



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE SAVUNMA
MEKANİZMALARI VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI**

ÖMER YURTSEVER

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi BİRİM SUNGU TALU

İstanbul, 2018

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE SAVUNMA
MEKANİZMALARI VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI**

**ÖMER YURTSEVER
134102104**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi BİRİM SUNGU TALU

İstanbul – 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102104
Öğrenci Adı Soyadı	: Ömer Yurtsever
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Birim Sungu Talu
Tezin Başlığı	: Anksiyete Bozukluğu olan Bireylerde Savunma Mekanizmaları ve Cinsel İşlev Bozuklukları

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 19.07.2018	Saati	: 09:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDEDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Birim Sungu Talu	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Başak AYIK	
Üye	Doç. Dr. Korkut ULUCAN	

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “*Anksiyete Bozukluğu olan Bireylerde Savunma Mekanizmaları ve Cinsel İşlev Bozuklukları*” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih .../.../.....

Teşekkür

Bu araştırma, Anksiyete Bozukluğuna sahip bireylerin ego savunma mekanizmaları ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmada bana destek olan, değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Birim Sungu Talu'ya, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerini paylaşan tüm hocalarıma, ve bu çalışma sürecinde ve hayatımın her alanında desteğini yanımda hissettiğim sevgili eşime teşekkürü borç bilirim.



ÖZET

GENEL BİLGİ

Adı Soyadı : Ömer Yurtsever

Ana Bilim Dalı : Psikoloji

Program : Klinik Psikoloji

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Birim Sungu Talu

Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2018

ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE SAVUNMA MEKANİZMALARI VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Bu araştırma, anksiyete bozukluğu, ego savunma mekanizmaları ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemeye ve böyle bir ilişkinin varlığı durumunda anksiyete bozukluğu olan hastaların ne tür ego savunma mekanizmaları kullandığını ve hangi tip cinsel işlev bozukluklarına sahip olduğunu anlamaya yönelik yapılan nicel bir çalışmadır.

Araştırma, bir yetişkin psikiyatri kliniğine başvuran anksiyete bozukluğu tanısı konmuş ve henüz ilaç kullanmaya başlamamış 18 yaş üzeri gönüllü erkek ve kadın hastalardan seçilen 100 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada veri toplamak için katılımcılara sosyodemografik bilgi formu, Beck anksiyete ölçeği (BECK-A), Savunma Biçimleri Testi (SBT) ve Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeği (ACYÖ) uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analizi Sosyal Bilimler için İstatistik Programından (SPSS) faydalanılarak sağlanmıştır.

Çalışmanın sonucunda elde edilen verilere göre anksiyete bozukluğu yaşayan hastalar, cinsel işlev bozukluğuna paralel olarak yoğun savunma mekanizmaları geliştirirler, bu durum da cinsel işlev bozukluğunu tetikleyerek bir döngüye neden olur. Bu araştırmanın verilerine göre; bu tür hastalarda, öncelikle anksiyete bozukluğunun arka planı araştırılmalı, sonra savunma mekanizmaları güçlendirilmeli, son olarak da cinsel bozuklukların tedavisine ağırlık verilmeli sonucu ortaya çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: anksiyete, anksiyete bozukluğu, savunma mekanizmaları,
cinsel işlev bozuklukları



ABSTRACT

GENERAL INFORMATION

Name, Surname : Ömer Yurtsever

Department : Psychology

Program : Clinical Psychology

Advisor : Asst. Prof. Birim Sungu Talu

Dissertation Type and Date : Post Graduate, 2017

DEFENSE MECHANISMS AND SEXUAL DYSFUNCTIONS IN INDIVIDUALS WITH ANXIETY DISORDER

This research is a quantitative study that aims to analyze the relationship between anxiety disorder, defense mechanisms of the ego and sexual dysfunctions and that intends to understand what kind of defense mechanisms patients with anxiety disorder use and what kind of sexual dysfunctions they have in case of the existence of such a relationship.

The study is conducted with 100 patients, selected from an adult psychiatry clinic, who have been diagnosed with anxiety disorder but have not used any medication yet. The participants were randomly selected among voluntary men and women aged 18 and older.

In this study, the following questionnaires and scales are carried out in order to gather information:

- Sociodemographic information form
- Beck Anxiety Scale (BECK-A)
- Defense Style Questionnaire (DSQ)
- Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX)

The analysis of the data gathered from the study is provided using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

According to the data gathered from the study, patients with anxiety disorder develop intense defense mechanisms in parallel with sexual dysfunctions and this causes a vicious circle by triggering sexual dysfunctions. According to the data of this research it is concluded that the following should be performed with such patients:

- First of all, the background of the anxiety disorder should be studied.
- Secondly, the defense mechanisms should be fortified.
- Lastly, the treatment of sexual dysfunctions should be concentrated on.

Keywords: anxiety, anxiety disorder, defense mechanisms, sexual dysfunctions



İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1. ARAŞTIRMANIN AMACI	1
1.1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
1.1.2. PROBLEM DURUMU	2
1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	3
1.3. VARSAYIMLAR	3
1.4. KAPSAM VE SINIRLILIKLAR	3

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	5
2.1.1. ANKSİYETENİN TANIMI	6
2.1.2. ANKSİYETE TEORİLERİ	7
2.1.3. ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ TÜRLERİ	11
2.1.3.1. DSM'YE GÖRE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	11
2.1.3.2. ICD'YE GÖRE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	14
2.2. SAVUNMA MEKANİZMALARİ	15
2.2.1. SAVUNMA MEKANİZMASI KAVRAMI	15
2.2.2. SAVUNMA MEKANİZMASI TEORİLERİ	16
2.2.3. SAVUNMA MEKANİZMALARININ TÜRLERİ	18
2.2.4. SAVUNMA MEKANİZMALARİ DENETİMİ	20
2.3. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI	21
2.3.1. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU TANIMI	21
2.3.2. TANI ÖLÇÜTLERİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER	22
2.3.3. DSM 5 SINIFLANDIRMASI	24

2.3.4. ICD 10 SINIFLANDIRMASI	26
2.4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI, SAVUNMA MEKANİZMALARI VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI	28
2.4.1. ORGANİK CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI: TIBBİ DURUM, UYUŞTURUCU VE YAŞA BAĞLI CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI.....	29
2.4.2. PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARA BAĞLI OLARAK CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI VE SAVUNMA MEKANİZMALARI	31

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	37
3.2. ÇALIŞMA GRUBU	38
3.3. VERİ TOPLAMA	38
3.3.1. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	38
3.3.2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	38
3.3.3. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ.....	39
3.3.4. SBT SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ	39
3.4. VERİLERİN ANALİZİ	40
3.4.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN İSTATİKSEL TEKNİKLER.....	40
3.4.2. ÖLÇEKLERİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ.....	41
3.4.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	41

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK BULGULAR	42
4.2. ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE AİT BULGULAR.....	44
4.3. ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN SAVUNMA MEKANİZMLARI VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINA AİT BULGULAR ...	47
4.4. HİPOTEZİN SORGUSU	66
4.5. ÜÇ KAVRAMSAL YAPI VE ALT BOYUTLARINA İLİŞKİN KORELASYON ANALİZİ	69
4.6. TARTIŞMA	73

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	79

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 - DSM II-R ve ICD-10'a göre anksiyete bozukluklarının karşılaştırılması (Özakkaş, 2014: 3)

Tablo 2 - Vaillant'ın savunma mekanizmaları sınıflandırması (Cramer, 2006: 17)

Tablo 3 - DSM-4'te yer alan, cinsel işlev bozukluklarıyla ilgili tanı ölçütleri.

Tablo 4 - DSM-4 ve DSM-5'te yer alan cinsel işlev bozukluklarının farkları (İshak & Tobia, 2013: 1).

Tablo 5 - Cinsel işlev bozukluklarının ICD-10 sınıflandırması.

Tablo 6 – Güvenilirlik İstatistikleri Sonuçları.

Tablo 7 – Demografik Bulgular.

Tablo 8 – Anksiyete bozukluğu olan bireylere ait bulgular.

Tablo 9 – Anksiyete bozukluğu olan kadınların savunma mekanizmaları ve cinsel işlev bozukluklarına ait bulgular.

Tablo 10 - Tablo 9 – Anksiyete bozukluğu olan erkeklerin savunma mekanizmaları ve cinsel işlev bozukluklarına ait bulgular.

Tablo 11 – Savunma Biçimleri Testi.

Tablo 12 - “İlaçlara duyarlı olmayan anksiyete bozukluğu hastalarında yaygın cinsel işlev bozukluğu vardır.” hipotezi sorgusu.

Tablo 13 - “Anksiyete bozukluğunda görülen cinsel işlev bozukluğu, hemen hemen tüm cinsel işlev alanlarını kapsar.” hipotezi sorgusu.

Tablo 14 - “Anksiyete bozukluğu hastaları, baskı altına alınmamış bireylere göre daha fazla cinsel işlev bozukluğu gösterir.” hipotezi sorgusu.

Tablo 15 - “Anksiyete bozukluğu, savunma mekanizmalarının yoğunlaşmasına yol açar; bu durum da cinsel işlev bozukluğunu tetikler.” hipotezi sorgusu.

Tablo 16 - Anksiyete bozukluğu semptomları; dürtüler, ifade edilen hisler ve duygular (D), cinsel işlev bozukluğu (CİB) ve savunma mekanizmaları (D) arasında dinamik bir etkileşimi gösterir.” hipotezi sorgusu.

Tablo 17 – Model Özeti Tablosu.

Tablo 18 – Anova Tablosu.

Tablo 19 - Savunma biçimleri alt ölçeklerinden nevrotik savunma biçimi, Beck-A ve cinsel yaşantı alt ölçeklerinden ACYÖ-Erkek arasındaki ilişki.

Tablo 20 - Savunma biçimleri alt ölçeği olgun olmayan savunma biçimi, Beck-A ve cinsel yaşantı alt ölçeği ACYÖ-Kadın arasındaki ilişki.

Tablo 21 – T-Testi ve Korelasyon Analizi.



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 - İçgörü üçgeni (Bianchi-Demicheli and Zutter, 2005: 61).

Şekil 2 – Anksiyete bozukluğunun; savunma mekanizmaları, cinsel işlev bozuklukları ve duygu ile dürtülerle ilişkisine yönelik model.



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Teknolojideki kaydedilen gelişmeler, bir yandan toplumların yaşamlarına kolaylıklar sağlamaktaysa da; diğer yandan bireyler, her getirinin bir bedeli olduğu doğa kuralı gereğince, giderek artan boyutlardaki stres, anksiyete, korku, yalnızlık gibi psikolojik yansımalarıyla karşı karşıya gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, dünyada 350 milyon kişi (dünya nüfusunun %5'i) depresyon geçirmektedir. Yaklaşık olarak, toplumda her altı kişiden biri, yaşamının bir döneminde depresyon geçirmektedir (NPİstanbul).

Tıbben açıklanamayan belirtiler (Fonksiyonel Somatik Sendromlar), sağlığa etki eden, ancak tıpla ilgili uygun yaklaşıma rağmen açıklık getirilemeyen fiziksel belirtilerin ortak adıdır ve genel nüfus dağılımında, tıpla ilgili merkezlerde oldukça sık görülürler. Uzmanlar da bu belirtileri fizyopatolojik bulguların gözlenmediği "zor hastalar" olarak nitelendirir ve teşhis edilebilen hastalıklardan daha az dikkate alırlar (Ralph and Charles, 2004). Bu tür belirtilere sahip olan hastalar, uzmanlarda düş kırıklığı yaratır. Bu belirtilere sahip hastaların sağlık hizmetleri kullanımı oldukça yüksektir ve aldıkları bakımdan hoşnut kalmazlar. Bu hasta grubunda, depresyon ve anksiyete öncelikli olmak üzere, diğer psikiyatrik belirtiler eşlik etmektedir. Bu belirtiler; kişilik patolojisi, çocukluk çağı zorlukları, erişkin çağı travması ve çocuklukta yaşanmış açıklık getirilememiş tıbbi belirtilerle de ilişkilidir. Dünya çapında ve farklı kültür grupları arasında, tıbben açıklanamayan bedensel belirtiler, toplumsal sorunların ve ruhsal sıkıntının en yaygın bireysel ifadeleridir (Kandemir ve Ak, 2013: 480).

Harvard Tıp Fakültesi'nde psikiyatri profesörü, Brigham and Women's Hastanesi'nde psikiyatrik araştırma direktörü ve Worried Sick (Kaygılı Hasta, 1988) adlı kitabın yazarı olan Arthur J. Barsky; kitabında, tıp alanındaki devasa gelişmelere rağmen, toplumun daha önce hiç bu denli "yoğun bir tıbbi bakım gereksinimi" hissetmediğini ifade etmektedir. Toplumunu etkisi altına alan genel kriz, sağlık arayışının, özellikle de duygusal sağlık arayışının, kayda değer endüstriyel boyutlara ulaştığını vurgulamaktadır. Barsky, hastalıktan kurtulup, güç ve gelişme sağlamak için, algı ve

deneyimleri dengeleme olanağı hakkında fikirlerle kitabını sonuçlandırır. (Barsky, 1988).

