). Çoğu çalışma YKB'yi DSM'ye göre teşhis eder. Bununla birlikte, birkaç çalışmada ICD'ye göre YKB prevalans oranları %1,7-3,8 arasında değişmektedir (Trollor, vd., 2007; Costa, vd., 2007). YKB'nin genel nüfus içerisinde yaşam boyu yaygınlık oranı %3-6 olarak bildirilmektedir (Kessler, vd., 2005). Yaygın kaygı bozukluğu temel sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda en sık görülen kaygı bozukluğudur (Wittchen vd., 2002). Cinsiyetler arası farka baktığımızda YKB, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazladır (Rezaki, vd., 1995). Ruscio ve meslektaşları (2017) tarafından yapılan daha güncel bir çalışmaya göre YKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %3,7, 12 aylık yaygınlık oranı ise %1,8 olarak bulunmuştur. COVID-19 salgınının psikolojik etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmalardan birinde üniversite öğrencilerinin dörtte birinin şiddetli YKB semptomları bildirdiği gözlemlenmiştir (Dratva ve vd., 2020).

Keskin ve meslektaşları (2013) tarafından ülkemizdeki psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisine yönelik olarak yürütülen bir çalışmada ise YKB'nin yaygınlığı %6,8 olarak tespit edilmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında YKB bir yıllık bir dönem içerisinde kadınlarda %0,8 erkeklerde %0,5 oranında bulunmaktadır (Kılıç C., 1998). Asya veya Afrika'dan gelen bireylere kıyasla Avrupa kökenli bireylerde de daha yüksek YKB oranları bulunmaktadır ve yüksek gelirli ülkelerde düşük gelirli ülkelerle karşılaştırıldığında daha sık görülmektedir (Ruscio, Hallion, Limm, 2017).

YKB'nin epidemiyolojisindeki bu büyük eşitsizlik büyük olasılıkla metodolojideki farklılıklarla açıklanmaktadır. Anahtar faktör vaka seçimidir. Çünkü şiddet değerlendirmesindeki küçük farklılıklar, yüksek oranda anksiyete belirtileri nedeniyle yaygınlık oranları üzerinde önemli etkiye sahip olabilir. Ayrıca, yarı yapılandırılmış formata göre hiyerarşik kuralların kullanıldığı ve tam yapılandırılmış görüşmelerin kullanıldığı çalışmalarda daha düşük rakamlar görülmektedir (Brugha, Bebbington, Jenkins, 1999). Epidemiyolojik araştırmalarda bir diğer yaygın sınırlılık ise huzurevlerinde ve bakımevlerinde bulunan bireylerin dışlanmasıdır. Bu grup, popülasyondan daha yüksek bir anksiyete bozukluğu prevalansına sahiptir, bu nedenle dışlanma, hastalığın hafife alınmasına yol açabilmektedir (Creighton,

Davison, Kissane, 2016). Bununla birlikte, kültürel farklılıklar da yaygınlık oranlarını etkilemiş olabilir. Mevcut kriterler batı toplumlarında geliştirilmiştir ve farklı bir kültürel bağlamda endişeyi yakalamayabilir. YKB farklı şekilde ifade edilebilir ve Asya popülasyonlarında kanıtların gösterdiği gibi daha somatik semptomlarla kendini gösterebilir (Khambaty, Parikh, 2017). Ayrıca, düşük zihinsel sağlık okuryazarlığı ve damgalanma yardım aramanın önündeki engellerdir ve bazı kültürlerde bireylerin zihinsel bir bozukluğu olduğunu kabul etmekte isteksiz olmaları akla yatkındır (Andrade, Alonso, Mneimneh, 2014; Stein, Scott, de Jonge, Kessler, 2017).

4.7. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

YKB'nin nedeni tam olarak anlaşılammıştır (Parmentier, Garcia-Campayo, Prieto, 2013). Bununla birlikte, genellikle birkaç faktörün dahil olduğu kabul edilmektedir. YKB'nin oluşumunda yeri olan biyolojik, sosyal çevresel faktörler ve psikolojik modeller aşağıda incelenmiştir.

4.7.1. Yaygın Kaygı Bozukluğu'nda Biyolojik Faktörler

YKB geliştirmek için genetik bir yatkınlığı öne süren bir biyopsikososyal model önerilmiştir. İkiz çalışmalardan elde edilen sonuçlar, %32 civarında bir kalıtsallık olduğunu düşündürmektedir (Shimada-Sugimoto, Otowa, Hetteema, 2015). Kadınlarda yapılan ikiz çalışmalarında kalıtımın %30 oranında etkili olduğu bulunmuştur (Kendler, Neale, Kessler, Heath, Eaves, 1992). Bununla birlikte, önemli bir kısmı nevrotilik ile olan ilişkilerle açıklanmaktadır (Mackintosh, Gatz, Wetherell, Pedersen, 2006) (De Beurs, Beekman, Deeg, Van Dyck, Van Tilburg, 2000). Aday gen çalışmaları, serotonerjik ve katekolaminerjik sistemler ve nörotrofik sinyalizasyon ile ilişkiler hakkında önemli kanıtlar toplamıştır, ancak bu sonuçların replikasyonu hala eksiktir (Gottschalk, Domschke, 2017; Maron, Nutt, 2017). Genetik kanıtların YKB için özgüllükten yoksun olduğu da öne sürülmüştür, ancak genelleştirilmiş ve fobik olmak üzere iki tür kaygının ayırımına bir miktar destek verilmiştir (Hetteema, Prescott, Myers, Neale, Kendler, 2005).

4.7.2. Yaygın Kaygı Bozukluğu'nda Sosyal Çevresel Faktörler

Sosyal ve çevresel faktörlerin önemli olduğu iyi bilinmektedir (Bienvenu, Nestadt, Eaton, 1998). YKB ile ilişkili risk belirteçleri arasında kadın cinsiyeti, nevrotiliklik, bekar, boşanmış, dul, düşük gelir, düşük eğitim, stresli yaşam olayları yer alır, ancak bu faktörler YKB için spesifik olmayabilir (Hettema, 2008; APA, 2013).

4.7.3. Yaygın Kaygı Bozukluğu'nu Açıklayan Psikolojik Modeller

YKB gelişimini teorik olarak kavramsallaştırmak için çeşitli psikolojik modeller sunulmaktadır. Kaçınma hipotezi, endişeyle ilgili olumlu inançlar (Wells A. , 1999) ve deneyimsel kaçınma (Roemer, Orsillo, 2002) gibi YKB teorisi ve tedavisi üzerine farklı bakış açıları vurgulanmıştır. Aşağıda belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygusal aşırı uyarılma kavramlarını içeren iki farklı model tanımlanmıştır.

4.7.3.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Korku, yakın bir gelecekteki belirli bir uyarana karşı ortaya çıkarken kaygı, belirsiz bir gelecekte genellikle belirsiz bir nesneye karşı ortaya çıkmaktadır (Barlow, 2004). YKB'de yaşanan kaygıda kaygı nesnesi çoğunlukla belirsizdir. Kişi bu belirsizliği tehdit edici olarak algılamaktadır ve bu belirsiz olayda olumsuz bir şey olacağı inancı vardır (Fisher P. L., 2007).

Belirsizliğe Tahammülsüzlük modeli dört temel bölümden oluşur: belirsizliğe tahammülsüzlük, endişeyle ilgili yanlış inançlar, sorun çözme becerisinin zayıflığı, bilişsel kaçınma (Dugas, Gagnon, Ladouceur, Freeston, 1998). Bu teorinin temel özelliği, hastalarda belirsizliğin stresli, haksız ve üzücü olduğuna dair inançtır. Endişe, hasta tarafından olası felaketlere zihinsel veya fiziksel olarak hazırlanarak ve bunu yaparken sevdiklerini koruyarak veya kötü şeylerin olmasını engelleyerek belirsizliği azaltmanın bir yolu olarak görülür. Üçüncü özellik, belirsiz olaylar ve kişinin kendi problem çözme yeteneği ile ilgili bilgi işleme ile ilgilidir. YKB olan hastaların, sağlıklı kontrollere kıyasla belirsiz olayları daha tehdit edici algıladıkları öne sürülmüştür (Fisher, Wells, 2011). Dördüncü özellik, endişenin bilişsel bir kaçınma süreci olarak tanımlanmasıdır. Aktif düşünce süreçlerine (endişelenme) katılarak, hastalar zihinsel imgelemeyi azaltabilir ve ardından fobik imgelemeden kaynaklanan somatik kaygı semptomlarından kaçınabilir (Borkovec, Inz, 1990).

Ampirik alışmalar, belirsizliğe tahammülsüzlüğün diğer kaygı bozukluklarından çok YKB ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Ladouceur , Dugas, Freeston, 1999; Behar, DiMarco, vd., 2009).

4.7.3.2. Duygusal Bozukluk Modeli

Duygusal düzensizlik modeli, aynı zamanda dört bölümden oluşan: (1) duygusal aşırı uyarılma, (2) duyguların yetersiz anlaşılması, (3) duygulara karşı olumsuz tutumlar, (4) uyumsuz duygu düzenleme veya yönetim stratejilerinden oluşan bir duygusal/davranışsal modeldir. YKB'si olan kişilerin, YKB'si olmayanlara kıyasla, olumludan çok olumsuz daha yoğun duygular yaşadığı öne sürülmüştür. Yoğun duyguları işlemedeki güçlükler ve onlardan yararlı bilgiler çıkarmadaki eksikliklerin, güçlü duygular ortaya çıktığında rahatsızlık veya kaygıya neden olduğu öne sürülmektedir (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, Staples, 2009). O zaman endişe, düzensiz duygularla başa çıkmak için etkisiz bir strateji olarak kullanılır. Ampirik araştırmalar, YKB olan kişilerin depresyonlu bireylere kıyasla daha yoğun olumsuz duygular (Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, Fresco, 2005) yaşadıklarını, duygularını tanımlama, tanımlama ve anlamada daha fazla zorluk yaşadıklarını (Mennin, Heimberg, Turk, 2004) ve daha fazla duygusal başa çıkma stratejileri (yani aşırı endişe, duygusal patlamalar, duygusal bastırma) ile meşgul olduklarını bulmuştur (Mennin, Holaway, Fresco, Moore, Heimberg, 2007). Bununla birlikte, modelin bazı bölümlerinin gözden geçirilmesi gerektiğini öne süren bazı çelişkili kanıtlar vardır (Fisher, Wells, 2011).