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak, ülkemizde de hızlı sosyal ve ekonomik değişimler ortaya çıkmakta; bu değişimlerle bağlantılı olarak, sağlık sorunlarının boyutları da ivme kazanmaktadır. Günümüzde toplum sağlığı, bir taraftan kalp hastalıkları, kanser, bulaşıcı hastalık gibi fiziksel hastalıklar; diğer yandan ruhsal bozukluklardan büyük ölçüde etkilenmektedir. Toplumun ruh sağlığı seviyesini artırmak için, öncelikle koruyucu/önleyici hizmetlerin etkin işletimi; bunun için de öncelikli olarak risk altındaki hedef grupların, ruhsal bozuklukları doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen etkenlerin epidemiyolojik çalışmalarla saptanması gerekmektedir. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular çizgisinde, ülke genelinde koruyucu ruh sağlığı tasarımlarının hazırlanıp, uygulanması yapılabilecektir (Erol, vd., 1998).

1.1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bireyin eylemlerini olumsuz yönde etkileyen korku ve kaygılar, onun öz varlığını korumak ve/veya benliğinde sığınmak için bir alan yaratma girişimlerine neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bireyin korku ve kaygılara karşı geliştirdiği savunma sisteminin, cinsel işlev bozukluklarıyla (CİB) ilişkisini incelemek; biyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkenlerin merkezinde yer alan bireyin sağlığı konusunda; farklı disiplinler aracılığı ile yürütülebilecek tedavi çalışmalarına ışık tutmaktır.

1.1.2. PROBLEM DURUMU

Freud'un ego psikolojisine göre, alt benliğin cinsel hazza yönelik isteği, bazı bireylerde ego tarafından uyarı işaretleri olarak algılanır. Bu durum da, egonun etkilenmesine ve kişinin kaygı duymasına yol açar. Birey, bu kaygılı duruma düşmektense, cinsel engelleme yoluyla bu kaygıdan uzaklaşma çabasına girer; yani cinsel engellemeler kaygıdan uzaklaşmak için bir savunma mekanizması haline dönüşür (Çeri ve diğ. 2008: 72). NP İstanbul Hastanesi'ndeki hastalarla yapılan bu çalışma, anksiyete, savunma mekanizması ve cinsel işlev bozukluğu üçlemesinin hastalar üzerindeki sıralaması ve etki derecesi araştırmanın problemini oluşturmaktadır.

1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Anksiyete bozukluğu, bireyin sosyal yaşamında çeşitli güçlüklerle karşılaşmasına yol açmaktadır. Bireyin karşılaştığı bu sorunlar, savunma mekanizmalarının devreye girmesinin önünü açar. Anksiyete bozukluğu gibi DSM 5 sınıflandırmasındaki anormal davranışlar arasında yer alan cinsel işlev bozukluğu, hem doğrudan etkisiyle bireyin yaşamında önemli boyutta tatminsizliğe, hem de çeşitli ruhsal rahatsızlıklara neden olur.

Günümüzdeki sağlık sistemlerinin esas amaçlarından biri; sağlık harcamalarında denetimi sağlayabilmektir. Bunu noktadan hareket eden gelişmiş sağlık sistemleri, sürekli iyileştirmeler yaparak, sağlık hizmet kaynaklarının verimli kullanımına çalışmaktadırlar. Gereksiz sağlık hizmetleri, sağlık için yapılan harcamalarda önemli bir yere sahiptir. Özellikle anksiyete, sağlık hizmetlerini kullanmada önemli bir yer tutmakta, kişisel özelliklerden biri olarak ele alınmakta ve toplumda yaygın olarak görülmekte olduğu dikkate alındığında; gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önemli nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Uğrak, vd., 2016: 404).

Bu araştırma, anksiyete bozukluğu ve cinsel işlev bozukluğu gibi iki anomali ile geliştirilen savunma mekanizmalarının bireylerdeki etkisini saptama ve kalıcı çözüm üretmek için yapılacak araştırmalara alan yaratma bağlamında önem kazanmaktadır.

1.3. VARSAYIMLAR

Araştırmanın varsayımları şu başlıklar altında toplanabilir:

- Anksiyete bozukluğu ve cinsel işlev bozukluğu arasında doğru orantı vardır.
- Cinsel belirti, genellikle savunma işlevine de sahip olduğu için, savunma mekanizması olarak da ele alınabilir.
- Cinsel işlev bozukluğunun belirtisi; dürtüler, ifade edilen duygular, anksiyete ve savunma mekanizmaları arasındaki dinamik bir etkileşimin sonucudur

1.4. KAPSAM VE SINIRLILIKLAR

Araştırma, Nİstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde anksiyete bozukluğu tanısı almış 100 hasta ile sınırlıdır. Katılımcılarda cinsiyet sınırlandırılmasına gidilmemiştir.

Ölçeklerin henüz ilaç kullanmaya başlamamış hastalar üzerine uygulanması, sonuç üzerinde etkili olabilir.

Araştırmada ele alınan psikolojik değişkenler, uygulanan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlik boyutlarıyla sınırlıdır.

Sosyal bilimler alanında yapılan çalışmaların tamamen deneyselliğe yerleştirilememesinden doğan sınırlılıklar, bu çalışma için de geçerlidir.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete bozukluğu; kişinin işlevselliğinde olumsuz bir etkiye yol açan; huzursuzluk, endişe ve korku duyguları olarak tanımlanan yaygın bir zihinsel hastalıktır (American Psychiatric Association, 2013).

Anksiyete bozuklukları, tüm dünyada en yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Genellikle dünyadaki insanların 1/5'ini etkilediği ifade edilir (American Psychiatric Association, 2013). Epidemiyolojik araştırmalar, normal topluluklarda, psikiyatrik tedaviye başvuranlara göre anksiyete bozukluklarının yoğun olmasını, bir "buzdağı etkisi" olarak açıklamakta ve psikiyatrların yalnızca buzdağının görünen kısmındaki anksiyete bozukluklarını teşhis edebildiklerini ifade etmektedirler (Sürmeli, 1997; akt. Ünsal, 2007: 4).

Anksiyete bozuklukları ile depresyon, belirtileri açısından belirgin benzerliğe sahiptirler. Ayrıca bu iki rahatsızlık, çoğunlukla bir arada izlenir. Bu iki temel psikiyatrik rahatsızlık arasındaki ilişkiler; benzerlikler ve farklılıklarla bağlantılı olarak teşhis ve ayrımcı teşhis sorunları, diğeri ise bu iki farklı tanı grubunun teşhisle ilgili birlikteliği olarak iki boyutta ele alınabilmektedir (Türkçapar, 2004: 12).

Şahin ve arkadaşlarının anksiyete bozukluğunu, kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından irdelediği çalışmanın sonuçları; anksiyete bozukluğu yaşayan bireylere yönelik tedavilerde, sadece belirtileri azaltıcı girişimlerin yetersiz olabileceğini göstermektedir. Bu hastalara uygulanacak tedavilere; bireylerarası ilişkileri iyileştirme ve doyum sağlayıcı iletişim becerileri, öfke yönetimi ve gevşeme tekniklerine yönelik eğitim programlarının eklenmesinin yararlı olabileceği ifade edilmektedir (Şahin, vd., 2011: 107).

2.1.1. ANKSİYETENİN TANIMI

Sigmund Freud, anksiyete kavramını, “çok farklı ve önemli sorunların belirebileceği bir düğüm noktası, çözümü, tüm zihinsel varlığımıza akıtılacak bir ışık seline bağlı bir bulmacadır” şeklinde tanımlamıştır (Austin, 2011: 41). Latince, angere, anx- “sıkmak, daraltmak, boğmak” ediminden türetilmiş olan anksiyete sözcüğü, Fransızca’da (anxiété) “sıkıntı, endişe, nedensiz korku” anlamında kullanılmaktadır (EtimolojiTürkçe).

Anksiyete, korku ile benzeşim göstermekle beraber, korkuyu ortaya çıkaran uyarıcı, anksiyeteyi belirgin kılan uyarıcı, korkuda olduğu kadar net değildir. Anksiyete de, korku gibi, güvenliğe tehdit oluşturan ya da olası bir tehlike karşısında gösterilen bir tepkidir (Keçe, 2007). Ancak anksiyetede gösterilen tepki; belirsiz, içten gelen, kaynağı tartışmalı olmalıdır. Korku ile anksiyete arasındaki farkı, bireyin kendisinin belirlediği ifade edilir. Her iki duygu durum bozukluğu arasındaki bir diğer fark da; anksiyetenin daha çok süregelen (kronik), korkunun ise iveden (akut) bir durum olmasıdır (Arkonaç, 1999). Korkunun aşırı ve anlamsız olması ise, fobi olarak adlandırılmaktadır.

Anksiyete, psikiyatrik açıdan; bedensel belirtilerin de eşlik ettiği, alışılmışı aykırı, nedeni belirlenemeyen bir tedirgin olma, korku durumu olarak tanımlanabilir. Hastalar; sıkıntı, kaygı, bunaltı, endişe olarak yorumlanan bu durumu, "kötü bir şey olacaktıymış duygusu", "hoşnutsuzluk verici bir endişe hali" ya da "nedeni olmayan bir korku" olarak ifade edebilirler. Birey tedirgin ve kötü bir şey olacağı beklentisiyle endişelidir, ancak bu duruma açıklık getirecek objektif bir tehdit kaynağı ya da tehlike gösterememektedir (Küçük, 2016). Oldukça sık görülen bir duygu olan anksiyetenin, her zaman bir hastalık belirtisi olarak düşünülmemesi gerektiği ifade edilir. Okula başlanılan ilk günde, özel bir kişi ile yaşanan ilk randevuda ya da yeni ve değişik bir etkinliğin başlama evresinde bir miktar anksiyete duyulmasının normal olduğu belirtilir (Tural, 2009: 2).

Fizyolojik anksiyete, vücut yapısını uyarıcı (bireyin acı, düş kırıklığı, ayrılık, cezalandırılma, yaralanma gibi durumlara karşı kendisini hazırlaması), koruyucu (tedbir alması ve olumsuzluklar yaşanırca daha kolay üstesinden gelmesi) ve güdüleyici (başarısızlık endişesiyle daha fazla çalışmaya yöneltmesi) özelliklere sahiptir. Esas olarak uyarıcının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin patolojik (hastalıkla ilgili) duruma gelmesi;

- uyumlu (beklenen düzey) değilse;
- zaman içinde azalmayıp, değişmiyor/şiddetleniyorsa;
- klinik tabloda ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtileri yer alıyorsa;
- birey anksiyeteye katlanamıyor/ıstırap halinde ise ve işlevselliği zarar görüyorsa;
- birey kendisinde anksiyetesinin hastalık belirtisi olduğunu fark edip azaltmaya çalışıyorsa, söz konusu olabilir (Tural, 2009: 2). Bir diğer deyişle, anksiyete, ortada tehlike oluşturacak bir durum bulunmadığında ortaya çıkıyorsa, uzun bir dönemi kapsıyor ve son verilemiyorsa, patolojik anksiyeteden bahsedilir (Uzday, 2002).

2.1.2. ANKSIYETE TEORİLERİ

Oxford Companion of the Mind, “Anksiyete duygusu; sıkıntılı olduğu ve kaynaklarının sınırsız olduğu özelliklerini gösterir” ifadesiyle anksiyete konusuna giriş yapar (Davis, 2006) ve genel kabul görür. Çeşitli anksiyete teorileri arasında büyük oranda örtüşme olmasına rağmen, bir dereceye kadar sınıflandırılabilirler. Genel olarak, psikanalitik, davranışçı öğrenme, fizyolojik, fenomenolojik/varoluşçu, bilişsel, ve belirsizlik ile ilgili olanlar olmak üzere sınıflandırılmaktadır (Strongman, 1995: 4-10).

- Psikanalitik Teoriler: Anksiyetenin psikanalitik teorileri, Freud ile başlamıştır ve onun zamanından beri fazla gelişmemiştir. Bununla birlikte, özellikle uygulamalı klinik ortamlarda etkili olmaya devam etmektedirler. Freud'un iki anksiyete teorisi (1917, 1926) vardı; her ikisini de anksiyeteyi günlük bir fenomen olarak ve nevrozları açıklama biçimi olarak ele aldı. Gündelik kaygı, gerçek oluşumları ifade eden gerçekçi bir endişedir; bu çoğunlukla endişe değil, korku olarak adlandırılır. Anksiyete, depresyon gibi yoğun duyguları yansıtan psikopatolojik durumların belirginlik kazanmasında, duyguların engellenmesi etkili olmaktadır. Genellikle, hoş olmayan duygular, ifade yönelik içgüdüsel baskılar ve tam ifadeye karşı olan içselleştirilmiş sosyal kurallar olduğunda ortaya çıkmaktadır (Zentner, 1999; akt. Kuzucu, 2006: 237). Sinirsel anksiyete, nedensizlik, fobik olma veya panik atak geçirme biçimini alabilir (Strongman, 1995: 4).

- Davranışçı Öğrenme Teorileri: Bu konudaki teoriler, Pavlov ve Watson'ın çalışmalarına dayanmaktadır. Temel işlevi cezayı açıklamaktır. Genellikle, bu teori

türleri, rahatsızlık tehdidinin, birincil sürücülerdeki bir artışın veya aşırı uyarılmanın ancak otonomik bileşenlere sahip olması halinde endişe yaratmasına neden olduğunu ileri sürer. Bir kez belirlendikten sonra, korku/endişe ikincil bir güdü olarak işlev görebilir ve güdü azaltılması yoluyla yeni davranışlar oluşturabilir. Ayrıca, koşullu bir duygusal tepki, devam eden davranışa müdahale edebilir. Burada, kaygı diğer davranışlarla (veya düşüncelerle) uyumsuz olarak görüldüğünden, psikanalitik kuramla benzerlik göstermektedir (Strongman, 1995: 5).

- Fizyolojik Teoriler: Bu teoriler, büyük oranda merkezi sinir sisteminin hangi bölümlerinin genelde duyguya ve korku / panik / kaygıya dahil olabileceğine ilişkin bir açıklamaya dayanmaktadır. Bu fizyolojik temelli kuramlar, doğal bilime dayanan (az ya da çok deneysel kılan) bir insan psikolojisi modeline dayanmaktadır. Anksiyete, merkezi sinir sisteminin (CNS) belirli bölümlerini içerdiğinden, genel uyarılmanın eklenmesinden sorumludur. Duygulanımın en ilginç fizyolojik açıklamalarından biri, özellikle anksiyeteyi vurgulaması da, Sullivan'dan gelir (1982, 1991). Bununla birlikte, diğer teorisyenler, anksiyete açıklamalarında, öğrenme ve fizyoloji arasındaki bağlantıları vurgularlar (örn. Eysenck). Bir diğer anksiyete teorisyeni olan Gray (1982, 1987) de görüşlerini Eysenck'in öğrenme teorisinden türeterek, anksiyeteyi de ele aldığı, korkunun kapsamlı bir şekilde kavramsallaştırılmasını sağlamıştır (Strongman, 1995: 6).

- Fenomenolojik/Varoluşçu Teoriler: Fenomenolojik ve varoluşsal kaygı teorileri, Kirkegaard (1844) ile ortaya çıkmıştır. Burada, anksiyete, kişinin doğal olarak oluşan bir hali olarak görülür. Bu bakış açısı, gelişim ve olgunluğun özgürlüğe bağlı olduğu fikrine dayanır; bu özgürlük, yaşamda var olan olanakların farkındalığına bağlıdır. Böyle olasılıkları göz önünde bulundurmamak, anksiyete sürecini etkilemektedir. Özgürlüğün sağladığı olgunluğa doğru büyümek, yaşama deneyiminin ayrılmaz bir parçası olan anksiyete ile uğraşmak demektir. Doğumdan itibaren, yaşamın doğal bir parçası olan bir dizi seçenekle karşılaşılır. Her seçim noktasında anksiyete vardır. Yaşamı sürdürmek için bu endişe ile yüzleşilmeli ve onunla baş edilmelidir.

Bir diğer Fenomenolojik/Varoluşçu teorisyen olan Fischer (1970), anksiyeteyi anlamak için, fenomenolojik ya da deneysel bir yaklaşım geliştirmiştir. Fischer, her şeyi anksiyete deneyiminin koşulları olarak ele alır. Bu, beş bileşen içerir:

1) Bir yaşam biçimine doğru dönüm noktalarının formunu alan bir kişilik vardır. Bu dönüm noktalarından herhangi biri tehlike altındaysa, o zaman anksiyete ortaya çıkar.

2) Her dönüm noktası için bir ilişki ve katılım ağından oluşan bir dünya vardır. Bu dünyadaki herhangi bir şey aşılmaz gibi görünüyorsa ve dünya bu yüzden tehdit altına girerse, yine anksiyete doğabilir.

3) Dünyanın ve kişinin kimliğinin içinde bulunduğu motivasyon vardır.

4) Bir dönüm noktasına ulaşmada yer alan ve varlığı ifade eden bir eylem vardır.

5) Sonunda, belirsiz yetkinliğin yaşanmış bir değerlendirmesi olan yetenek vardır.

Fischer için anksiyete, hem kaygı verici bir deneyim ve hem kendinin hem de diğerinin endişeli olmasıdır. Görüldüğü gibi, Fischer'in anksiyete kavramsallaştırması belirsizdir; deneye dayalı ya da görüngüsel (fenomenolojik) olsa da ve belirsizliğin de yardımcı olmasına rağmen, teoriye diğer tüm biçimlendirme türlerini uydurmayı gerçekten başaramamaktadır (Strongman, 1995: 6).

- Bilişsel Teoriler: Psikolojide bilişsel teori; davranışların çözümlemesinde; düşünce, davranış, beklenti, ön model, simgeleme, gönderme ve benzeri içsel süreçleri esas alan kuramsal bir bakış açısıdır. Bu yaklaşıma göre; bireyler, çevrelerinde karşılaştıkları uyarıcıların bilincine varmakta ve yorumunda etkindirler. Michael Eysenck'in bu konudaki çalışması, anksiyeteyi etkileyen bilişsel faktörlere odaklanmaktadır. Yakın zamanda iki yeni teori geliştirmiştir. İlki, anksiyetenin performans üzerindeki etkilerinin bilişsel bir açıklamasını sağlayan "Dikkat Denetim Teorisi / Attentional Control Theory" (Nazanin Derakshan, Rita Santos ve Manuel Calvo ile birlikte) (Eysenck, et al., 2007: 336-353); ikincisi ise, baskılayıcı başa çıkma konusunda ayrıntılı bir kuram sağlayan "Dikkatten Kaçınma Teorisi / Vigilance-Avoidance Theory"dir (Nazanin Derakshan ve Lynn Myers ile birlikte) (Derakshan, et al., 2006: 1585-1614).

- Belirsizlik Teorileri: belirsizlik, bilişsel alan içerisinde en yakından takip eden bir kavramdır. Şimdiye kadarki tüm teorilerin; belirsizliği anksiyetenin temel bir parçası olarak gördüğü, belirsizliğin en azından gelecek konusunda ya da tehditler karşısında

hangi eylemlerin yapılmasının gerektiği konusunda emin olmadığı görüşü vardır. Bununla birlikte, Izard, Lazarus ve Mandler, anksiyete açıklamalarında belirsizliğin önemine daha doğrudan değinmektedirler (Strongman, 1995: 8).

İzard (1977, 1991), anksiyetenin farklı zamanlarda ve farklı durumlarda, örneğin heyecan, keder, utanç ve suçluluk duyguları ile bağlantılı olmakla birlikte, her tür anksiyeteye özgü duygu durumunun korku olduğunu ileri sürmektedir. Farklı Duygular Teorisi (Differential Emotions Theory) sayesinde, anksiyete, birimsel bir olgu olarak ele alınsa da; zaman zaman kendisiyle bağlantılı olan diğer farklı duygular, öznel deneyim açısından dikkate alınmalıdır. Daha da önemlisi, mevcut bağlamda kaygı, belirsizliğe bağımlı olarak görünmektedir.

Belirsizlik kavramı, korku ile anksiyeteyi aynı kategoriye alan Lazarus (1991) tarafından daha da ileri götürülür. Korku yakın bir fiziksel zarara uğradığında oluşurken; anksiyetenin, kesin olmayan, belirsiz, varoluşsal tehditle karakterize olduğuna inanmaktadır. Lazarus'un korku ve anksiyete arasındaki ayrımı, Freud'un nesnel ve sinirsel anksiyete arasındaki ayrımına benzer.

Mandler (1984), belirsizliğe dayanan anksiyete hakkında en karmaşık açıklamayı sunmaktadır. Anksiyete ile ilgili, üç ana yaklaşımla karakterize edilen, daha önceki araştırmayı kabul eder. Nedensellik görüşünde, öğrenme yoluyla edinilen anksiyeteyi, korkudan ayıran ve bütünlüğü tehdit eden uyarılarla ilgili endişeleri vardır. Mandler'in, organizma-varsayımsal yaklaşımında, anksiyeteyi, gözlemlenen ya da hipotez haline getirilmiş bir durum, bazen tamamen teorik ve bazen de sinir sisteminin bir durumu olarak görür. Deneyimsel / davranışsal yaklaşımda, büyük oranda öznel bildiri yoluyla, geniş kapsamlı bir fonksiyon yelpazesini etkilediğinden; endişe, ifade edici davranış, genel etkinlik ve bir dizi davranışsal ve fizyolojik belirti ile ilgilidir.

Mandler'in anksiyete teorisi; genel olarak düşünülmüş, bilişsel faktörler için merkezi bir role sahip ve başkalarının önemli saydığı davranış, deneyim ve özellikle nörofizyoloji konularını benimseyebilen en dikkat çekici anksiyete teorisi olarak görülmektedir (Strongman, 1995: 10).

2.1.3. ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ TÜRLERİ

Farklı türdeki anksiyete bozuklukları, kaynaklarındaki farklılıklar nedeniyle, farklı semptomlar ve etkiler sergiler. Anksiyete bozukluğuna sahip bir hasta, insanlarla sorunsuz bir şekilde etkileşimde bulunabilirken, etkileşim esnasında bir kaza geçirebileceği korkusuyla evden ayrılamayabilir. Bir diğer anksiyete hastası ise, ev dışında hiçbir sorun yaşamazken, insanlarla iletişimde zorluklar yaşayabilir. Bunun nedeni, anksiyete bozukluğunun kendi içinde farklı türleri olmasıdır (Narin, 2016).

Psikiyatrik bozukluklar alanında; Uluslararası Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization) ICD (International Classification of Diseases) sınıflandırması ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırması olarak iki sınıflandırma sistemi yaygın olarak kullanılmaktadır.

2.1.3.1. DSM'YE GÖRE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2013 tarihinde yayınlanan DSM-V'e (American Psychiatric Association, 2013) göre, anksiyete bozukluğu türleri şu başlıklar altında sıralanmaktadır:

- Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (Separation Anxiety Disorder): Birey, duygusal olarak bağlı olduğu kişi ve ortamdaki ayrı ya da uzak kalacağı düşüncesiyle, yoğun anksiyete ve korku etkilenimi sergiler. Bu anksiyete bozukluğu türü, özellikle çocuklarda görülmekte ve "okul fobisi/korkusu" olarak da tanınmaktadır. Duygusal olarak bağlı olduğu ortamdaki ilk kez ayrılan çocuklarda, geçici bir süre anksiyete ve korku görülmesi normal karşılanırken, bu tür duygular bazı çocuklarda süreklilik gösterir ve kusma, karın ağrısı vb. fiziksel semptomlara dönüşebilir (DSM V, 2013: 190).

- Seçici Konuşmama (Selective Mutism): Bu anksiyete türüne de, yine çocuklarda sıklıkla rastlanır. Duygusal ortamında rahat bir biçimde konuşan çocuklar, yabancı bir ortamda ya da belirli kişilerle konuşmakta zorluk çekerler. Bu çocuklar, konuşma yeteneğine sahip olmakla birlikte, birtakım koşullarda utanma duygusu, korku vb. nedenlerle seçici olarak susmayı tercih ederler (DSM V, 2013: 195).

- Özgül Korku (Specific Phobia): İnsanların büyük kesiminde rastlanabilen bu anksiyete türü, bazı durum ve nesnelere karşı hissedilen mantıksız ve aşırı korkudur. Bazı kişiler, bir hayvandan aşırı derecede korkar; bu hayvanın fotoğrafına bile reddeder ve karşısında canlısı varmış gibi tepki gösterir. Bazıları ise; uçağa binmek, asansöre binmek, araba kullanmak gibi durumla ilgili korkular söz konusu olduğunda, bu etkinliklerin düşüncesine bile tepki gösterirler (DSM V, 2013: 197).

- Sosyal Anksiyete Bozukluğu / Sosyal Fobi (Social Anxiety Disorder / Social Phobia): Diğerleri fobisi olarak da adlandırılabilen sosyal anksiyete bozukluğunda; bireyler, izlenme, yargılanma, eleştirilme, rezil olma vb. korkular nedeniyle toplum içinde etkinlik gösteremez duruma gelirler. Toplulukla bağlantılı her türlü aktiviteden (topluluğun odağında olmak, toplulukla birlikte yemek-içmek, topluluk önünde konuşmak, vb.) olabildiğince kaçınırlar. Olası bir toplumsal etkileşim durumu ya da düşüncesi; kalp çarpıntısı, titreme, terleme, ishal vb. fiziksel sorunları yaşamalarına neden olur (DSM V, 2013: 202).

- Panik Atak (Panic Attack): Panik atak, aniden beliren şiddetli korku ve anksiyete duygularının, bireyin duygusal ve fiziksel kontrolünü kaybetmesine neden olan kısa süreli nöbetlerdir. Bu durumda, çarpıntı, terleme, nefes kesilmesi vb. fiziksel belirtilerin yoğunluğu, kişinin başlangıçta kalp krizi geçirdiğini sanmasına yol açabilir. Panik atak, panik bozukluk gibi farklı türlerde psikiyatrik bozukluklar ya da fiziksel hastalıklarla birlikte görülebilir (DSM V, 2013: 214).