4.8. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU BAşLANGIç

YKB genellikle yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkar ve kadınlarda, erkeklere kıyasla iki kat daha fazla görülmektedir. Kanıtlar, YKB'nin sosyal işlevsellik, sıkıntı düzeyleri ve tıbbi bakım kullanımını üzerindeki etkisinin diğer majör psikiyatrik bozukluklarınkine eşdeğer olduğunu göstermektedir (Mennin, Heimberg, Turk, 2004).

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU TEDAVİSİ

5.1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİDE YKB TEDAVİSİ

National Institute of Clinical Excellence (NICE) şu anda yetişkinlerde YKB tedavisi için farmakoterapi, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) veya Uygulamalı Gevşeme önermektedir (NICE, 2011). YKB için BDT, bilişsel yapılandırma, maruz bırakma ve gevşeme eğitiminin özelliklerini içermektedir (Barrowclough, vd., 2001; Hofmann, vd., 2012). Bu tedavi yaklaşımı, YKB'nin daha yeni anlaşılması, kontrolsüz ve aşırı endişeyi temel özellik olarak kabul ettiğinden popülerlik kazanmıştır (APA, 2013).

YKB tedavisindeki araştırmalar öncelikle farmakoterapinin etkinliğine odaklanmıştır. Daha yakın zamanlarda, psikoterapinin etkinliğine artan bir ilgi olmuştur. Tüm terapiler arasında bilişsel davranışçı terapi (BDT), YKB için etkili bir tedavi olarak deneysel desteği sağlamıştır (Ragnarsdóttir, 2020). En başarılı BDT tedavi protokolleri, YKB tedavisi için motivasyonel terapi, kişilerarası psikoterapi, bütünleştirici BDT'yi içermektedir (Baer, 2003). Çeşitli çalışmalarda grup temelli BDT uygulamalarının da YKB'de etkili olabileceği gösterilmiştir (Ragnarsdóttir, 2020).

Otto (2022), tarafından yapılan bir çalışmada güncel olarak BDT'nin YKB üzerindeki etkinlik oranları incelenmiştir. Güncel olarak incelediği on üç çalışmaya dayanarak, yazarların tümünün BDT yaklaşımını kullanan psikolojik terapilerin olağan tedaviden veya bekleme listesinden daha etkili olduğu sonucuna vardıklarını bildirmektedir. Bununla birlikte, semptomları kontrol etmek için sonuç oranları, yüksek nüks oranlarıyla birlikte yaklaşık %50'dir. BDT müdahaleleri diğer yaklaşımlardan daha fazla umut vaat ederken, bu ön bulguları doğrulamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Chambless, Gillis 1993).

BDT, bilişsel ve davranışsal faktörlerin duygusal rahatsızlığı etkilediği ana fikrine dayanan psikolojik bir müdahaledir (Butler vd., 2006; Hofmann, Smits, 2008). BDT teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırma ve davranışsal stratejileri

(örneğin, maruz kalma, gevşeme eğitimi, tepki önleme) içermektedir (Hofmann ve Smits, 2008).

5.1.1. Yaygın Kaygı Bozukluğu'nun Bilişsel Davranışçı Terapisinde Kullanılan Teknikler

Pratik müdahaleler, YKB tedavisi olarak BDT, fonksiyonel bir analizin geliştirilmesini, psikoeğitim yoluyla bilgi sağlamayı, yeni davranışlar ve duygularla (açıklama, gevşeme) deneyler yapmayı ve bilişsel bir yaklaşımı içermektedir (Borza, 2022).

Fonksiyonel analiz, kaygılı tepkinin nerede, ne zaman, hangi sıklıkta, hangi yoğunlukta ve hangi koşullar altında tetiklendiğini belirlemeyi mümkün kılmaktadır. Hasta ile yapılır ve sorunu sürdüren faktörleri bütünleştirmektedir. Fonksiyonel analiz, terapinin sorunsuz çalışması için çok önemlidir, çünkü yavaş yavaş önemli psikoloji kavramlarını sunmaktadır. Zaten başlı başına terapötik olan fonksiyonel analiz kişinin zihinsel işleyişini görselleştirmeyi mümkün kılmaktadır (Borza, 2022).

Psikoeğitim kolayca terapidaki bir sonraki adım olabilmektedir. Gelecekteki terapötik araçların ne olacağını anlamayı mümkün kıldığı ve değişim motivasyonunun artmasını kolaylaştırdığı için genellikle çok önemlidir. Hastalar, hangi davranışların en yararlı olabileceği konusunda farklı bir şekilde düşünmeye başlamaktadır (Borza, 2022).

Duygusal ve davranışsal yaklaşım terapide genellikle tercih edilmektedir. Terapist, yalnız olumsuz duyguları yönetmeyi değil, olumlu duyguların nasıl yaratılacağını öğretmek için gevşemeyi öğretmeye çalışmaktadır. Gevşemede ikili bir etki söz konusudur. Maruz kalma alıştırmalarına hazırlanmak için bir “psikolojik araç” sağlanması; gevşeme, anksiyojenik durumların duyarsızlaştırılmasına izin vermesi bir diğeri ise düşünce ve endişelere “bilişsel mola süreleri” ekleyerek genel ruh halinin dengelenmesidir (Borza, 2022).

BDT'nin davranışsal boyutu en önemlisidir. Hastalar kendilerini kendi duygularına maruz bırakabilecekler ve böylece bozukluğu devam ettiren etkenleri sürdürme ve kaçınma davranışlarıyla nasıl mücadele edeceklerini öğrenebileceklerdir. Aranılan bilişsel süreç ise alışmadır. Bilişsel çalışmayı başlatan,

düşüncelerin normal ve engelleyici olmayan olarak kabul edilmesidir. Zihinsel açıklamanın bir örneği, “en kötüsünü düşün” talimatıdır. Bu strateji, kaçınmada hızlı ve etkili bir azalma sağlamaktadır. Anksiyeteye maruz kalmak, duygusal alışkanlığı teşvik etmek için hastaların olası endişeleriyle ilgili görüntülerin (genellikle kaçınılan rahatsız edici görüntüler) kalmasına izin vermektir. Hastalar korkularına tahammül etmeyi öğrenebilir, bu da endişeleri hakkında daha az sıklıkta ve daha az yoğun düşünmelerini sağlayacaktır (Borza, 2022).

5.1.2. Beck’in Bilişsel Davranışçı Terapisi

YKB’nin BDT ile tedavisi son yirmi yılda, YKB ile ilişkili tetikleyicilerin ve sürdürme faktörlerinin daha iyi anlaşılmasıyla sonuçlanan bir dizi gelişim evresi boyunca aşamalı olarak gelişmiştir. Erken evrede YKB, Beck’in orijinal olarak duygudurum ve diğer anksiyete bozukluklarını tedavi etmek için tasarlanmış bilişsel terapi modeliyle tedavi edilmekteydi. Tedavi genel bir bilişsel yaklaşımdan oluşmaktaydı başlıca depresyonu tedavi etmek için geliştirilmişti ve YKB’ye özgü bir yöntem değildi (Leahy, 2004). Beck ve meslektaşlarının (1985), BDT’yi kaygı bozukluklarına uyarlamasıyla BDT kaygı bozuklukları için de etkili olmaya başlamıştır (Clark, 1986).

5.1.3. Borkovec’in Yaygın Kaygı Bozukluğu Protokolü

Borkovec ve meslektaşları (1983) YKB tedavisine özgü bir BDT protokolü geliştiren ilk kişiler arasında yer almaktadırlar. Aşırı, kontrol edilemez ve yaygın endişeyi YKB'nin kritik bir belirtisi olarak tanımladılar ve genel BDT yaklaşımını öncelikle bu semptomu hedef alacak şekilde değiştirdiler (Borkovec, Ray, Stober, 1998). Bu, mevcut duygusal sıkıntıdan ve geleceğe yönelik tehdit edici olaylardan kaçınmak için bir başa çıkma stratejisini içermekteydi. Bununla birlikte, endişeli hastalar endişelenmek için başka nedenler bulmaya devam ettiğinden, kontrol edilemeyen endişeyi azaltmak ve düzenlemek için BDT stratejilerinin sınırlı olduğu kanıtlanmıştır (Dugas, 2000).

Borkovec, Alcaine ve Behar (2004) endişeyi; “kaygılı yollarla kendimizle konuşmak” olarak tanımlamıştır (s. 82) (Borkovec vd. akt. Fracalanza, 2010). Dugas ve meslektaşları benzer şekilde endişeyi “iç monolog” olarak tanımlamışlardır

(Dugas, Ladouceur, 2000). Borkovec ve meslektaşları endişenin öncelikle düşünceye dayalı olduğunu, hayale dayalı zihinsel aktivitenin aksine olduğunu öne sürmüşlerdir ve birçok çalışma bu teoriyi desteklemektedir (Borkovec, Inz, 1990).