- Panik Bozukluğu (Panic Disorder): Panik bozukluk, panik atakların çok sayıda deneyimlendiği ve atakların süregeldiği durumlarda ortaya çıkar. Bu tür anksiyete bozukluğunda; ataklar sürekli yinelenir, kişide davranış değişiklikleri gözlenir ve kişi atak geçireceğine dair devamlı bir korku beklentisindedir (DSM V, 2013: 208).

- Alan Korkusu (Agoraphobia): Birey, alan korkusu (agorafobi) durumunda, kendini belirli alanlarda güvencede hisseder ve bunun dışındaki alanlardan (AVM'ler, kalabalık caddeler, toplu taşıma araçları, vb.) kaçınır. Bu tür ortamlarda panik atak yaşayacağı korkusu, bireyi dış ortamlardan olabildiğince uzak tutar; kendini güvencede

hissettiği ortamlardan ayrı kalma düşüncesi bile rahatsızlığa neden olur (DSM V, 2013: 217).

- Yaygın Anksiyete Bozukluğu (Generalized Anxiety Disorder): Çeşitli yaşamsal konular (sağlık, iş, para, vb.) üzerinde; gereğinden fazla, uygunsuz ve denetlenemeyen sürekli anksiyete durumudur. Anksiyete düzeyi sağlıklı olarak kabul edilen bireyler, olasılıklara karşı anksiyete olgusunu, planlama, önlem alma gibi yapıcılığa yönettiren; yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında anksiyete, bireyin yaşamına egemen olarak, gündelik faaliyetlerini gerçekleştirmesine engel olur (DSM V, 2013: 222).

- Madde-İlaç Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu (Substance/Medication-Induced Anxiety Disorder): Bir ilacın ya da uyuşturucu bir maddenin kullanımı ya da bırakılması, yoksunluk durumu ortaya çıkarır ve bu durum da, anksiyete bozukluğuna yol açar. Bu anksiyete bozukluğu türünde, kullanılan ilaç ya da maddenin, anksiyete üzerinde fizyolojik etkide bulunduğu, tıbbi kanıtlara dayalıdır (DSM V, 2013: 226).

- Başka Bir Hastalığa Bağlı Anksiyete Bozukluğu (Anxiety Disorder Due to Another Medical Condition): Anksiyete bozukluğu, bazı durumlarda (hipotiroid, hipertiroid, Parkinson, B12 eksikliği, KOAH, vb.), bireylerin tıbbi durumlarına bağlı olarak da ortaya çıkabilir (DSM V, 2013: 230).

- Belirtilmiş Diğer Anksiyete Bozuklukları (Other Specified Anxiety Disorder): Bazı vakalarda, bireyin sergilediği belirtiler, anksiyete bozukluğunun karakteristik ölçütlerini karşılar, ancak yukarıda sayılan belirlenmiş sınıflandırmalardan farklılık gösterebilir (DSM V, 2013: 233).

- Belirtilmemiş Anksiyete Bozuklukları (Unspecified Anxiety Disorder): Bazı vakalarda ise, anksiyete bozukluğunun ana ölçütlerine dair yeterli veri yoktur ve bu nedenle anksiyete bozukluğunun türü ile bağlantılı herhangi bir sınıflandırma yapılamaz (DSM V, 2013: 233).

2.1.3.2. ICD'YE GÖRE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

ICD, (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması / International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama sistemidir. Yaklaşık her 10 yılda bir üzerinde iyileştirmeler yapılan bu sınıflandırma sisteminin ilk sürümü 1900 yılında ICD-1 olarak, son sürümü ise ICD-10 adıyla 1999 yılında gerçekleştirilmiştir.

DSM-IV ve ICD-10'daki anksiyete bozukluklarının sınıflandırmaları temel olarak oldukça benzer görünmektedir. Bununla birlikte, bazı farklılıklar bulunmaktadır. Tanı ölçütleri, tipoloji, tanımlama, kapsama ve dışında bırakma olarak dört açıdan belirgindir (Andrews & Slade, 2002). Aşağıdaki tabloda (Tablo 1), DSM II-R ve ICD-10'a göre anksiyete bozuklukları karşılaştırılmaktadır (Özakkaş, 2014: 3):

DSM II-R	ICD 10
Sosyal Fobi Basit Fobi Agorafobi Panik Ataksız Panik Bozukluk Agorafobili	Fobik Bozukluklar - Sosyal Fobi - Basit Fobi - Agorafobi
Panik Bozukluk (Agorafobisiz)	Diğer Anksiyete Bozuklukları Panik Bozukluk
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Yaygın Anksiyete Bozukluğu Miks Anksiyete Depresif Bozukluk
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Obsesif Kompulsif Bozukluk
Posttravmatik Stres Bozukluğu	Posttravmatik Stres Bozukluğu

Tablo 1 - DSM II-R ve ICD-10'a göre anksiyete bozukluklarının karşılaştırılması (Özakkaş, 2014: 3)

Bu tabloda da görüldüğü gibi, fobik bozukluğun tiplerinin tanınmasında DSM II-R ve ICD-10 arasında farklılıklar bulunmaktadır. Amerikan psikiyatristleri, geçtiğimiz yirmi yıl süresince, nevrozlarla ilgili psikodinamik yönelimli yaklaşım tarzlarından ve biçimlendirmelerinden uzaklaşan bir anksiyete bozuklukları anlayışına sahip olmuşlardır. Sonuçta, "Nevroz" teriminin günlük klinik uygulamaların dışına çıkarıldığı ve kullanılmadığı bir aşamaya gelinmiş, bunun yerine mantıklı klinik ölçütler ve sağlam temeller üzerine yerleştirilmiş çeşitli klinik anksiyete bozukluklarına bölünmüştür (Özakkaş, 2014: 2).

2.2. SAVUNMA MEKANİZMALARI

İkel benlik ile toplumsal değerlerin uzlaşmadığı zaman, kişi toplum tarafından dışlanmaktadır. Bu durumda oluşan çatışmanın çözümlenememesi sonucunda kişi kendisini rahatsız hisseder. Kişi bu rahatsızlığı bastırır; ancak, anksiyete yine de artış gösterir. Anksiyetede artış kişiyi daha çok etkilediğinden, bastırmak için çaba gösterir ve rahatlama gereksinimi hisseder. Anksiyete gerçekten denetim altına alınırsa, savunma mekanizmaları gelişim gösterir (Tuzcuoğlu, 1995: 276).

2.2.1. SAVUNMA MEKANİZMASI KAVRAMI

Freud'un psikanaliz teorisinde yer alan savunma mekanizmaları, kişinin gerçekleri manipüle etmek, reddetmek ya da anlamından saptırmak ve böylece toplum tarafından onaylanabilir bir öz imajı koruyup, devam ettirmek için farkında olmadan geliştirdiği psikolojik stratejilerdir. Sağlıklı bireyler, genel olarak, yaşamları süresince çeşitli türlerde savunmalar kullanır. Benlik savunma mekanizmasının devamlı kullanımı, kişinin ruh ve vücut sağlığı üzerinde olumsuz bir etki yaratarak, patolojik duruma gelir. Savunma mekanizmaları, benliği endişe ya da sosyal yaptırımlardan korumayı ve benliğe üstesinden gelemeyeceği bir durum için sığınma sağlamayı amaç edinir. Savunma mekanizmaları, onaylanamaz güdüler tarafından oluşturulan tehditleri aza indirgeyen bilinçsiz başa çıkma sistemleridir (Tükel, 2009: 42-44). Savunma Biçimleri Testi (SBT-40), bu mekanizmaların değerlendirilmesinde kullanılan kaynaklardan biridir (Yılmaz, vd., 2007).

Savunma mekanizması kavramı, psikanalitik teorinin insan davranışını anlamak ve açıklama getirmek amacıyla psikoloji bilimine kazandırdığı, eski olmakla birlikte güncelliğini koruyabilen bir kavramdır. Savunma mekanizmalarının psikopatoloji ile ilişkisi dikkate alındığında; kişilerin kullandıkları bu düzenekleri saptamanın klinik uygulamalarında, bu mekanizmaların zihinsel işleyişi en belirgin biçimde ortaya koyan kavramlardan biri olması nedeniyle, hem teşhis etmekte hem de tedavide kolaylıklar sağlaması beklenmiştir (Anlı, 2004: 77).

Araştırmacılar, savunma teorisinin psikodinamik düşüncenin temel taşı olduğu konusunda görüş birliğindedirler. Bu teorinin çeşitli yönleri üzerine analitik literatür

oldukça geniştir. Bununla birlikte, az sayıda araştırma teorii bir bütün olarak ele almaktadır (Sjöback, 1973). Konunun temel varsayımlarında bile karışıklık ve karşı görüşler bulunmaktadır. Bunlardan birkaç tanesi şu noktalarda dikkat çeker:

- Savunma mekanizmaları, "her zaman patojen" (Freud, 1937/1971: 236-244) ya da belki de "patolojik" olarak (Sperling, 1958) ya da koşullara bağlı olarak bazen patojenik, bazen de patolojik ve bazen de normal veya uyarlanabilir olarak görülmesi gibi tartışmaları da beraberinde getirir (Freud, 1970: 177-178; Hartmann, 1958; Loewenstein, 1967). Bu sorunun tartışılması, zihinsel enerjinin baskı altına alınması savunma süreçlerinin hem ani hem de uzun vadeli sonuçları, nedensellik zincirlerinin oldukça net kavramlarıyla çelişen bir karışıklık ve aynı zamanda temel savunmanın özelliklerinin varsayımlarıyla ilgili bir karışıklık ortaya koymaktadır.

- Savunma mekanizmalarının çeşitli tanımlarında; spesifik özellikleri, birbirinden ayırılması gibi konularda da karışıklık ve anlaşmazlık bulunmaktadır. Reddetmenin doğru tanımı konusunda birçok analist rahatsızlık duymaktadır (bkz. Dorpat, 1985; Jacobson, 1957; Moore & Rubinfine, 1969; Sjöback, 1973, s. 209-238).

- Savunma mekanizmaları konusundaki tartışmalı noktalardan biri de, savunma mekanizmalarının ve savunmacı süreçlerin ontolojik statüsünün sorgulanması sorunudur. Savunma işlemi ne tür bir yapıya sahiptir? Buna ne tür bir gerçeklik belirlemeliyiz? (Sjöback, 2012: 25-26)

Savunma mekanizmaları, genel olarak, normal ve anormal davranışı anlamakta açıklayıcı yapılar olarak değerlendirilmektedir (Cramer, 1987; Snyder, 1988; Swanson, 1988).

2.2.2. SAVUNMA MEKANİZMASI TEORİLERİ

Savunma mekanizmaları, bazı özellikleri (geri plandaki mekanizmalar, benzerlikler ya da kişilik ile bağlantılar, vb.) dikkate alınarak sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Savunma mekanizmaları teorileri konusunda; Paulhus, Fridhandler ve Hayes (1997) ile Cramer (1991)'in çalışmaları dikkate değer bulunmaktadır. Journal of Personality, savunma mekanizmaları üzerine özel bir yayın yapmıştır (1998).

Anna Freud, 1936 tarihinde Sigmund Freud'un çalışmalarında yer alan on savunma mekanizmasını numaralandırmıştır: 1. Baskı, 2. Geri çekilme, 3. Tepki

oluşumu, 4. İzolasyon, 5. Yıkım, 6. Yansıtma, 7. İntekutyon, 8. Kişinin kendine karşı dönmesi, 9. Tersine çevirme, 10. Yücelme veya yerinden etme (Szondi, 1956).

Anna Freud, savunma mekanizmalarını beş ana bölümde incelemiştir: baskı, gerileme, yansıtma, tepki oluşumu ve yüceltme. Tüm savunma mekanizmaları, anksiyeteye ve bilinç ile bilinçsizliğin sosyalleşmenin stresini nasıl idare ettiğine verilen yanıtlardır (Hock, 2013).

Kernberg, kişilik gelişimini, özellikle bölme (splitting) savunma mekanizmasını vurgulayarak açıklamaya çalışmış ve bu doğrultuda borderline kişilik bozukluğuna atıfta bulunarak, kişilik gelişimi teorisini oluşturmuştur (Gabbard 2000). Kernberg'e göre, bölme mekanizması; iyi/kötü, sevmek/nefret etmek vb. birbirine karşıt duyguların net bir biçimde birbirinden ayrılmasıyla tanımlanmaktadır. Bebek, yaşamının ilk yılları için gerekli olan bu mekanizma sayesinde; iyi/kötü, sevgi/nefret, haz/acı vb. duyguların ayırımını yapabilir. Tehlikeli/güvenli ayırımını düzenleyen bu mekanizma, bir savunma mekanizması haline geldiğinde ise, bütün işlevini yitirir ve benlik yetersizliğinin ana nedenini oluşturur. Kernberg, güdüler kadar, çevresel etkenlerin de etkili olduğunu belirtmiştir. Kernberg'in en önemli katkılarından biri de, güdülerin, benlik, nesne ve duygulanım arasında oluştuğunu vurgulamasıdır (Şenyuva, 2007: 21).

Vaillant, savunma mekanizmalarını psikotik, immatür, nevrotik ve olgun savunmalar olarak (Tablo 2) dört grupta incelemiştir (Vaillant, 1971). En ilkeli olan psikotik (narsisistik) savunmalar, çocuklar ve psikotik hastalar tarafından kullanılır. Distorsiyon, yansıtımlı özdeşim, bölme gibi mekanizmaları içerir. İmmatür (olgun olmayan) savunmalar, psikotik olmayan hastalar ve ergenler tarafından kullanılır. Eyleme vurma, introjeksiyon (içyansıtım), projeksiyon (yansıtım) ve regresyonu (gerileme) eylemlerini içerir. Nevrotik (sinirsel) savunmalar, stres altındaki ve nevrotik kişiler tarafından kullanılır. Bastırma, reaksiyon, formasyon, yalıtma, entellektüalizasyon (düşünselleştirme) gibi savunmaları içerir. Olgun savunmalar, uyum sağlayıcı mekanizmalardır; normal ve sağlıklı kişiler tarafından kullanılır. Yüceltme, bilinçli bastırma, mizah gibi savunmaları kapsar. (Burçak, 2012: 21).

Düzyey	Tanı (Savunma Mekanizmaları)	Savunma mekanizmaları
1	Patolojik	Psikotik inkar, sanrılı yansıtma
2	İmmatür	Fantezi, yansıtma, pasif saldırganlık, oyunculuk
3	Nevrotik	Düşünselleştirme, reaksiyon oluşumu, ayrışma, yerinden etme, baskılama
4	Matür	Mizah, yüceltme, bastırma, fedakarlık, beklenti

Tablo 2 – Vaillant'ın savunma mekanizmaları sınıflandırması (Cramer, 2006: 17)

Robert Plutchik'in (1979) teorisi savunmaları temel duyguların türevleri olarak görür ve bu da belirli tanı yapılarıyla ilişkilidir. Plutchik'in teorisine göre, reaksiyon oluşumu, sevinç (manik özellikler), inkarı kabul (aşırı duygusal özellikler), korkuyu bastırma (pasiflik), hayreti bastırma (borderline özellikler), kederi karşılama (depresyon), iğrenmeyi yansıtma (paranoya), öfke gösterme (düşmanlık), mantıklı bekleme (takıntısızlık) ile ilgilidir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) tarafından yayınlanan Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı (DSM-IV), savunma mekanizmaları için geçici bir tanı eksenini içermektedir. Bu sınıflandırma büyük oranda Vaillant'ın savunma hiyerarşik görüşüne dayanır, ancak bazı değişiklikler vardır. Örneğin, inkar, fantezi, rasyonelleştirme, gerileme, izolasyon, projeksiyon ve yerinden etme bulunur (American Psychiatric Association, 1994). DSM-V'te ise, savunma mekanizmaları kaldırılmıştır (Strous, et.al., 2016: 300-301).

2.2.3. SAVUNMA MEKANİZMALARININ TÜRLERİ

Bireylerin; sorunları, korkuları, çatışmaları vb. duygu durumları karşısında bilişsizce kendilerini korumaya yönelik geliştirdikleri savunma mekanizmaları aşağıdaki gibi türlerde ele alınmaktadır (Burçak, 2012: 11-12)

Nesneye Yönelme: Benlik tarafından uygun görülemeyen dürtüler, düşünceler ve duygular, gerçek nesnesinden farklı bir nesneye yöneltilir (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

Yansıtma: Uygun görülemeyen dürtü, düşünce ve duyguların yadsınarak, başkalarına yöneltilmesidir (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

İkelleştirme: Bireyin gerçekliği saptırarak yorumlaması anlamına gelen ikelleştirme mekanizması; entellektüalizasyon (düşünselleştirme), rasyonalize etme (akılcılaştırma) ve yalıtma mekanizmalarını kapsar.

Entellektüalizasyon: Benlik tarafından uygun görülemeyen, yasaklanan dürtü, duygu ve anıların; düşünceye dayanan bilgilerle ve yetilerle açıklanmaya çalışılarak, geri plana atılmasıdır (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

Rasyonalizasyon (akılcılaştırma): Benliğe anksiyete veren durumlarda; kişiyi haklı çıkartmak için; akılcı görünen, mantıksal bir neden, açıklama öne sürmektir (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

Yalıtma: Anksiyete durumuyla bağlantılı olarak; duygu ve düşüncelerin birbirinden ayrılması; duygunun bastırılarak, bilinçdışına atılması veya bir başka yaşantı ya da nesneye aktarılması, düşüncenin bilinçte olduğu gibi kalmasıdır (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

Kendine Çevirme: Bir nesneye yöneltilecek saldırganlık (agresyon) sonucu ortaya çıkacak suçluluk duygusundan, kişinin kendine acı vermek suretiyle kaçınmasıdır (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

Tersine Çevirme: Bireyin tehdit edici, olumsuz duygulardan uzaklaşmak için, gerçekliği reddetmesi, ya da tersi duyguları gereğinden fazla biçimde sergilemesidir. Bu mekanizmada, bastırma, yadsıma, karşıt tepki oluşturma mekanizmaları yer alır (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

Yadsıma: Bireyin benliği için tehlikeli olarak algılanan ve sıkıntı doğurabilecek bir gerçeğin göz ardı edilmesidir (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

Bastırma: Kabul edilemez duygu, düşünce, anı, arzu ya da gereksinimlerin bilinçdışına yönlendirilmesi, istenç dışı olarak unutulmalarıdır (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

Karşıt Tepki Oluşturma: Kabul edilemez bir dürtü ya da isteğin ters yönünde hareket edilerek, ortaya çıkardığı anksiyeteden kurtulma amaçlı davranışları ifade eder (Ihilevich, D., Gleser, G.C.,1995).

2.2.4. SAVUNMA MEKANİZMALARI DENETİMİ

Psikolojik danışma konusundaki yayınların çoğunda, danışma sürecindeki amaçlardan biri olarak, danışanın yararlandığı savunma mekanizmalarını anlamının önemine değinilmektedir (George ve Cristiani, 1990; Gladding, 1988). Bu konudaki literatürde, öncelikle savunmalar genel olarak tanımlanmakta, ardından bireysel savunma mekanizmaları tanımlanmaktadır. Bu konudaki yorumlarda ise, genel olarak, psikolojik danışmada savunmaların ortaya çıkışından çok, bu mekanizmaların kişilerin günlük yaşamlarındaki işlevlerine gönderme yapılır. Ayrıca, danışmanların, danışanın kullandığı savunma mekanizmalarını tanıyabilme yolları ya da bu mekanizmaları saptadıktan sonra, savunmaları ile ilgili yapabilecekleri işlemler konusunda da bazı öneriler belirtilmektedir (Blum, 1985; Cavanaugh, 1982).

Savunma mekanizmalarını biçimlendirme işlemi, psikolojik danışma sürecinin birbiri ardından gelen üç evresinde ele alınabilir: (Sampson, Weiss, Mlodnosky ve Hause, 1972; Weiss, 1972).

- İlişki evresi (relationship stage): Danışan, savunucu tepkilerinin bilincine varmaya başlar.
- Birleştirme evresi (integration stage): Danışan, savunma mekanizmalarının işleyişini anlar (Van Der Leeuw, 1971).

Bütünleştirme evresi (accomplishment stage): Danışan, uyguladığı savunma mekanizmalarını düzenleyerek, daha yararlı işlevsel bir düzeye çıkartır.

Çoğu vakada, savunma mekanizmalarını biçimlendirebilmek için, farkında olma durumundan bütünleştirmeye dek ilerleyen düzenli bir sıralamanın gerekli olduğu görülmektedir. Danışanı, duygu ve algıları net olmadan, savunmaları ile karşı karşıya bırakmak, onun direncini çoğaltmakta ve kullanılan savunma mekanizmalarının işlevini yoğunlaştırmaktadır (Loewenstein, 1954). Savunma mekanizmalarını saldırı şeklinde sorgulamak, "savunmaları soymak" olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, danışanın gereğinden fazla zorlanmasına neden olabilmekte ve direnci artış göstermektedir (Cavanaugh, 1982).

Danışman, psikolojik danışma sürecinde, danışanın sergilediği savunma mekanizmalarını tanımaya ve bu doğrultuda terapötik (sağaltıcı) tepkilerde bulunmaya hazır olmalıdır. Savunma mekanizmalarının davranış açısından belirtileri, danışmanın,

danışanın kullandığı savunma mekanizmalarını birbirinden ayıran niteliği anlama becerisi geliştirmesine yardımcı olacaktır.

Psikolojik danışmanın, bilincinde olma, anlama ve bütünleştirmeyi kapsayan ardışık üç aşaması, savunma mekanizmalarının biçimlendirilmesini kavramlaştırmada, danışmana yardımcı olmaktadır. Danışan, bir zamanlar denetimi dışında kullandığı savunma mekanizmaları üzerinde denetim sahibi oldukça, her aşamada farklı bakış açılarının ve yöntemlerin kullanılması elverişli olmaktadır (Clark, 1991: 231-236; Ersever, 1992: 586-593).

2.3. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

İnsan yaşamında önemli bir yere sahip olan cinsellik, beraberinde getirdiği sorunlarla da gündemi oluşturmaktadır. Geline nokta, cinsel sorunların değerlendirilmesi ve tedavisinin, çok disiplinli bir yaklaşımın bakış açısını isteyen bir alan olduğu görüşü ağırlık kazanmaktadır. Tamamen tıbbi ya da tamamen psikolojik bir etiyolojiye sahip olan ve bu doğrultuda belirli bir müdahalenin yararlanabileceği cinsel işlev bozukluğu vakalarına rastlanırken; çoğu kez, en odaklı ve etkili tedaviye olanak tanımak için, en azından çok disiplinli bir değerlendirmeden yararlanılmaktadır. Cinsel sorunların yalnızca tıbbi ya da tamamen psikolojik etiyolojiye sahip olduğu saptandığında bile, en iyi tedavi stratejisi olarak, hem tıbbi hem de psikolojik müdahaleler kullanılabilir (Wincze and Weisberg, 2015: 2).

2.3.1. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU TANIMI

Günümüze dek, cinsellik ile ilişkili farklı açıklamalar ve tanımlamalar geliştirilmeye çalışılmıştır. Sadock (2007), cinselliği, “bir kişinin diğerine çekici gelmesini de içerecek biçimde, cinsel haz alma ve üreme ile ilgili tüm duygu, düşünce ve davranışları kapsar” olarak tanımlamıştır. Aydın (1998) ise, “cinsel doyum ve iki insanın uyumlu birlikteliğini içeren; sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş; biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan, özel bir yaşantı” olarak cinselliği tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıklı cinselliği, “bedensel, duygusal, zihinsel ve sosyal bileşenleri olumlu yönde tamamlayan, zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi, sevgiyi geliştiren bütünlük” olarak tanımlamaktadır (Alkan, 2008).

Cinsel işlev bozukluğu, genel olarak cinsel ilişkiden zevk alınamaması olarak tanımlanmaktadır. Spesifik olarak, cinsel işlev bozuklukları, tam bir cinsel yanıt döngüsüne müdahale eden bozukluklardır. Bu bozukluklar, bir kişinin zevkini çıkarmasını ya da cinsel ilişkiye girmesini zorlaştırır. Cinsel işlev bozukluğu nadiren fiziksel sağlık için tehdit oluştururken; depresyon, anksiyete ve yetersizliği hissettiren ağır psikolojik rahatsızlığa neden olabilir (Miller-Keane Encyclopedia & Dictionary of Medicine, 2003).

2.3.2. TANI ÖLÇÜTLERİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Tanı kriterlerinin oluşturulmasında, cinsel işlev bozukluklarının tanımlanmasında dikkate alınması gereken bazı önemli konular bulunmaktadır. Ana sorunlardan biri, cinsel bir sorunun cinsel işlev bozukluğuna dönüştüğünü tanımlamaktır. Sertleşme bozukluğu gibi durumlar aslında diğer organik bozuklukların semptomları olabilir, normal dağılımlar boyunca geçici koşulları temsil eden değişiklikler olabilir veya ilişki sorunlarının sonuçları olarak ortaya çıkabilir ve/veya mevcut ortağın cinsel sorunlarına adaptif yanıt olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenle bozuklukları diğer geçici koşullardan ayırmak için, daha kesin tanımlamalar yapmak gereklidir (Sungur ve Gündüz, 2013).

Masters ve Johnson, insanların cinsel uyarana gösterdiği fizyolojik tepkiyi dört ayrı evreye ayırmıştır (Kinsey 1948, 1953, Masters ve Johnson 1994). 1- Uyarılma evresi, 2- Plato evresi, 3- Orgazm evresi, 4- Çözülme evresi. Erkeklerdeki cinsel yanıt döngüsü genel olarak birbiri ile benzerlik gösterir; ancak kadınlarda farklılıklar görülür. Kadınlardaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin yoğunluğu ve süresiyle bağlantılı olarak, sayısız çeşitlilikte olabilir (İncesu, 2004).