Borkovec ve Inz (1990), gevşeme ve endişe sırasında YKB olan ve kaygılı olmayan bireylerin “düşünce örneklerini” incelemiştir. YKB'li bireylerin gevşeme sırasında yaklaşık olarak eşit miktarda düşünce ve görüntü bildirdiğini, buna karşın kaygılı olmayan bireylerin ağırlıklı olarak görüntüler bildirdiğini bulmuşlardır. Endişelenmeleri istendiğinde, YKB'si olan kişiler ve kaygılı olmayan kişiler, imgelerden daha fazla düşünce sıklığı bildirdiler. YKB tedavisinden sonra, gevşeme sırasında YKB'si olan bireyler tarafından bildirilen düşünce örnekleri, kaygılı olmayan bireylerinkilerle eşleşmiştir (yani ağırlıklı olarak görüntüler). Freeston, Dugas ve Ladouceur (1996), bu çalışmanın bir uzantısında, aşırı endişe duyanları ve aşırı endişe bildirmeyen üçer kişiyi incelemişler ve her iki gruptaki kişilerin de endişelerinin ağırlıklı olarak düşüncelerden oluştuğunu (%70) bulmuşlardır. Bu araştırma ayrıca, aşırı endişeli kişilerin, ortalama endişe düzeyine sahip bireylere kıyasla, endişe sırasında görüntülerden daha fazla düşünce yüzdesi bildirdiğini de bulmuştur. Endişenin düşünce temelli doğası için ek destek, beyin dalgası kayıtlarının incelenmesinden gelmiştir. Borkovec ve meslektaşları, yüksek sol yarımküre ön beta aktivasyonunun (sözlü-dilsel işleme ile ilişkili olan) durum endişesi ve YKB ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Borkovec, Ray ve Stöber, 1998; Carter, Johnson ve Borkovec, 1986). Stöber ve meslektaşları (1998), katılımcıların endişeyle ilgili konuların görüntülerini oluşturmada endişeyle ilgili olmayan konulara göre daha fazla zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir. Birlikte ele alındığında, mevcut bulgular endişenin düşünce temelli doğasına dair kanıt sağlamaktadır.

5.1.3.1. Endişeden Kaçınma Teorisi

Borkovec ve meslektaşları tarafından endişenin işlevini açıklamak için geliştirilmiştir (Sibrava ve Borkovec, 2006). Teori, endişenin düşünceye dayalı doğasının, korkulan senaryoların zihinsel görüntülerinin yoğunluğunu azalttığını ve bu görüntülere eşlik eden endişeli uyarılmayı azalttığını öne sürmektedir (Sibrava ve Borkovec, 2006). Vrana, Cuthbert ve Lang (1986), korkulan senaryolar hakkında sözlü düşünceleri dile getirmenin, aynı korkulu materyali hayal etmekten daha az

kalp atış hızı aktivitesi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (endişeli uyarılmanın azaldığını düşündürür). Bu çalışmalar, endişenin, korkulan sonuçların zihinsel görüntülerine eşlik eden somatik endişeli uyarılmayı geçici olarak hafifletmeye yardımcı olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, edimsel koşullanma perspektifinden bakıldığında, endişe kısa vadede olumsuz pekiştirici olabilir. Bununla birlikte, uzun vadede, endişenin sonuçları yararlarının önüne geçebilir çünkü kronik endişe korkulan senaryoların duygusal işlenmesini önleyebilir veya engelleyebilir (Borkovec vd. akt. Fracalanza, 2010). Foa ve Kozak (1986), tam bir duygusal işlemenin, bir “tam korku yapısı” aktive edildiğinde ve mevcut bir korku yapısıyla bağdaşmayan yeni bilgiler yapıya dahil edildiğinde gerçekleştiğini öne sürmüşlerdir. Endişeden Kaçınma Kuramı'na göre endişe, endişeyle ilgili korku yapılarının tam aktivasyonunu engellemektedir. Sonuç olarak, korku yapıları “karşı konulmaz” kalır ve duygusal işleme engellenmektedir (Borkovec vd. akt. Fracalanza, 2010; Sibrava ve Borkovec, 2006).

5.1.4. Wells'in Yaklaşımı: Tip I ve Tip II Endişeler

Wells (1995), YKB'nin BDT tedavisi sonuçlarının sınırlılıklarının, yalnızca "tip I endişe" olarak adlandırdığı endişe içeriklerini hedeflemekten ve "endişe hakkında endişelenme" gibi “tip II endişe” olarak adlandırdığı üst-bilişsel inançları ele almamaktan kaynaklandığını ileri sürmüştür. YKB semptomlarının sürdürülmesinde “II. tip endişe”nin birincil faktör olduğunu öne sürmüştür. Wells'e göre, üst bilişsel inançları ve bunları sürdüren davranışları değiştirmeden, "tip I endişeyi" değiştirmek, sonuçları sınırlandırmıştır. Örneğin, endişenin tehdit edici düşüncelerden, duygulardan ve faaliyetlerden kaçınmak için bir başa çıkma stratejisi olarak kullanılması, endişenin kendisiyle ilgili olumsuz meta-inançların gelişmesine yol açmaktadır. Wells (1995), planlama ve problem çözme yoluyla “tip I endişe” sorunu çözmedeki başarısızlığın, endişenin kendisine ilişkin olumsuz inançları ve değerlendirmeleri tetikleyen duygusal sıkıntı ve işleme güçlükleriyle nasıl sonuçlandığını açıklamıştır. Sonuç olarak, endişeyi vurgulayan tehdit değerlendirmelerinde bir artış olmaktadır. Hasta, kaygısını gidermek için bir araç olarak “tip I endişeye” döner ve böylece endişeyi pekiştiren bir geri bildirim sistemi yaratır. Ön çalışmalar, Wells'in olumsuz üst-bilişsel değerlendirmeleri ve inançları

hedefleyen değiştirilmiş BDT'nin YKB tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir (Wells, King, 2005).

5.1.5. Dugas ve Robichaud'ın Yaygın Kaygı Bozukluğu Protokolü

Dugas vd. (1998), kontrol edilemeyen endişenin nedenini tedavi etmenin, YKB'nin başarılı tedavisi için, Wells tarafından tanımlananlar gibi endişenin idame faktörlerine odaklanmaktan daha merkezi olduğunu iddia etmektedir. “Belirsizliğe tahammülsüzlüğün” kontrol edilemeyen endişenin temel nedeni olduğunu öne sürmüştür (Dugas vd., 1998). Kronik olarak endişeli hastaların gelecekteki tehditler hakkında belirsizlikle yüzleşmek yerine olumsuz sonuçlar deneyimlemeyi tercih ettiklerini ve böylece bir kesinlik ve öngörülebilirlik yanılması yarattığını göstermiştir. Bu hastalar aynı zamanda tehdidin tekrarlanmaması ile sonuçlanan olaylardan kaçınmayı, endişenin bu tür tehditleri önlemeye yardımcı olduğuna dair kanıt olarak kullanmışlardır. Dugas vd. (1998), bu klinik faktörlerin, bilişsel yeniden yapılandırma ve YKB'ye maruz kalma gibi standart BDT müdahalelerinin etkisini sınırlamada kritik bir rol oynadığını varsaydılar, ancak bu müdahaleler hastaların korkulan sonuçlara ilişkin daha gerçekçi olasılık tahminleri geliştirmelerine yardımcı oldu. Dugas vd. (2007) YKB'ye dahil olan bilişsel bir süreç olarak kavramsallaştırılabilecek dört ana bileşen oluşturular. Bileşenler şunlardı: olumsuz problem yönelimi, endişe hakkında olumlu inanç, bilişsel kaçınma ve belirsizliğe tahammülsüzlük. Sonuçlara göre, model bileşenleri YKB şiddeti ile ilişkilidi ve şiddetli YKB, olumsuz sorun yönelimi ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile güçlü bir ilişkiye sahipti.

YKB'de, BDT genellikle bir tedavi kılavuzundan 12 haftalık seanslardan oluşmaktadır. YKB için BDT'nin temel amacı, hastaların günlük yaşamlarında belirsizliğe karşı daha fazla tolerans geliştirmelerine yardımcı olarak ve hastalara anksiyete ipuçlarını tespit etme becerileri kazandırarak, psikolojik ve somatik semptomları yönetmek için stratejiler uygulayarak, kronik, aşırı, kontrol edilemeyen endişeyi azaltmaktır (Evans vd., 2008). 12 haftalık program: 1) psikoeğitim ve endişe farkındalığı eğitimi; 2) belirsizliğin ve davranışsal maruziyetin tanınması; 3) endişenin yararını yeniden değerlendirmek; 4) problem çözme tekniği eğitimi; 5)

hayali maruz kalma eğitimi ve 6) nüks önlemeden oluşmaktadır (Dugas, Francis ve Bouchard, 2009).

5.2. YENİ KUŞAK BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE YKB TEDAVİSİ

Bilişsel yaklaşım genellikle hastaların kendi düşünceleri üzerinde gerçekleştirecekleri bir kendini gözleme ile başlamaktadır. Düşünceleri fark etmek, hastaların düşünceyi duygudan ayırtmalarını gibi adımlar söz konusu olmaktadır. Bilişsel çalışmanın amacı, hastaların otomatik düşüncelerinden bir adım geri adım atmalarına ve bu endişelerden uzaklaşmalarına yardımcı olmaktır. BDT'deki üçüncü dalga (farkındalık) bu ilkeyi benimseyerek terapötik programını farklı bir biçimde oluşturmaktadır (Borza, 2022).

Bir dizi yaklaşım, YKB dahil bir dizi psikiyatrik bozukluğu tedavi etmek için Budist farkındalık uygulamalarının özelliklerini, BDT ile bütünleştirmiştir (Baer, 2003). Farkındalık, herhangi bir manevi veya kültürel gelenekten bağımsız olarak öğrenilebilen ve daha sonra psikiyatrik semptomları yönetmeye yardımcı olmak için uygulanabilen bir dizi beceri olarak kavramsallaştırıldı. Bu yaklaşımlar arasında: Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) (Kabat-Zinn 1982, 2003), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) (Segal, Williams, Teasdale, 2002), borderline kişilik bozuklukları için Diyalektik Davranış Terapisi (Linehan 1993a, 1993b) ve çoğunlukla anksiyete ve majör duyu durum bozuklukları için Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) (Hayes, Lillis, 2022) yer almaktadır.

5.2.1. Farkındalık Temelli Yaklaşımlar

Farkındalık temelli müdahaleler, bireylerin şu ana dikkat ederek, bilinçli bir şekilde ve yargılamadan; alışılmış, otomatik, işlevsiz bilişsel rutinlerden kurtulmalarına izin verecek becerilerin geliştirilmesine dayanmaktadır. (Kabat-zinn, 2003; Segal ve diğerleri, 2002).

Anksiyete bozukluklarının merkezi bir özelliği, içsel deneyime bilişsel ve davranışsal tepkiselliktir. Spesifik olarak, uyumsuz yaklaşımlarla (örneğin, kaçınma, endişe, kontrol veya bastırma) başa çıkma girişimlerinin eşlik ettiği olumsuz kendine odaklanma eğilimi ve düşünce ve duyguları kontrol etme şeklindedir (Roemer, 2008). En temel anlamda, Kabat-Zinn (2003) bilinçli farkındalık uygulamalarının

altında yatan temel önermeyi tartışmıştır. Kişinin yalnızca “şu anı” yargısız ve açık bir şekilde deneyimlemek değil, aynı zamanda kişinin bu etkilere etkili bir şekilde karşı koyabilmesi için bunu bilinçli bir şekilde yapmasıdır. Çünkü işlevsiz stresle uğraşırken geçmiş veya gelecekteki olaylara sürekli yönelim, depresyon ve kaygı duygularıyla ilişkili olabilmektedir.

Ayrıca, bir kişiye stresli olaylara yansıtıcı ve refleksif bir şekilde yanıt vermeyi öğretmek, bilinçli farkındalık temelli terapilerin, deneyimsel kaçınma stratejilerine (yani, istenmeyen içsel deneyimlerin yoğunluğunu veya sıklığını değiştirme girişimleri) etkili bir şekilde karşı koyabileceğine inanılmaktadır. Tepki vermek yerine yansıtma becerisi, 3 dakikalık nefes alma meditatif egzersizi kullanılarak geliştirilebilir. Egzersiz, kişinin şu anın farkına varmasına, kişinin tüm dikkatini nefes almaya toplamasına ve kişiyi bir farkındalık durumuna ayarlamasına ve kişinin farkındalık alanını nefes alma etrafında genişletmesine, benlik ile kişinin otomatik düşünceleri arasında nesnellik yaratmasına izin vermek için tasarlanmıştır. Böylece farkındalık, aşırı korku, endişe ve kaçınma ve olumsuz duygulardan oluşan otomatik bir pozitif geri bildirim döngüsünden, akıllıca duyarlılığa ve davranışsal esnekliğe geçiş yaparak alternatif bir yol sağlamaktadır (Segal ve diğerleri, 2002).

5.2.1.1. Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR)

Farkındalık temelli stres azaltma, şu anda batılı araştırmacılar ve klinisyenler tarafından incelenen ve uygulanan bilinçli farkındalığın ana şeklini oluşturmaktadır. Anksiyete semptomlarının azaltılmasında tek başına veya tamamlayıcı bir müdahale olarak farkındalığın etkinliğini gösteren çok sayıda rastgele olmayan, vaka çalışması vardır (Kabat-Zinn vd. 1992; Orsillo vd. 2003). Bununla birlikte, bu tür çalışmaların tümünde standart aktif kontrol grupları bulunmadığından, MBSR'nin özellikle YKB semptomlarının azalmasını açıkladığını göstermek için bugüne kadar yetersiz kanıt bulunmaktadır (Bishop vd. 2004; Toneatto ve Nguyen 2007). Orijinali temel alan klasik farkındalık (CM), Budist farkındalık uygulamalarının formları ve MBSR'den önemli ölçüde farklıdır. YKB'nin belirli süreci ve durum tanılama özelliklerini doğrudan hedeflemek için güçlü bir potansiyele sahiptir (Rapgay, Bystritsky, 2008). YKB'nin bu özellikleri, kontrol edilemeyen, aşırı ve yaygın endişe gibi süreç semptomlarını, tehdit edici uyarlardan ayrılma ile ilgili sorunları, durum

semptomlarını ve kaygının karakteristiği olan kısıtlı dikkat durumlarını içermektedir. Bu tür otomatik kaygı durumları, hastalar dikkatlerini nötr veya hoş deneyimlere yeniden yönlendiremedikleri için, deneyim aralığını yalnızca tehdit edici uyanlarla sınırlamaktadırlar. Doğu farkındalığı gelenekleri, bugüne kadar basitçe ithal edilenlerden ziyade, bilimsel bir çerçevede içinde sistematik olarak değerlendirilmektedir (Easterbrook, 1959).

5.2.2. Dialektik Davranış Terapisi

Dialektik Davranış Terapisi (DDT), başlangıçta genellikle intihar ve kendine zarar verme düşünce ve davranışlarını içeren bir durum olan Borderline Kişilik Bozukluğunu tedavi etmek için kullanılan duygu düzenlemeye dayalı bir psikoterapidir (Linehan, 1993a). DDT'deki ana odak, hastalara duygularını yönetme becerilerini öğretmektir (Linehan 1993a; Gross ve Thompson 2007). DDT'deki stratejiler ve beceriler YKB tedavisinde çalışılmamıştır, ancak belgeler bu stratejilerin YKB gibi duygu düzenlemeye dayalı bozukluklarda yararlı olabileceğini düşündürmektedir (Boritz vd., 2018). DDT'nin kullanımı: Yeme bozuklukları, maddeye bağlı ve bağımlılık bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (Van Dijk, 2013) ve bipolar bozukluk (Afshari vd., 2019) dahil olmak üzere diğer psikiyatrik bozuklukları kapsayacak şekilde genişletilmiştir. DDT'nin artan kullanımıyla birlikte, bu psikoterapinin YKB tanısı konan hastalarda nasıl yararlı olabileceğini değerlendirmek önemlidir. Ancak, YKB tedavisinde DDT'nin etkinliği henüz çalışılmamıştır. YKB'li kişilerde şiddetli duygusal tepkiler ve tepkiler, duygusal deneyimlere ilişkin sınırlı anlayış, tutarlı başa çıkma stratejileri sağlayamama ve şiddetli duygusal tepkilerin yanı sıra duygu düzenleme bozukluğu gibi özellikler vardır (Marganska vd., 2013; Wells, Carter 2004). Kanıtlar, DDT'nin duygusal düzenlemeyi iyileştirmede faydalı bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir (Eisner vd., 2017). Duygusal düzenleme, esasen sahip olduğunuz duyguları, ne zaman sahip olduğunuz, onları nasıl deneyimlediğiniz ve onları nasıl ifade ettiğiniz de dahil olmak üzere, kontrol etme ve etkileme yeteneğidir. DDT duygu düzenleme ile ilgili tedavilerden biridir ancak bu tedavinin duygu düzenleme terapisinden farkı duygu düzenleme tedavisine göre daha yaygın olması ve duygu düzenlemenin yanı sıra farkındalık, sıkıntı toleransı ve kişilerarası ilişkiler ile çalışmasıdır. Duygu

düzenleme terapisi ise yalnızca duyguları ve bunların düzenlenmesini vurgular. YKB hastalarında duygu düzenleme terapisinin sonuçları; ruminasyon, endişe, YKB şiddeti, yaşam kalitesi, sosyal engellilik, dikkat esnekliği, merkezden uzaklaşma, yeniden değerlendirme, olumsuz duygusallık ve özellik farkındalığında iyileşme olduğunu göstermektedir (Renna vd., 2018). Ayrıca ruhsal bozuklukların anlaşılmasında ve tedavisinde, YKB bir duygu düzensizliği bozukluğu olarak kabul edilir (Turk vd., 2005). Afshari ve Hasani (2020) YKB tanısı olan bireylerde bireysel DDT ile BDT seanslarını karşılaştıran seçkisiz kontrollü bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmanın bulguları, BDT'nin depresyon ve anksiyete semptomlarını DDT'den daha iyi azaltmasına rağmen, DDT'nin duygu düzenleme ve farkındalığı geliştirmede BDT'den daha etkili olduğu sonucunu göstermektedir.