Aşağıdaki tabloda (Tablo 3), DSM-4'te yer alan, cinsel işlev bozukluklarıyla ilgili tanı ölçütleri verilmektedir:

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI (DSM-4)			
A	Orgazm Bozuklukları		
	1	Kadın orgazm bozukluğu	s. 505 (506)
	2	Erkek orgazm bozukluğu	s. 507 (509)
	3	Erken boşalma	s. 509 (511)
B	Cinsel uyarılma bozuklukları		
	1	Kadın cinsel uyarılma bozukluğu	s. 500 (502)
	2	Erkeklerde erektil bozukluk	s. 502 (504)
	2a	Genel tıbbi durum nedeniyle	s. 515 (518)
C	Cinsel istek bozuklukları		
	1	Hipoaktif cinsel istek bozukluğu	s. 496 (498)
	1a	Genel tıbbi durum nedeniyle	s. 515 (518)
	2	Cinsel tiksinti bozukluğu	s. 499 (500)
D	Cinsel ağrı bozuklukları		
	1	Dyspareunia Dispareunia	
	1a	Genel tıbbi durum nedeniyle	s. 515 (518)
	1b	Genel tıbbi durumdan ötürü değil	s. 511 (513)
	2	Vajinismus (genel tıbbi durumdan değil)	s. 513 (515)
E	Madde kaynaklı cinsel işlev bozukluğu		s. 519 (521)

Tablo 3 - DSM-4'te yer alan tanı ölçütleri

Tüm cinsel bozukluklar, genel olarak üç temel gruptan oluşur (DSM-4, 1994):

- **Parafililer:** Esas olarak, bir kişinin cinsel açıdan uyarılabilmesi için, alışılmadık nesnelere, eylemler ya da durumları kapsayan; tekrarlayıcı ve yoğun cinsel dürtü, fantezi ve davranışlara gereksinim duyması ile ortaya çıkan bozukluklardır (Egzibisyonizm/teşhircilik, fetişizm/yalnızca belirli nesnelere uyarılabilme, frötterizm/sürtünmecilik, pedofili / küçük yaşta çocuklara yönelik cinsel ilgi, mazohizm/acı çekerek/ aşağılanarak uyarılabilme vb.).

- **Cinsel Kimlik Bozuklukları (Transseksüalite):** Kişinin kendi biyolojik cinsiyetinden duyduğu kalıcı rahatsızlık duygusu ile ayırıldır.

- **Cinsel İşlev Bozuklukları:** Kadınlarda; cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, uyarılma ve orgazm bozukluğu, vajinismus ve ağrılı cinsel birleşme sorunlarından; erkeklerde ise, cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, erektil disfonksiyon (sertleşme güçlüğü), erken boşalma ve diğer boşalma bozuklukları ile ağrılı cinsel birleşme sorunlarından oluşmaktadır (Tablo -).

Cinsel işlev bozukluklarının oluşumu, genel olarak karmaşık ve çok boyutlu bir etkileşim sürecinin sonucunda olmaktadır. Bu sorunların meydana gelmesinde hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler incelendiğinde,

cinselliğin organik/psikojenik ayırımının dışında; psikososyal, kültürel, davranışsal ve klinik etkenlerden kaynaklanan çok yönlü, disiplinlerarası ve etkileşimli bir süreç olduğu ve cinsel işlev bozukluklarının da bu çok boyutlu ilişkiler ağında ortaya çıktığı ya da kalktığı görülebilmektedir (İncesu, 2004: 8). Cinsel işlev bozuklukları sınıflandırmasında önemli yer tutan bazı semptomlar şu başlıklar altında incelenmektedir (İncesu, 2004: 10-13:

- Vajinismus: Cinsel birleşme deneyiminde, vajinanın dış 1/3'ini çevreleyen kaslarda tekrarlayıcı ya da sürekli bir şekilde oluşan kasılmalar ve şiddetli acı nedeniyle cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi ya da ağrılı/sıkıntılı olarak gerçekleşmesidir.

- Cinsel İstek Azlığı: Çoğunlukla psikolojik bir nedene dayanan cinsel istekte azalma; cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığı, cinsel bir etkinliği başlatma, katılma ya da yanıt verebilme güdüsünün yetersizliği olarak tanımlanır.

- Cinsel Tiksinti Bozukluğu: Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı şekilde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır.

- Kadında Orgazm Bozukluğu: Yeterli cinsel uyarıya karşın, çoğu kez ya da her zaman orgazmın yaşanmaması, gecikmesi ya da güçlkle ulaşılabilmesidir.

- Eretil Bozukluk: Herhangi bir cinsel etkinlik için yeterli ereksiyonu, yineleyici ya da kalıcı şekilde sağlayamama ya da sürdürememe durumu olarak tanımlanmaktadır.

- Erken Boşalma: Erken boşalma, kişinin, çok az bir cinsel uyarıyla bile isteğinden önce boşalması, diğer bir deyişle boşalmasını denetleyememesi, ya da istediği kadar erteleyememesidir.

2.3.3. DSM 5 SINIFLANDIRMASI

DSM 4 ile bir başka psikiyatrik sınıflandırma sistemi olan ICD-10'la ortak bir tanımlamaya önemli ölçüde yaklaşan Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), cinsel işlev bozuklukları alanında disiplinler arası benzeri bir çabayı DSM-5'te yapmaya aday görünmüştü (İncesu, 2011: 3). Aşağıdaki tabloda (Tablo 4), DSM-4 ve DSM-5'te yer alan cinsel işlev bozukluklarının farkları yer almaktadır (IsHak and Tobia, 2013: 1):

DSM-4-TR Tanıları	DSM-5'deki Değişiklikler
Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları	
Kadın hipoaktif arzu bozukluğu	Birleştiler:
Kadın Uyanma Bozukluğu	Kadın cinsel ilgi / uyanıklık bozukluğu
Kadın orgazm bozukluğu	Değişmedi
Disparoni	Birleştiler:
Vajinismus	Genito-pelvik ağrı / penetrasyon bozukluğu
Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları	
Erkeklerde erektil bozukluk	Eretil bozukluğa dönüştü
Hipoaktif cinsel istek bozukluk	Erkek hipoaktif cinsel istek bozukluğu olarak değiştirildi
Erken boşalma	Değişmedi
Erkek orgazm bozukluğu	Gecikmeli boşalma olarak değiştirildi
Erkek disparoni	Listelenmedi
Erkek cinsel ağrı	
Diğer Cinsel İşlev Bozuklukları	
Cinsel İsteksizlik Bozukluğu	
Genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu	Silindi
Madde/ilaç kaynaklı cinsel işlev bozukluğu	Değişmedi
Cinsel işlev bozukluğu NOS	Diğer belirtilen cinsel işlev bozuklukları ve belirtilmemiş cinsel işlev bozukluğu nedeniyle değiştirildi.

Tablo 4 - DSM-4 ve DSM-5'te yer alan cinsel işlev bozukluklarının farkları (IsHak & Tobia, 2013: 1).

DSM-5, DSM-4'te yer alan tutarsızlıklarından bazılarını düzeltmeye çalışmıştır. Olasılıkla, DSM-5'in cinsel işlev bozuklukların sınıflandırılmasına getirdiği en büyük değişikliklerden birisi de, kadınlarda cinsel istek ve uyarılma bozukluklarının bir araya getirilmesidir. Bu birleşmeyi savunan araştırmacılar (Graham, 2010), önerilerinin geniş bir araştırma grubuna dayandığını ve bu ayrımın yapay olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bununla birlikte, Sarin ve arkadaşları sözü edilen iddialara karşı çıkmışlar ve yeni kriterlerin aşırı sayıda, çok düşük istek ve uyarılmış hastayı dışladığını savunmuşlardır (Sarin, et al., 2013). Ayrıca, Clayton ve arkadaşları, hipoaktif cinsel bozukluğu olan hastaların genellikle tamamlanmamış çekiniklik kaybıyla başvurduğu ve bu nedenle yeni kriterlerin kullanımı hariç tutulduğu için, iki tanı birleşiminin ters etki yaptığını ileri sürmüşlerdir (Clayton, et al., 2012).

Bir diğer önemli değişiklik, disparoni ve vajinismus tanısının genito-pelvik ağrı / penetrasyon bozukluğu olarak birleştirilmesi olmuştur. Bu karar iki temel nedene dayanmaktadır. İlki, vajinismusun "vajinal kas spazmı" olarak tanısal biçimlendirmesi deneysel kanıtlarla desteklenmemiştir (Binik, 2010). İkincisi, ağrı korkusu ya da

penetrasyon korkusu, vajinismusun klinik tanımlamaları için yaygın bir konu olmaktadır (Binik, 2010). Kaplan da bunu «fobik kaçınma» olarak tanımlamıştır (Kaplan, 1974). Carvalho ve arkadaşları, beş alternatif kadın cinsel işlev modelini test ettikten sonra, vajinismus ve dispareunia tanılarının büyük oranda örtüştüğü sonucuna varmışlardır (Carvalho, et al., 2012). İki tanının çökmesinin bir sonucu da, erkek disparenisidir; bu, son derece ender olarak kabul edildiği için, tamamen terminolojiden atılmıştır (Binik, 2010).

Benzer şekilde, cinsel tiksinti bozukluğu tanısı da DSM'den silinmiştir. Bu kararın arkasındaki mantık, tanının deneysel desteğinin çok az olmasıydı. Ayrıca, cinsel isteksizliğin fobiler ve diğer anksiyete bozukluklarıyla bir takım benzerlikler paylaştığı ve bu nedenle DSM-5'in cinsel işlev bozuklukları bölümünde yer almadığı kaydedilmiştir (Brotto, 2010).

DSM-5, cinsel bozukluklar için süre ve sıklık gereklilikleri getirmiştir. Madde ve ilaç kaynaklı cinsel işlev bozukluğu dışındaki tüm tanılar, yaklaşık olarak 6 aylık minimum bir sürenin yanı sıra semptomların% 75-100'ünü gerekli kılmaktadır. Bu gelişme, cinsel işlev bozukluğunun tanısal ölçütlerinde, özellikle de süre gereksinimlerini taşıyan diğer DSM-IV tanılarıyla karşılaştırıldığında, kusur olarak görülen şeyi düzeltmektedir (Balon, 2008).

DSM-5'in cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasına getirdiği değişiklikler, geçerliliğini ve klinik yararlılığını arttırmayı hedeflemektedir. DSM-5'e getirilen bazı yenilikler psikiyatri topluluğunun bazı üyeleri tarafından eleştirilmekle birlikte, alanın cinsel hastalıklarla ilgili mevcut durumunu yansıtmakta bir dereceye kadar başarılı olduğu söylenebilir (IsHak and Tobia, 2013: 3).

2.3.4. ICD 10 SINIFLANDIRMASI

ICD (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması / International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), hastalık verilerinin, kullanıcılar tarafından kolaylıkla incelenip, değerlendirilebileceği bir biçimde sunulmasını gerekli kılar. Bu bağlamda, kullanışlı ve anlaşılır bir bilgiye erişebilmek için, hastalıkların düzenli ve anlamlı bir biçimde yapılması gereklidir. Bu doğrultuda, tamamen kuramsal bir bakış açısı yerine, uygulamaya yönelik bir bakış açısı daha uygun bulunmaktadır ve ICD'nin

geliştirilmesinde bu yaklaşım dikkate alınmıştır. ICD; etioloji, topografi gibi kökenli sınıflandırma ile araştırmalar, hasta kayıtları ve yönetim için gerekli görülen uyuşma noktalarının elde edildiği bir sınıflamadır.

ICD'de yer alan istatistiğe dayalı sınıflamada, benzeşim gösteren hastalık ya da durumlar; birleştirilerek, önem sırasına göre sınıflandırılmaktadır. Ayrıca, her hastalığın kendine özgü kodu bulunmaktadır. ICD, bu yapısı sayesinde, sağlık hizmetlerinin yönetimi yanı sıra, epidemiyolojik (salgın hastalıklar ve bunların tedavisi) çalışmalarında kullanım kolaylığı getirmektedir. Hasta takibi, hasta kayıt ve arşivlerinin oluşturulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idare ile ilgili kullanımının yanı sıra, hastalıklara yönelik istatistiksel çalışmalar ve uluslararası özelliği nedeniyle, ülkeler arasında sağlığa yönelik kıyaslamalar yapma olanağı da sağlamaktadır. Görüldüğü gibi, ICD'nin önemli bir işlevi de, hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmaktadır (ICD-10).