5.2.3. Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve Kararlılık Terapisi “Acceptance and Commitment Therapy (ACT)”, kronik bozukluklarda en belirgin ve yıkıcı olabilecek semptomlarla mücadeleyi hedefleyen kanıta dayalı bir psikoterapidir. Tedavi, deneyimsel kaçınma ve etkisiz başa çıkmaya karşı bir tampon görevi gören artan psikolojik esneklikle sonuçlanan bir süreç olarak kabul etmeye odaklanır (Harris, 2017). BDT'den farklı olarak, ACT'nin amacı, rahatsız edici içsel deneyimlerin (örneğin, düşünceler, duygular, duyular, anılar, dürtüler) sıklığını veya şiddetini azaltmak değil bu deneyimleri kontrol etme veya ortadan kaldırma mücadelesini azaltmak ve anlamlı deneyimlere katılımı artırmaktır. Tedavi süresince ACT'de, kabulü, değere yönelik davranış değişikliğine, bağlılık ile dengelemeye çalışılır. Kabul bileşeni, düşünceleri ısrar etmeden veya düşünce içeriğinden kaçınmadan fark etmek gibi, deneyimin yargılayıcı olmayan farkındalığını teşvik etmek için tasarlanmış farkındalık tekniklerini içerir. Farkındalığın YKB tedavisinde rol oynadığı gösterilmiştir (Roemer vd., 2009). Anksiyete bozukluklarına ACT uygulanan hastalar, kaygıya bağlı rahatsızlıkları ile mücadeleyi sonlandırmayı ve kendilerini seçtikleri yaşam amaçları (değerleri) ile ilgili harekete geçiren eylemlerde bulunarak sorumluluk almayı öğrenirler. Bu yöntem aynı zamanda, istenmeyen düşünce ve duyguları değiştirmek veya azaltmak için “daha fazla, farklı, daha iyi” stratejiler öğretmek

yerine, hastalara olumsuz düşünce ve duyguları olduğu gibi takdir etme ve gözlemlene becerilerini de öğretmektedir (Forman, vd., 2007; Eifert, vd., 2009) .

5.3. DİĞER TEDAVİ YÖNTEMLERİ

5.3.1. PSİKOTERAPİLER

Erken dönem psikanalitik literatür, kaygı için bir dizi farklı açıklama içermektedir. Freud'un erken cinsel bastırmaya kadar giden kaygıyı ilk sunumundan ve daha sonra kaygının sinyal teorisini açıklamasından başlayarak, sonraki analistler kaygının psikodinamiklerini daha da geliştirdiler (Nersessian, 2013). “Psikolojik Kuramlarda Kaygı” başlığı altında Freud ve Freud sonrası çeşitli psikanalitik kuramcılarının kaygı hakkındaki görüşlerine detaylıca yer verilmiştir.

Son yirmi yılda, duygusal işleme ve kişilerarası çatışmanın YKB ile ilişkili olduğuna dair artan kanıtlar olmuştur. Araştırmalar, YKB hastalarının endişelerinin ana kaynağı olarak kişilerarası sorunları değerlendirdiğini göstermektedir (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, DePree, 1983). Başka bir çalışmada ise YKB hastaları, birincil bakım verenlere YKB olmayanlara göre önemli ölçüde daha fazla güvensiz bağlanma bildirmişlerdir (Lichtenstein ve Cassidy 1991). YKB hastalarının, YKB olmayanlara kıyasla, erken travma deneyimlerini öncelikle arkadaşları ve aileleriyle ilişkilendirdiğine dair daha fazla kanıt sağlamıştır (Molina, Borkovec, Peasley, Person, 1998). Bu doğrultuda klinik araştırmalar YKB için kişilerarası, psikodinamik temelli psikoterapinin gelişmesini sağlamıştır ve bu geliştirmeler üç ana yöne sapmıştır. İlki YKB için standartlaştırılmış kişilerarası odaklı psikodinamik psikoterapi modelini içermektedir (Crits-Christoph, Gibbons, Crits-Christoph, 2004), ikincisi BDT tedavi protokolü ile standartlaştırılmış kişilerarası-psikodinamik bir modeldir (Newman, Castonguay, Borkovec, Molnar, 2004), üçüncüsü ise duygusal işlemeye dayalı BDT'dir (Moses, Barlow, 2006).

İlk iki model, YKB anlayışlarını öncelikle kişilerarası bir bakış açısına dayandırır ve durumun kökenlerini, bireyin benlik ve diğerlerine ilişkin temel görüşlerinin temeli olarak hizmet eden erken çocukluk bağlanma kalıplarına kadar izlemektedirler (Crits-Christoph, Gibbons, Crits-Christoph, 2004; Newman, Castonguay, Borkovec, Molnar, 2004).

İlk modelin kuramcıları, YKB'nin, benlik ve başkaları hakkında temel istekler, beklentiler, inançlar ve duyguların oluşumuna yol açan, erken dönemde tehdit edici kaygı üreten deneyimlere dayandığını varsaymaktadır. Bu istek alanları güvenlik, güven, istikrar ve sevgi ihtiyacı ile ilişkilidir. Ancak hasta bu ihtiyaçlarla bağlantı kurduğunda süreç reddedilme, terk edilme veya istismar edilme korkularının aktivasyonu ile kesintiye uğramaktadır. Korkular o kadar baskındır ki, çocuk yalnızca kaygının tehdit edici tetikleyicilerinden kaçınmakla kalmaz, aynı zamanda karşılanmayan olumlu ihtiyaçların deneyimini de üzücü olarak ilişkilendirir. Bu dinamik şema, hastanın gelecekteki ilişkileri için de şablon haline gelmektedir (Crits-Christoph, Gibbons, Crits-Christoph, 2004).

İkinci modelde, yazarlar psikodinamik ilke ve uygulamaların bütünleşmesini somutlaştırmak için BDT uygulamalarını kullanırlar. Duygusal ve kişilerarası temelli tehlike kaynakları ve ilişkili öğrenilmiş kaçınma davranışı, işlevsel bir analiz yapılarak belirlenir ve ardından sistematik olarak Sokratik sorgulama, duygusal maruz bırakma, modelleme ve beceri eğitimi stratejileri ile tedavi için hedeflenir (Newman, Castonguay, Borkovec, Molnar, 2004).

Moses ve Barlow (2006), YKB gibi duygusal bozuklukları ele almak için bir BDT modeliyle tutarlı olan daha yapılandırılmış bir yol tanımlamaktadır. Duygusal düzensizliğin sadece işleyişi etkilemekle kalmayıp aynı zamanda psikopatolojiden de sorumlu olduğunu öne sürmekteydiler. Duygusal baskılamanın ve duyguları yönetmenin uyumsuz yollarının sıklıkla olumsuz sonuçlar doğurduğunu gösteren çalışmalara atıfta bulunurlar. Yazarlara göre, bir dizi duygusal bozukluğu tedavi etmek için standart bir duygusal düzenleme yaklaşımı kullanılabilir. Tedavinin üç aşamasını tanımladılar. Birincisi, çarpık bilişsel değerlendirmelerin yeniden yapılandırılması, ardından duygusal düzensizlik temelli davranışların tanımlanması ve tedavisidir. Son aşama, bunların ifade edilmesini ve işlenmesini kolaylaştırmak için maruz bırakma stratejileri ile duygusal kaçınmayı hedeflemeyi içermektedir (Moses, Barlow, 2006).

Aslında, psikodinamik bir bakış açısından, YKB'nin öncelikle yukarıdaki modellerde açıklandığı gibi duygusal düzensizlik kaynaklı bağlanma sorunları temelinde tedavi edilip edilemeyeceğine dair sorular vardır. Alliance of

Psychoanalytic Organizations (Psikanalitik Örgütler Birliği)'a (2006) göre YKB, bozukluğun ciddiyetine bağlı olarak sinyal, ayrılık, ahlaki ve yok etme faktörlerini içeren daha karmaşık bir durumdur. Tamamen BDT'ye ve yukarıda açıklanan kişilerarası stratejilere güvenmek, kaygıyla ilişkili bu temel faktörlerin bazılarını ele almak için yeterli olmayabilmektedir (Rapgay L. , Bystritsky, Dafter, Spearman, 2011).

Özetle, YKB tedavisinde kapsamlı BDT çalışmalarından da anlaşılacağı gibi bir dizi önemli husus vardır. İlk olarak, bilişsel, sözel temelli ve yeniden yapılandırma stratejileri, YKB'nin ana semptomu olan kontrol edilemeyen endişeyi azaltmada sınırlı görünmektedir. İkincisi, belirsizliğe tahammülsüzlük ve kaygı yaşamaktan kaçınma ve kaygıyı sürdüren tehdit edici uyarılardan ayrılma, mevcut tedavi stratejileri ile yeterince tedavi edilmiyor. Son olarak, bağlanma sorunlarıyla ilgili kişilerarası faktörlerin YKB'yi kontrol etmek için kapsamlı herhangi bir tedavide ele alınması önemli görünmektedir (Rapgay L. , Bystritsky, Dafter, Spearman, 2011).

5.3.2. FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Kaygıyı azaltmak için kullanılan ilaçlar genel olarak üçe ayrılabilir bunlar; sedatifler (sakinleştiriciler), minor trankilizanlar (yatıştırıcılar) ve anksiyolitiklerdir. Kaygı bozukluklarının tedavisinde en yaygın olarak kullanılan iki ilaç türü: Benzodiazepinler (örneğin, Valium ve Xanax) ve trisiklik antidepresanlar, serotonin geri alım önleyicileri (SSRI) ve serotonin–norepinefrin geri alım önleyicileri (SNRI) olarak adlandırılan antidepresanlardır. YKB'de antidepresanlar çoğunlukla YKB'nin en sık eştanı aldığı depresif bozuklukları (MDB) da hafiflettiği için tercih edilmektedir (Hoge, Ivkovic, Fricchione, 2012; Ruscio, Hallion, Limm, 2017).

5.4. YKB TEDAVİSİNDE BDT VE FARKINDALIK TEMELLİ TERAPİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Drvaric (2013) tarafından yürütölen bir çalışmada, kısa süreli BDT ve mindfulness (farkındalık) terapileri karşılaştırılmıştır. Kısa müdahalelerin hiçbirinin kronik endişede bir azalma ile ilişkili olmamasına rağmen hem BDT hem de

farkındalığın mevcut stres seviyelerinde önemli bir azalma ile ilişkili olduğunu ve BDT'nin aynı zamanda daha fazla etkinliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Arch ve arkadaşları (2013), tarafından yapılan bir başka çalışmada ise BDT ve uyarlanmış MBSR'nin her ikisinin de temel tanı şiddetini azaltmada etkili ve karmaşık bir örnekte kendi kendine bildirilen anksiyete semptomlarını azaltmada bir miktar etkili olduğu bulunmuştur. BDT'nin endişeli uyarılmayı azaltmada daha etkili olduğu, uyarlanmış MBSR'nin ise endişe ve komorbid bozuklukları azaltmada daha etkili olabileceği düşünülmüştür. MBSR, açıklık, merak ve kabul duruşunu teşvik ederek rahatsız edici içsel deneyimlere doğru ilerlemeyi teşvik ederken, BDT'de olduğu gibi resmi davranışsal maruz kalma prosedürlerini kullanmaz. Ayrıca, BDT anksiyete bozukluğu semptomlarının tedavisine odaklanırken, MBSR daha geniş olarak kişileri şimdiki ana odaklanmak ve düşünceler, duygular ve mevcut deneyimlerle kapsayıcı ilişkilerini değiştirmek gibi faktörlere yönlendirmeye odaklanır (Kabat-zinn, 2003; Segal ve diğerleri, 2002).

SONUÇ

Görüldüğü üzere kaygı konusunda geçmişten günümüze birçok kuram ortaya konmuştur. YKB ve kaygı bozuklukları günümüzde oldukça yeni modern bir kavramlardır. Geçmişte bu kavramların başka bozukluklar adı altında incelenmekte olduğunu görmekteyiz (Crocq, 2022). YKB bir bozukluk olarak tanımlanması ancak DSM-3 (APA, 1980) ile birlikte mümkün olabilmektedir. Tanı kriterleri DSM-4'e (APA, 1994) geçişle birlikte tamamen tanımlayıcı yaklaşıma kaymıştır. DSM-4'ten (APA, 1994) , DSM-5'e (APA, 2013) geçişte tanı kriterleri büyük ölçüde değişmeden kalmıştır (Shorter E. , 2022). Yine de YKB tanısına ilişkin tartışmalar günümüzde devam etmektedir. YKB'yi diğer kaygı bozukluklarından ayıran en önemli şeyin kaygının bir nesne, durum, organ, yere bağlı olarak ortaya çıkamaması daha yaygın bir halde bulunmasıdır (Öztürk, Uluşahin, 2016).

YKB'nin tedavisinde ilaçlar önemli rol oynasa da özellikle ilaç tedavisinin mümkün olamadığı ileri yaş durumlarında ya da ilaç tedavisinin tercih edilmediği durumlarda psikoterapi en önemli tedavi metodunu oluşturmaktadır (Barrowclough, vd., 2001; Öztürk, Uluşahin, 2016). NICE'a (2011) göre YKB'de en etkili terapi yaklaşımlardan biri bilişsel davranışçı terapi (BDT)' dir.

Beck tarafından geliştirilen klasik BDT yaklaşımı duygudurum ve kaygı bozukluklarının tedavisinde kullanılsa da YKB tedavisine özgü bir yaklaşım değildir (Leahy, 2004). Süreç içerisinde YKB'nin etiyojisini ve işleyişini anlamaya, tanımlamaya yönelik çeşitli modeller geliştirilmiştir geliştirilen bu modeller BDT'nin YKB tedavisinde kullanılan protokollerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Borkovec ve meslektaşları (1983) endişeden kaçınma modelini geliştirmiştir. Endişeden çok endişeden kaçınmanın uzun dönem zararlarına dikkat çekmişlerdir. Wells ve meslektaşları (1993), tip I ve tip II olarak isimlendirdikleri endişe türleri belirlemişlerdir. Tip II endişeler endişe duymaktan endişelenmektir. Terapide tip II endişelerin ele alınmasını ana hedef haline getirdiler. Dugas ve Robichaud (1998) tarafından geliştirilen YKB tedavi protokolü "Belirsizliğe tahammülsüzlük modelini" esas almaktadır. Bugün klasik YKB'nin BDT ile tedavisi protokolleri arasında en

çok bilinenlerden birisidir. BDT'nin YKB semptomlarını hafiflettiği birçok çalışmada kanıtlanmıştır (Ragnarsdóttir, 2020).

Üçüncü dalga olarak anılan BDT'lerin ortak özelliği farkındalık kavramını temel almalarıdır. Farkındalık temelli müdahaleler, bireylerin şu ana dikkat ederek, bilinçli ve yargılamadan; alışılmış, otomatik, işlevsiz bilişsel rutinlerden kurtulmalarına izin verecek becerilerin geliştirilmesine dayanmaktadır. Geçmiş veya gelecekteki olaylara sürekli yönelim, depresyon ve kaygı duygularıyla ilişkili olduğu düşünüldüğünde şimdiki zamanın bilinçli bir şekilde farkında olmanın bu kaygı semptomlarını gidermekte etkili olabileceği düşünülmektedir (Kabat-zinn, 2003; Segal ve diğerleri, 2002). Kaygının gelecek zamandaki tehdit ve tehlike ile karşılaşma beklentisinden oluştuğu düşünüldüğünde bilinçli bir şekilde şu ana odaklanmanın ve şu anda kalmanın önemli olduğu sonucuna varılabilir (Barlow D. H., 2000). Literatür incelendiğinde Seneca'nın "Hayatın Kısılalığı Üzerine" adlı kitabında gelecek hakkında endişelenmek yerine şimdiye odaklanmanın öneminden bahsetmektedir (Seneca'dan akt. Crocq, 2022). Sonuç olarak, zihni şu ana yönlendirmek, hastaları daha sağlıklı düşünme kalıplarına ve süreçlerine yönlendirerek farkındalık eğitimini uzun süreli etkili bir tedavi yöntemi haline getirmektedir. Tüm bu deliller farkındalık temelli terapilerin kaygı bozuklukları konusunda etkili olabileceğini göstermektedir.

Drvaric (2013) tarafından yürütülen bir çalışmada, kısa süreli BDT ve mindfulness (farkındalık) terapileri karşılaştırılmıştır. Kısa müdahalelerin hiçbirinin kronik endişede bir azalma ile ilişkili olmamasına rağmen hem BDT hem de farkındalığın mevcut stres seviyelerinde önemli bir azalma ile ilişkili olduğunu ve BDT'nin daha fazla etkinliğe sahip olduğunu göstermektedir. Arch ve arkadaşları (2013), BDT'nin endişeli uyarılmayı azaltmada daha etkili olduğu, uyarlanmış MBSR'nin ise endişe ve komorbid bozuklukları azaltmada daha etkili olabileceğini düşünmüşlerdir.

Farkındalık temelli terapiler, sonuç olarak daha geniş semptom sonuçlarını (anksiyetenin ötesinde) etkileyebilecek iç deneyimle başa çıkmak için daha geniş bir stratejiler kümesini temsil etmektedir (Arch, vd., 2013). YKB için BDT'ye yanıt vermeyen danışanların farkındalık temelli terapilerden faydalanması mümkündür.

Alternatif olarak, farkındalık temelli terapilerden tam olarak yararlanamayan danışanların, BDT'den bazı kısa tedavi / beceri eğitimi ile faydalanmaları düşünülebilir. Ayrıca klinisyenlerce, danışanların öznel ihtiyacına göre ihtiyaç duyulan BDT ve farkındalık tekniklerinden yararlanılabilir. Üçüncü dalga olarak adlandırılan farkındalık temelli terapilerin YKB'de olduğu gibi spesifik bozukluklara özgü tedavilerdeki etkinliklerine dair çok daha fazla sayıda ve geniş örneklem gruplarıyla yapılacak olan çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Afshari, B., & Hasani, J. (2020). Study of dialectical behavior therapy versus cognitive behavior therapy on emotion regulation and mindfulness in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(4), 305-312.
- Afshari, B., Omid, A., & Ahmadvand, A. (2019). Effects of Dialectical Behavior Therapy on Executive Functions, Emotion Regulation, and Mindfulness in Bipolar Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 123–131.
- Alliance of Psychoanalytic Organizations. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual (PDM): Psychodynamic Diagnostic Manual*. Maryland: Silver Springs.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (5 b.). (E. Koroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, D. J., Noyes, R., & Crowe, R. R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American journal of psychiatry*, 141(4), 572–575.
- Andrade, L. H., Alonso, J., & Mneimneh, Z. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological medicine*, 44(6), 1303-1317.

- Andrews, G., Hobbs, M. J., & Borkovec, T. D. (2010). Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder adoptions for DSM-V. *Depress Anxiety*, 27(2), 134-147.
- Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J., & Craske, M. G. (2013). Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 51(4-5), 185-196.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., & Lecrubier, Y. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of clinical psychiatry.*, 62(11), 53-8.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *The American Psychologist*, 55(11), 1247–1263.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2 b.). New York: Guilford press.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A., & Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 756–762.
- Bateson, M., Brilot, B., & Nettle, D. (2011). Anxiety: An Evolutionary Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 707–715.
- Beard, G. M. (1880). A Practical Treatise on Nervous Exhaustion, (Neurasthenia) Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 36(4), 521-526.
- Beard, G. M. (1881). *American nervousness, its causes and consequences: a supplement to nervous exhaustion (neurasthenia)*. Putnam.
- Beekman, A. T., Bremner, M. A., & Deeg, D. J. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry.*, 13(10), 717-726.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord.*, 23(8), 1011-1023.