Cinsel işlevin, bireyin istediği gibi cinsel ilişkide bulunabileceği çeşitli yollar olarak tanımlanması, ICD-10 tanımlarının temel bir özelliğidir. ICD-10 organik (N serisi) ve organik olmayan (F serisi) işlev bozukluklarına göre alt kategorilere ayrılmış, tanımlanmış kategorileri kullanır. Sistemde çeşitli tutarsızlıklar bulunmaktadır; örneğin, ICD-10, gecikmiş boşalmayı, kendiliğinden bir kategori olarak orgazm eksikliğine eşdeğer olarak içermez. Ayrıca, kadın uyarılma bozukluğu temel olarak vajinal fizyolojik tepki açısından tanımlanırken; erkekler için, doyum sağlayıcı bir ilişki olarak erektil disfonksiyonun (ED) tanımına dahil edilmiştir. Cinsel işlev bozukluklarının ICD-10 sınıflandırması aşağıdaki tabloda (Tablo 5) gösterilmektedir:

ICD-10 Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflandırması	
Kodu	Tanı
N48.4	Organik orijinli iktidarsızlık - Psikojenik iktidarsızlık hariç (F52.2)
F52	Organik bozukluk ya da hastalıktan kaynaklanmayan cinsel işlev bozukluğu - Cinsel işlev bozukluğu, bir bireyin cinsel ilişkide bulunmasını istemediği çeşitli şekilleri kapsar. Cinsel tepki, psikosomatik bir süreçtir; hem psikolojik hem de somatik süreçler, genellikle cinsel işlev bozukluğuna neden olur. Dhat sendromu hariç (F48.8) (nevrotik bozukluk)
F52.0	Cinsel istek eksikliği veya kaybı - Cinsel arzunun kaybı temel problemdir ve erektil yetmezlik ya da disparoni gibi diğer cinsel zorlukların ikincil grubu değildir. Cinsel soğukluk -Hipoaktif cinsel istek bozukluğu
F52.1	Cinsel tiksinti ve cinsel zevk eksikliği - Ya cinsel ilişki ihtimali yeterli korku üretir; ya da cinsel aktiviteden kaçınılması kaygısı vardır (cinsel isteksizlik); veya cinsel tepkiler normal gerçekleşir ve orgazm yaşanır. Ancak uygun zevk

Tablo 5

	eksikliği vardır (cinsel zevk eksikliği). - Anhedonia (cinsel zevk alamama)
F52.2	Cinsel tepki başarısızlığı - Erkeklerdeki asıl sorun, erektil disfonksiyon'dur (tatmin edici cinsel ilişki için uygun bir ereksiyon geliştirme veya koruma zorluğu). Kadınlardaki asıl sorun ise, vajinal kuruluk ya da yağlanmanın başarısız olmasıdır. Kadın cinsel uyarılma bozukluğu - Erkek erektil bozukluk - Psikojenik iktidarsızlık - organik kökenli iktidarsızlık dışında (N48.4)
F52.3	Orgazmik işlev bozukluğu - Orgazm oluşmaz ya da belirgin şekilde gecikir. - Yasak orgazm (erkek) (dişi) - Psikojenik anorgasmy (ruhsal kökenli orgazm başarısızlığı)
F52.4	Erken boşalma - Her iki partnerin cinsel etkileşimden faydalanabilmesi için boşalmayı yeterince kontrol edememe.
F52.5	Organik Olmayan Vajinismus - Vajinayı çevreleyen pelvik taban kaslarının spazmı, vajinal açılmanın tıkanmasına neden olur. Penil giriş ya imkansız ya da acı vericidir. - Psikojenik vajinismus - Vajinismus (organik) dışında (N94.2)
F52.6	Organik Olmayan Dispareunia - Dispareunia (ya da cinsel ilişki sırasında ağrı) hem kadınlarda hem de erkeklerde görülür. Genellikle lokal patolojiye atfedilebilir ve daha sonra patolojik koşullar altında doğru bir şekilde sınıflandırılmalıdır. Bu kategori ancak birincil organik olmayan cinsel işlev bozukluğu olmadığında kullanılacaktır (örn., Vajinismus ya da vajinal kuruluk). - Psikojenik disparoni - disparoni (organik) dışında (N94.1)
F52.7	Aşırı cinsel enerji – Nymphomania - Satyriasis
F52.8	Organik bozukluk veya hastalıktan kaynaklanmayan diğer cinsel işlev bozuklukları
F52.9	Belirtilmemiş cinsel işlev bozukluğu, organik bozukluk ya da hastalıktan kaynaklanmıyor.

Tablo 5 - Cinsel işlev bozukluklarının ICD-10 sınıflandırması

2.4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI, SAVUNMA MEKANİZMALARI VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Anksiyete bozukluklarında, kaynağı belirsiz korku hissi, dikkat yoğunlaştırma güçlüğü, aşırı uyanıklık söz konusudur. Doğal olarak, bu belirtilere sahip olan kişi uyuma güçlüğü çeker; cinsel isteği azalma eğilimindedir. Anksiyete bozuklukları, anksiyeteye karşı savunma mekanizmalarının kullanımıyla belirginlik kazanır.

2.4.1. ORGANİK CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI: TIBBİ DURUM, UYUŞTURUCU VE YAŞA BAĞLI CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Cinsel tedavilerin geliştirilmesi, psikolojik kaynaklı olduğu düşünülen cinsel işlev bozukluklar ile bağlantılıdır. Patolojinin psikolojik kaynaklı olduğu düşünüldüğü için geliştirilmiştir (Cunningham, et al., 2009). Ancak, tedavi geliştirme sürecinde, organik etkenlerin de cinsel işlev bozukluklarında önemli rolü olduğu dikkat çekmiştir (Halbreich, et al., 2003). Ayrıca, cinsel işlev bozuklukları, birçok tıbbi hastalık, ameliyat ve ilaçla ilişkilidir (Şahin ve Ertekin, 2009: 75).

Bir cinsel işlev bozukluk olgusunda, organik ya da ruhsal etkenlere bağlılık derecesini saptamak oldukça zordur. Oldukça karmaşık olan tıbbi hastalıklarla, cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiler şu noktalarda ele alınabilir:

1. Tıbbi durum ya da tedavisi, cinsel işlevlerle bağlantılı fizyolojik ya da organizmanın yapısı ile ilgili sistemleri etkileyebilir.

2. Cinsel işlev bozukluğu, tıbbi duruma ya da tedaviye psikolojik tepki olarak ortaya çıkabilir. Çoğu hastalık veya hastalığın oluşturduğu durum ya da tedavi şekillerine karşı gösterilen ruhsal tepkiler, cinsel işlev bozukluğunun nedeni olabilmektedir. Örneğin, kanser; iş görme yetisi kaybı, çaresizlik, umutsuzluk, ölüm korkusu, suçluluk, ağrı anksiyetesi, bağımlılık korkularına yol açar (American Psychiatric Association, 1994).

3. Tıbbi ve ruhsal etkenlerin bir araya gelmesi, cinsel işlev bozukluğuna neden oluşturabilir. Cinsel işlev bozukluklarının, erkek hastalarda tıbbi sorunlarla; kadın hastalarda ise, psişik ve toplumsal sorunlarla daha yakından bağlantılı olduğu gözlenmiştir (American Psychiatric Association, 1994). Diğer taraftan, organik ve ruhsal etkenlerin birlikte, cinsel işlev bozukluğu gelişimine katkıda bulunmaları, oldukça sık rastlanan durumdur (Şahin ve Ertekin, 2009: 75). Menopoz döneminde, östrojen düzeyinin azalması ile bağlantılı çeşitli belirtiler ortaya çıkar. Ancak bu dönemde izlenen belirtiler, fizyolojik nedenlerin yanı sıra; kişisel, sosyal, kültürel, yaş ve ilişki ile bağlantılı etkenlerle de ilgilidir (Özkan, 1993).

4. Var olan cinsel sorun, hastalık ya da cerrahi girişim sonucu ortaya çıkarabilir. Cinsel sorunlar, kalp krizi geçiren kadın ya da erkeklerde daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu durum, krizden önceki dönemi de kapsamaktadır (Şahin ve Ertekin, 2009: 77).

5. Ruhsal etkenlerin neden olduğu cinsel işlev bozuklukları, fiziksel yakınmalar şeklinde belirebilir. Çoğu cinsel işlev bozukluk hastası, bedenle ilgili farklı yakınmalarıyla çeşitli kliniklere başvurabilmektedirler. Şahin ve Ertekin'in çalışmaları, baş, boyun, bel ve pelvis ile ilgili ağrıları nedeniyle nöroloji ve fizik tedavi kliniklerine başvurmuş ve organik herhangi bir hastalık tanısı konulamayınca, psikiyatri bölümüne gönderilmiş çoğu olguda; cinsel isteksizlik, anorgazmi (orgazm olamama) ve cinsel tikslenme bozukluğu saptamışlardır (Şahin ve Ertekin, 2009: 77).

6. Birçok tıbbi durum ve tedavileri, cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunur. Sıklıkla ilişkili olan ilaçlar, antihipertansifler, antidepressanlar, antipsikotikler ve antiandrojenlerdir. Uyuşturucu kaynaklı cinsel sorunların potansiyelini ve tedaviye uyum üzerindeki olumsuz etkilerini anlamak, klinisyene hasta ve eşi için terapi düzenlemesine olanak tanır. Cinsel işlev hakkında hasta ile yapılan görüşmeleri cesaretlendirmek ve sorunu yönetmek için stratejiler sağlamak, iyi klinik bakım için büyük öneme sahiptir (Conaglen and Conaglen, 2013).

7. Beden imgesi ve algılanan çekicilik, yaşlanmayla birlikte, cinsel ilişki arzusunda da azalmaya, çeşitli hastalıklara yol açar. Kardiyovasküler hastalık, yaşlılarda morbiditenin önde gelen bir nedenidir ve sıklıkla cinsel işlev bozukluğu ile ilişkilidir. İleri yaş, bilinen diğer risk faktörleri olmadığında dahi, vasküler işlev bozukluğu için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Billups, K.L., et al., 2005; Morley and Tariq, 2003).

Sorunun saptanması, ayrıntılı bir anamnez (hastalığın mevcut durumu ve geçmişiyle ilgili bilgilerin tümü) ile ele alınmalıdır. Sorunun değerlendirilmesinde şu etkenler önem kazanmaktadır:

- Bireyin tepkileri; başarısızlık beklentisi ve güvensizlik, zarar ve acı beklentisi, benlik saygısının azalması, depresyon olarak ortaya çıkabilir.
- Partnerin tepkisi de, anksiyete ve suçluluk olarak gözlenebilir.
- İlişkinin şekli ise, uyumsuzluk ve daha önce cinsel uyumun bozukluğu olabilir.

Hastanın cinsel kapasitesini olabildiğince doğru yorumlayabilmek için, öncelikle endokrin (iç salgı), vasküler (damarsal) ve nörolojik (sinirsel) hastalık öyküsü, belirtileri ve bunlarla ilgili ilaç kullanımı ayrıntılı bir biçimde sorulmalı, kapsayıcı bir tıbbi ve nörolojik kontrol yapılmalıdır. Cinsel işlev bozuklukları konusundaki incelemeler,

endokrinolojik ve vasküler (damarsal) sistem olarak gerçekleştirilir (Şahin ve Ertekin, 2009: 78).

Tıbbi tedaviler olarak; cinsel isteğin az olması durumunda, yetmezliğe rastlanmazsa, testosteron ya da östrojen kullanımını anlamsız bulunmaktadır. Hipofizer eksiklik durumunda, replasman (yerine koyma) yapılmalıdır (Bancroft and Wu, 1983). Prolaktin fazlalığı ile ilişkili istek azlığı ya da erektil işlev bozukluğunda bromokriptin (yarı sentetik bir alkoloit) kullanılabilir. Vasküler sorun sergileyen hastalarda da, revaskülarizasyona (yeniden damarlanma) yönelik cerrahi girişimler uygulanabilir.

Tıbbi bir rahatsızlığa sahip olan ve bununla ilişkili olarak cinsel işlevleri etkilenebilecek hastalarda, cinsel danışmanlık; daha cinsel işlevlerde herhangi bir sorun ortaya çıkmadan, birey hastanede ya da taburcu olurken, bilgilendirilmesiyle başlar. Çoğu kez, bu tür açıklamalar, gelecekteki olası cinsel işlev bozukluğu engeller (Şahin ve Ertekin, 2009: 79).

Cinsel terapide, cinsel işlev bozukluğuna yol açan ruhsal etkenlerin analiz edilmesi ve cinsel işlevleri olumlu yönde etkileyecek faktörlerin eklenerek, çiftlerin cinsel yanıtı için, en elverişli psikolojik durumun sağlanması hedeflenir. Başarısızlık korkusu ve performans anksiyetesinin azaltılması, çiftler arasındaki kırgınlıkların açıklığa kavuşturulması, güven duygusunun yükseltilmesi, çiftlerin genel ve cinsel iletişiminin artırılması bu bağlamda öncelikli ele alınması gereken konulardır. Cinsel terapinin, genel psikoterapötik yaklaşım, davranış teknikleri ve bilgi verme gibi üç temel elemanı bulunmaktadır (Şahin ve Ertekin, 2009: 79).