- Bienvenu , O. J., Nestadt , G., & Eaton, W. W. (1998). Characterizing generalized anxiety: temporal and symptomatic thresholds. *The Journal of nervous and mental disease.*, 186(1), 51-56.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., & Anderson, N. D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Boritz, T., Barnhart, R., Eubanks, C. F., & McMMain, S. (2018). Alliance rupture and resolution in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32, 115–128.
- Borkovec, T. D., & Hu, S. (1999). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69-73.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour research and therapy.*, 28(2), 153-158.
- Borza, L. (2022). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Brugha, T. S., Bebbington, P. E., & Jenkins, R. (1999). A difference that matters: comparisons of structured and semi-structured psychiatric diagnostic interviews in the general population. *Psychological Medicine.*, 29(5), 1013-1020.
- Burton , R. (1621). *The Anatomy of Melancholy*. London: Thomas McLean.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry.*, 67(5), 489-496.
- Cambridge University Press . (2022, 05 10). *Cambridge Dictionary*. <https://dictionary.cambridge.org>:

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-turkish/anxiety>
adresinden alındı

- Campton, A. (1972). A study of the psychoanalytic theory of anxiety. I. The development of Freud's theory of anxiety. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20(1), 3-44.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American journal of psychology*, 39(1/4), 106-124.
- Carter, W. R., Johnson, M. C., & Borkovec, T. D. (1986). Worry: An electrocortical analysis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 8, 193-204.
- Chambless, D. L. (1985). Agoraphobia. M. Hersen, & A. S. Bellack (Dü) içinde, *Handbook of Clinical Behavior Therapy with Adults* (s. 49-50). Boston: Springer.
- Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Clark, D. M. (1986). Cognitive therapy for anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 14(4), 283-294.
- Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27, 341-355.
- Costa, E., Barreto, S. M., Uchoa, E., Firmo, J. O., Lima-Costa, M. F., & Prince, M. (2007). Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambui Health Ageing Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1), 17-27.
- Coste, J., & Granger, B. (2014). Mental disorders in ancient medical writings: Methods of characterization and application to French consultations (16th-18th centuries). *Annales Médico-Psychologiques*, 172(8), 625-633.
- Craske, G. M., Rauch, L. S., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, S. D., & Zinbarg, E. R. (2011). What is an anxiety disorder? *Focus*, 9(3), 369-388.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour research and therapy*, 27(4), 397-402.
- Creighton, A. S., Davison, T. E., & Kissane, D. W. (2016). The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(6), 555-566.

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Crits-Christoph, K. (2004). Supportive-expressive psychodynamic therapy. C. L. R. G. Heimberg içinde, *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: The Guilford Press.
- Crocq, M. A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 107.
- Crocq, M. A. (2022). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 319-325.
- Dalgleish, T., & Power, M. J. (1999). Cognition and emotion: Future directions. *Handbook of cognition and emotion*, 799-805.
- De Beurs, E., Beekman, A., Deeg, D., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (2000). Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Psychological Medicine*, 30(3), 515-527.
- De Sauvages, F. B. (1771). *Nosologie méthodique: dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham, et l'ordre des botanistes*. chez Hérisant.
- Di Nardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories: using the Anxiety Disorders Interview Schedule—Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 251-256.
- Dratva, J., Zysset, A., Schlatter, N., von Wyl, A., Huber, M., & Volken, T. (2020). Swiss university students' risk perception and general anxiety during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7433.
- Drvaric, L. (2013). "Impact of One Session of Mindfulness vs. Cognitive Restructuring Skills on Worry and Associated Symptoms in Generalized Anxiety Disorder". *Doktora Tezi*.
- Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder: So where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 31-40.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, 635-657.
- Dugas, M. J., Francis, K., & Bouchard, S. (2009). Cognitive behavioral therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder: A time series analysis of change in worry and somatic anxiety. *Cognitive Behavior Therapy*, 38(1), 29-41.

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 36(2), 215-226.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., & Robichaud, M. (2007). Can the Components of a Cognitive Model Predict the Severity of Generalized Anxiety Disorder? *Behavior Therapy*, 38(2), 169–178.
- Easterbrook, J. A. (1959). The effects of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychological Review*, 66, 183-201.
- Eckstein, D., & Kaufman, J. A. (2012). The Role of Birth Order in Personality: An Enduring Intellectual Legacy of Alfred Adler. *Journal of individual Psychology*, 68(1), 60-74.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
- Eisner, L., E. D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A. A., & Deckersbach, T. (2017). Dialectical behavior therapy group skills training for bipolar disorder. *Behavior Therapy*, 48, 557–566.
- Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 231-245.
- Etimoloji Türkçe*. (2022, 05 01). <https://www.etimolojiturkce.com>:
<https://www.etimolojiturkce.com/arama/anksiyete> adresinden alındı
- Evans, D., & Zarate, O. (2004). *Evrimsel Psikolojiye Giriş*. (S. Dural, E. Öztöpgülbetekin, D.Ü., & H. Çetinkaya, Çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22(4), 716–721.
- Fisher, P. L. (2007). Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 171-175.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2011). Conceptual models of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41(2), 127-132.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment

- therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, 31(6), 772-799.
- Fracalanza, K. (2010). "The Impact Of Exposure On Generalized Anxiety Disorder-Related Symptoms And Cognitive Processes: The Role Of Stimulus Variation". *Theses and dissertations*, 1357.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry, and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 265-273.
- Freud, A. (1989). *Ego ve savunma mekanizmaları*. (Y. Erim, Çev.) Ankara: Bağlam Yayıncılık.
- Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 159.
- Göka, E., Yüksel, F., & Göral, S. (2006). İnsan ilişkilerinde yansıtımlı özdeşim. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 46-54.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. J. J. Gross içinde, *Handbook of emotion regulation* (s. 3-24). The Guilford Press.
- Harris, R. (2017). *Act'i Kolay Öğrenmek: Kabul ve Kararlılık Terapisi İçin Hızlı Bir Başlangıç*. (K. F. Yavuz, & F. B. Esen, Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Harris, R. (2019). *Özgüven boşluğu: korkudan özgürlüğe*. (Ç. Balkanlı, Çev.) İstanbul, United Kingdom: Diyojen Yayıncılık.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2022). *Kabul ve Kararlılık Terapisi*. İstanbul: Okuyan Us Yayınları.
- Hettema, J. M. (2008). The nosologic relationship between generalized anxiety disorder and major depression. *Depress Anxiety*, 25(4), 300-316.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, 62(2), 182-189.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, L., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36, 427-440.

- Hoge, E. A., Ivkovic, A., & Fricchione, G. L. (2012). Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment. *BMJ*.
- Holt, G., & Bouras, N. (2007). *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Horney, K. (2015). *Nevrozlar ve insan gelişimi: kendisini gerçekleştirme mücadelesi*. İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Hutt, W. (2007). Maslow's hierarchy of needs. *Educational psychology interactive*, 23.
- Jung, C. G. (2016). *İnsan ve Sembolleri*. (H. M. İlgün, Çev.) İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 936-943.
- Kara, M. (2020). Kierkegaard Felsefesiyle Birlikte Ortaya Çıkan Bir Kavram Karmaşası: Endişe mi, Kaygı mı, Anksiyete mi, Korku mu? *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*(16), 279-308.
- Karakaş, S. (2010). *Kognitif Nörobilimler*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karakaş, S. (2022, 05 01). *Prof. Dr. Sirel Karakaş Psikoloji Sözlüğü: Bilgisayar Programı ve Veritabanı*. psikolojisozlugu.com: <https://www.psikolojisozlugu.com/anxiety-kaygi> adresinden alındı
- Keller, C. (2019). *Otto Rank (1884–1939)*. 05 12, 2022 tarihinde Embryo Project Encyclopedia: <https://embryo.asu.edu/pages/otto-rank-1884-1939> adresinden alındı
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Generalized anxiety disorder in women: A population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 267-272.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal bozukluklar yaygınlığı, cinsiyet göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4), 344-351.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Khambaty, M., & Parikh, R. M. (2017). Cultural aspects of anxiety disorders in India. *Dialogues Clin Neurosci.*, 19(2), 117-126.
- Kierkegaard, S. (2018). *Kaygı Kavramı* (12 b.). (T. Armaner, Çev.) İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları.
- Kılıç, C. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları.* , 77-98. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Kılıç, C. (2006). *Özgül fobiler, Anksiyete Bozuklukları.* (R. Tükel, & T. Alkın, Dü) Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Kim, J., & Gorman, J. (2005). The psychobiology of anxiety. *Clinical Neuroscience Research*, 335–347.
- Klein, D. F. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacology*, 5(6), 397-408.
- Kohut, H. (2015). *Kendiliğın Çözümlemesi.* (C. Atbaşoğlu, B. Büyükkal, & C. İşcan, Çev.) İstanbul: Metis Yayınları.
- Krasucki, C., Howard, R., & Mann , A. (1998). The relationship between anxiety disorders and age. *International Journal of Geriatric Psychiatry.*, 13(2), 79-99.
- Ladouceur , R., Dugas, M. J., & Freeston, M. H. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy.*, 30(2), 191-207.
- Lawrence, A. E., Liverant, G. I., Rosellini, A. J., & Brown, T. A. (2009). Generalized anxiety disorder within the course of major depressive disorder: examining the utility of the DSM-IV hierarchy rule. *Depression and anxiety.*, 26(10), 909-916.
- Leahy, R. L. (2004). Cognitive behavioral therapy. C. L. R. G. Heimberg içinde, *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice.* New York: The Guilford Press.

- LeDoux, J. (2006). *Duygusal Beyin: duyguların gizemli dünyası*. (A. Uysal, Çev.) İstanbul: Pegasus Yayınları.
- Lichtenstein, J., & Cassidy, J. (1991). *The inventory of adult attachment: Validation of a new measure*. Seattle: Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lucretius. (2001). *On the Nature of Things*. (W. E. Leonard, Çev.) Hackett Publishing.
- Mackintosh, M. A., Gatz, M., Wetherell, J. L., & Pedersen, N. L. (2006). A twin study of lifetime generalized anxiety disorder (GAD) in older adults: genetic and environmental influences shared by neuroticism and GAD. *Twin research and human genetics.*, 9(1), 30-37.
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131-141.
- Marks, I., & Nesse, R. (1994). Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and Sociobiology*, 15(5-6), 247-261.
- Maron, E., & Nutt, D. (2017). Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues Clin Neurosci.*, 19(2), 147-158.
- Mathew, S. J., & Ho, S. (2006). Etiology and neurobiology of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 67(12), 9-13.
- Mccarthy, J. B. (1985). Resistance and primitive anxiety. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 13(2), 181-189.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior therapy.*, 38(3), 284-302.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2004). Clinical presentation and diagnostic features. D. S. Mennin, R. G. Heimberg, & C. L. Turk içinde, *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: The Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., & Ritter, M. R. (2008). Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depression and Anxiety*, 25(4), 289-299.

- Merriam-Webster*. (2022, 05 02). Merriam-Webster: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/angst> adresinden alındı
- Merriam-Webster*. (2022, 05 20). <https://www.merriam-webster.com/dictionary/vapor#medicalDictionary> adresinden alındı
- Milfayetty , S., Fadli , P. R., Zola, N., Amalianita , B., Putri, Y. E., & Ardi, Z. (2020). The Effectiveness of Multidimensional Counseling in the Intervention of Student Anxiety. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 19(3), 131-135.
- Molina, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., & Person, D. (1998). Content analysis of worrisome streams of consciousness in anxious and dysphoric participants. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 109-123.
- Montagne , J. J., & Chaptal , C. (1750). *Consultation “ Sur des vapeurs ”. Consultations choisies de plusieurs médecins célèbres de l'université de Montpellier sur des maladies aiguës et chroniques*. Paris: Durant & Pissot fils.
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 146-150.
- Mumford, R. (1961). Traditional psychiatry, Freud, and HS Sullivan. *Comprehensive Psychiatry*, 2(1), 1-10.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults: Management*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Nersessian, E. (2013). Psychoanalytic theory of anxiety: proposals for reconsideration. S. Arbiser, & J. Schneider içinde, *On Freud's "Inhibitions, Symptoms and Anxiety"* (s. 13). Oxfordshire: Routledge.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., & Molnar, C. (2004). Integrative therapy for generalized anxiety disorder. C. L. R. G. Heimberg içinde, *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (s. 320-350). New York: Guilford Press.
- Obaid, F. (2014). The incidence of Freudian self-analysis in the construction of the psychoanalytic theory of anxiety. *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(1), 15-41.
- Obaid, F. P. (2012). Sigmund Freud and Otto Rank: debates and confrontations about anxiety and birth. *International Journal of Psychoanalysis*, 93(3), 693-715.
- Online Etymology Dictionary*. (2022, 05 02). etymonline: <https://www.etymonline.com/search?q=angst> adresinden alındı

- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 223-230.
- Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience, 4*, 413-421.
- Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Öztürk, O. (2015). DSM-5 Köroğlu yanıtı üzerine yanıt. *Türk Psikiyatri Dergisi, 29*(0).
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (14 b.). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Parmentier, H., Garcia-Campayo, J., & Prieto, R. (2013). Comprehensive review of generalized anxiety disorder in primary care in Europe. *Curr Med Res Opin., 29*(4), 355-367.
- Ragnarsdóttir, S. (2020). Cognitive behavioral group therapy for general anxiety disorder: effectiveness study at the Icelandic Center for Treatment of Anxiety Disorders. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*.
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2020). *İnsan Davranışlarının ABC'si* (3 b.). (K. F. Yavuz, & H. T. Karatepe, Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Rank, O. (2017). *Doğum travması*. (S. Tura, Dü., & S. Yücesoy, Çev.) İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Rapgay, L., & Bystritsky, A. (2008). *Introduction to classical mindfulness: Its clinical application*. New York: New York Academy of Sciences Special Issue on Mind Body Medicine and Optimal Health.
- Rapgay, L., Bystritsky, A., Dafter, R. E., & Spearman, M. (2011). New Strategies for Combining Mindfulness with Integrative Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 29*(2), 92-119.
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Sofer, A., Pino, M., Ader, L., & Fresco, D. M. (2018). A pilot study of emotion regulation therapy for generalized anxiety and depression: Findings from a diverse sample of young adults. *Behavior Therapy, 49*(3), 403-418.
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., & Sareen, J. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in US older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry, 14*(1), 74-81.
- Rezaki, M. S., Özgen, G., Kaplan, I., Gürsoy, B. M., Sağduyu, A., & Öztürk, O. M. (1995). Results from the Ankara centre. . *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: John Willey & Sons, 39-56.

- Rickels, K., & Rynn, M. A. (2001). What is generalized anxiety disorder? *J Clin Psychiatry*, 13-14.
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2018). *Yaygın kaygı bozukluğu çalışma kitabı* (1 b.). (A. İtil, E. Bayraktar, & Z. Özmeşdan, Çev.) İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Roemer, L. (2008). Anxiety disorder : Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1083-1089.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive- behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice.*, 9(1), 54-68.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40(2), 142-154.
- Rogers, C. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework* (Cilt 3). New York: McGraw-Hill.
- Roy-Byrne , P. P., Davidson, K. W., & Kessler, R. C. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.*, 30(3), 208-225.
- Ruscio , A. M., & Borkovec, T. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy.*, 42(12), 1469-1482.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., & Limm, C. C. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA psychiatry.*, 74(5), 465-475.
- Ruscio, A. M., Lane, M., & Roy-Byrne, P. (2005). Should excessive worry be required for a diagnosis of generalized anxiety disorder? Results from the US National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine.*, 35(12), 1761-1772.
- Rynn, M., & Brawman-Mintzer, O. (2004). Generalized anxiety disorder: acute and chronic treatment. *CNS Spectrums*, 9(10), 716-723.
- Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III—R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Sayar, K. (2020). *Kaygı Çağı-Salgın Zamanında Ruh Sağlığı*. İstanbul: Kapı Yayınları.

- Scott, K. M., Lim, C., & Al-Hamzawi, A. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: world mental health surveys from 17 countries. *JAMA psychiatry.*, 73(2), 150-158.
- Segal, Z., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to prevention relapse*. New York: Guilford Press.
- Seneca. (2017). *Bilgenin Sarsılmazlığı üzerine, inziva üzerine (2 b.)*. (C. Çevik, Çev.) İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Shimada-Sugimoto, M., Otowa, T., & Hettema, J. M. (2015). Genetics of anxiety disorders: Genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(7), 388-401.
- Shorter, E. (2015). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Shorter, E. (2022). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 59-67.
- Sibrava, N. J., & Borkovec, T. D. (2006). *The cognitive avoidance theory of worry*. (G. L. Davey, & A. Wells, Dü) Hoboken: Wiley and Sons.
- Skinner, B. F. (1988). *The selection of behavior: The operant behaviorism of BF Skinner: Comments and consequences*. CUP Archive.
- Spielberger, C. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist*, 2(4), 6-16.
- Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci.*, 19(2), 127-136.
- Stevenson, A. (Dü.). (2010). *Oxford dictionary of English*. ABD: Oxford University Press.
- Sylvers, P., Lilienfeld, S. O., & LaPrairie, L. J. (2011). Differences between trait fear and trait anxiety: Implications for psychopathology. *Clinical psychology review*, 31(1), 122-137.
- Şahin, M. (2017). Davranışın Biyolojik Temelleri. H. Coşkun, & N. Ş. Özbacı içinde, *Psikolojiye Giriş* (s. 37-88). İstanbul: Lisans Yayıncılık.
- Şahin, M. (2019). Korku, Kaygı, Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Şuer, T. (2005). Posttravmatik stres bozukluğu. *Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47, 205-210.

- TDK. (2022, Mayıs 1). TDK Güncel Türkçe Sözlük: <https://sozluk.gov.tr> adresinden alındı
- Toneatto, T., & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 260-266.
- Topçu, M. (2016). Ayrılma ve Bireyleşme: Nesne İlişkileri Üzerine Terapötik Uygulama. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(2), 17-28.
- Trollor, J. N., Anderson, T. M., Sachdev, P. S., Brodaty, H., & Andrews, G. (2007). Prevalence of mental disorders in the elderly: the Australian National Mental Health and Well-Being Survey. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 455-466.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, L. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89-106.
- Tükel, R., & Alkın, T. (2000). *Anksiyete bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Türkçapar, H. (2018). *Bilişsel davranışçı terapi temel ilkeler ve uygulama*. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Van Dijk, S. (2013). *DBT made simple: A step-by-step guide to dialectical behavior therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical psychology review*, 29(1), 57-67.
- Vrana, S. R., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (1986). Fear imagery and text processing. *Psychophysiology*, 23, 247-253.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior modification*, 23(4), 526-555.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A., & Carter, K. (2014). *Generalized anxiety disorder: The handbook of adult clinical psychology*. Abingdon: Routledge.
- Wells, A., & King, P. (2005). Metacognitive therapy for GAD: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206–212.
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*.

- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal of clinical psychiatry*, *63*, 7712.
- Yalom, I. D. (2007). *Anksiyete Terapisi*. Prestij Yayınları.
- Zitrin, C. M., Klein, D. F., & Woerner, M. G. (1978). Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. *Archives of general psychiatry*, *35*(3), 307-316.