2.4.2. PSİKIYATRİK BOZUKLUKLARA BAĞLI OLARAK CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI VE SAVUNMA MEKANİZMALARI

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel tepki sürecinin bozulması ya da cinsel ilişkilere bağlı ağrı nedeniyle karakterize edilir (American Psychiatric Association, DSM-5, 1994; World Health Organization, ICD-10, 1993). Cinsel işlev bozukluğu; biyolojik, intrapsişik (zihinde gelişen), ilişkisel ve hatta sosyal sorunların belirtisi olabileceği gibi, bu etkenlerin bir bileşimi de olabilir (Kaplan & Saddock, 1997). Cinsel işlev; stres, duygusal sorunlar ya da cinselliğe karşı bilgisizlik yoluyla bozulabilir (Kaplan & Saddock, 1997).

Cinsel işlev bozukluğunun tipik tedavisi, 1970 yılından önceki dönemde, bireysel psikoterapi idi. Daha sonra, davranış terapisi, Masters and Johnson'un çift cinsiyet terapisi, bedensel yaklaşım, hipnoterapi ve grup terapisi gibi günümüzde de kullanılmakta olan farklı tedavi edici yaklaşımlar geliştirildi (Kaplan & Saddock, 1997; Masters & Johnson, 1970).

Davranışçı yöntemlerini psikoanalitik bir bakış açısıyla birleştiren sağaltıcı bir yaklaşım, Helen Kaplan (1979) tarafından geliştirilmiştir. Günümüzdeki en etkili tedavi yöntemlerinden biri, farklı psikodinamik ve davranışçı tekniklerin bütünleştirilmesidir (Kaplan & Saddock, 1997).

Bianchi-Demirelli ve Zutter (2005), cinsel sorunlarla bağlantılı psişik unsurları ortaya çıkarmak ve böylece onun somatik ve psikodinamik boyutlarını bütünleştirmek için, psikolojik tedavinin kuramsal ve uygulamalı bir modelini geliştirmişlerdir. Çalışmalarında, klinik seksolojiye ilişkin hızlı bir tedavi sunmuşlardır.

Menninger (1958); derin çatışmalar, anksiyete ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi şematik olarak göstermek için, bir içgörü üçgeni geliştirmiştir (Malan, 1981). 1978'de, Davanloo (1980, 1990), Menninger'in üçgenini kullanarak, kısa, yoğun bir psikoterapi tekniği geliştirmiştir. Bianchi-Demirelli ve Zutter'in çalışması (2005), 1980'de Davanloo tarafından geliştirilen yöntemden esinlenmiştir; bu yöntem, savunma mekanizmaları işlerken onları belirlemeyi ve netleştirmeyi, sonra onları baskı altına koymayı kapsamaktaydı.

Baskının uygulanması, anksiyetenin artmasını ve savunma mekanizmalarının yoğunlaşmasını tetikler. İntrapsişik (zihinde oluşan) kriz gelişir ve geçmişteki travmalarla ya da intrapsişik çatışmalarla bağlantılı acı verici duygular ortaya çıkar. Baskı uygulandığında; yüksek düzeyde anksiyete, savunma mekanizmalarının yoğunlaşması ve bazen cinsel ya da agresif dürtüler ve duyguların ifadesi ortaya çıkar. Bu noktada, savunma mekanizmalarının, anksiyetenin, duyguların ve cinsel belirtilerin arasındaki ilişkinin incelenmesine başlanabilir. Bu yöntem, cinsel belirtilerin altında yatan acılı duygulara hızlı bir erişim sağlar. İçgörü üçgeninin kullanımı; basit, hızlı ve öğretici bir tedavi stratejisi sağlar (Bianchi-Demicheli and Zutter, 2005: 58).

Cinsel sorunun kaynağı ya da belirtisi, biyolojik, intrapsişik, ilişkisel, sosyal ya da çok faktörlü olabilir. Psikolojik müdahale aşığıdaki konulara yardımcı olur:

- Cinsel sorunun psikolojik yönlerini tanımlamaya (dürtüler, duygular, anksiyete, savunma mekanizmaları)
- Cinsel sorunun dinamikleri ile ilgili hipotezleri formüle etmeye (somatik ve psişik arasındaki ilişki)
- Bu hipotezler temelinde terapötik müdahaleleri önermeye.

Tedavi stratejisi de şu basamaklardan oluşur:

- Hastanın terapiye yönelik motivasyonunun değerlendirilmesi ve hastanın bir psikoloğa danışmasına yol açan sorunun açıklanması: Cinsel sorunun açıklığa kavuşturulması; olası nedeni ya da sonucu olarak; somatik, intrapsişik ve ilişkisel yönlerini dikkate alan geçici bir işlevsel tanı gerektirir. Bunun için de; danışma ve hastanın beklentileri için motivasyon; danışma ve doktorun beklentileri için motivasyon bilgileri gerekli olmaktadır.

- Somatik ve psikolojik boyutlarını içeren sunum sorununun açıklaması, tanımlaması: Başlangıçta, belirti ya da cinsel sorun; genellikle ya tek bir bedensel ve işlevsel unsur olarak, ya da ağrı, cinsel ilişki kurulamaması, kısırlık (infertilite) gibi olguların sonucu olarak, dramatik bir şekilde belirgindir. Açıklığa kavuşturmak için, bu yönler şunları noktaları içerir:

A) Somatic yönleri: Tanı, yapılan veya planlanan testler, geçmiş ve günümüzdeki tedavi, araştırılması gereken diğer alanlar.

B) Psikosomatik yönü: Duygusal veya anksiyete ile ilişkili faktörler tarafından belirgin ya da varsayımsal olarak ortaya çıkan cinsel belirtiler.

C) Bu sorunlara yönelik psişik tepkiler: hastanın sorunu ile yaşaması ve bunu nasıl yönettiği.

D) Psikolojik belirtiler, sorunlu davranışlar ve anksiyete olarak ifade edilen, hastanın kendisi ile olan zorlukları ya da çatışmaları.

E) Çift ve ailenin ilişkisel zorlukları.

Sorunun açık bir tanımına ulaşmak için; hastanın; yaşadığı zorluğun her yönünü, doğasını, zamanını ve koşullarını not etmek ve şiddet derecesini saptamak için bir günlük tutması yararlı görülmektedir. Ayrıca, aşağıdaki ek bilgiler de yararlı olmaktadır:

- Geçmişte hasta herhangi bir cinsel terapi geçirdi mi? Ne tür terapi uygulandı ve ne sonuç verdi? Bu konuda hala bir duygu hissediyor mu? Bu duygular nedir?

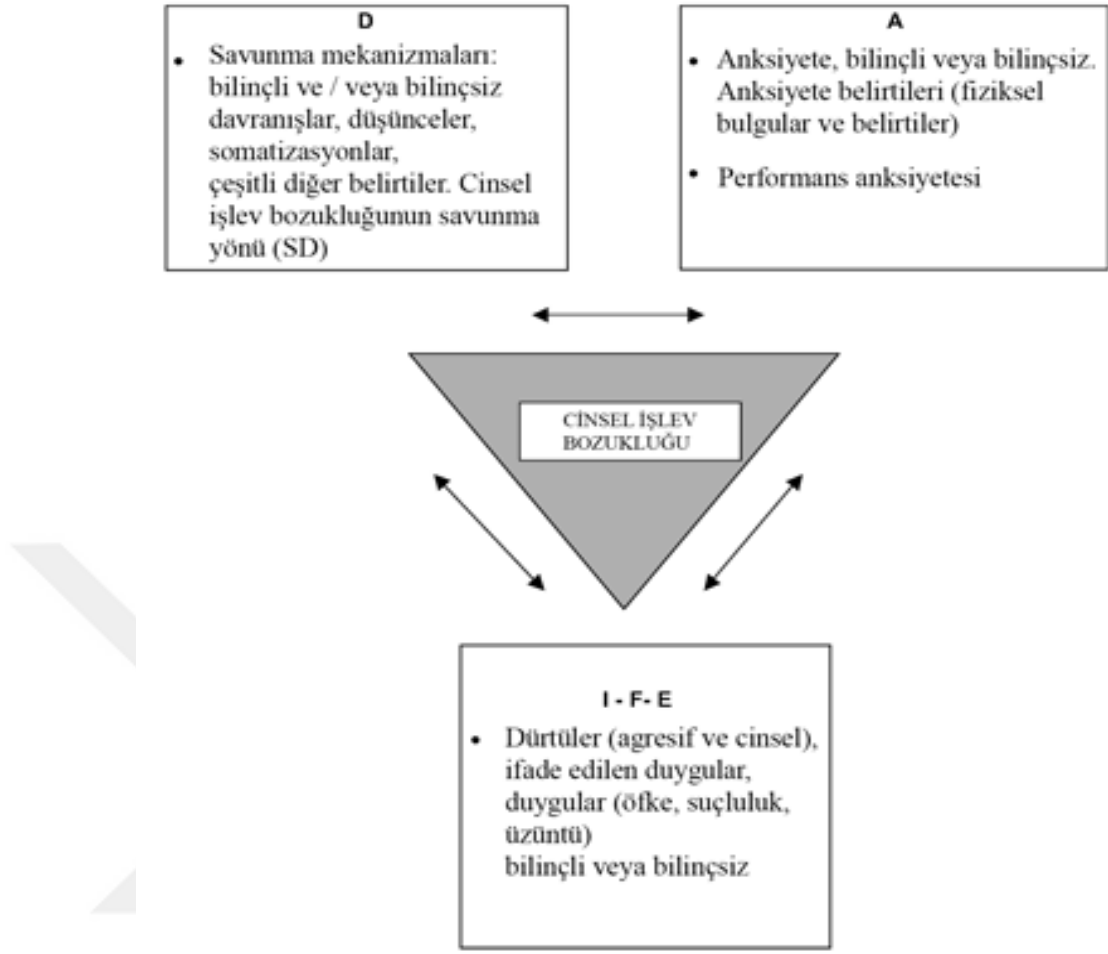
- Belirti hakkında kişisel düşünceler ve inançlar (kültürel boyut) ya da kişisel kanılar var mı?

• Belirti geliştirme ve işleyişi ile ilgili bir varsayım formülasyonu: Bu noktada, çeşitli veri akışları eklenmeli, birbirleriyle olan ilişkileri düzenlenmeli ve hastanın yardımıyla hazırlanmış bir çalışma varsayımı hazırlanmalıdır. Cinsel belirti ya da sorunun temelinde, şu olgular belirlenmeye çalışılır (Şekil -):

- Dürtüler, ifade edilen duygular ve hisler (I-F-E)
- Anksiyete (A)
- İfadeyi bir ya da daha fazla cinsel işlev bozukluğu (SD) biçimi olarak gören bilişsel veya davranışsal savunma mekanizmaları (D)

Aşağıdaki modelde, hastanın şikayetinin odağı olduğu için, üçgenin ortasına cinsel işlev bozukluğu (SD) yerleştirilmiştir. Üçgenin bu merkezi konumu, cinsel işlev bozukluğunun belirtilerinin; dürtüler, ifade edilen hisler ve duygular (I-F-E), anksiyete (A) ile savunma mekanizmaları (D) arasındaki dinamik bir etkileşimin sonucu olarak ortaya çıkar. Cinsel belirti, savunma mekanizması açısından önem kazanır, çünkü genellikle savunma işlevine sahiptir (Bianchi-Demicheli and Zutter, 2005: 60).

Savunma, psikanaliz sözlüğünde, bir bireyin psikobiyojik bütünlüğünü ve statükosunu tehdit edecek herhangi bir değişikliği önlemek ya da azaltmak için çalışan bir dizi operasyon olarak tanımlanır (Laplanche & Pontalis, 1967). Ego savunmasının iç mekanizması; bastırma, yansıtma ve süblimasyonun içsel psikolojik süreçleri ve iç psişik yaşamın dünya ile olan ilişkilerini manipüle ederek koruduğu transpersonal savunmalarla tanımlanabilir (Fournier, 1984). Cinsel belirti, bu savunma mekanizmalarının semptomatik olarak kullanılmasının bir göstergesi olabilir. Bu, ego'yu korumak için, başkalarıyla olan ilişkileri manipüle etmeye yarayan, içsel psişik bir mekanizmadan ortaya çıkar (Fournier, 1984).



Şekil 1 -. İçgörü üçgeni (Bianchi-Demicheli and Zutter, 2005: 61).

Genel bir kural olarak, açıklığa kavuşturulacak ilk üçgen hastanın sorunlarından biridir (SD). Bir terapistin birbiriyle bağlantılı bir dizi üçgen bulma olasılığı vardır ve bunların açıklamaları, netliğe kavuşturulacak diğer çatışmaların birbirini izleyen bulgularını ortaya çıkarmaktadır.

Bu üçgen, D, A, I-F-E'nin unsurlarını açıklığa kavuşturmakta ve aralarındaki bağlantıyı kurmaktadır. Burada yapılacak çalışmanın her aşaması, hasta ile birlikte biçimlendirilmeli ve tartışılmalıdır. Bu, hastanın aktif bir ortak olduğu, ortak çalışmadır. Hastanın katılımı ve onayı, işin ve terapinin başarısı için, uygunluğu sağlamakta gereklidir. Bu durum, sihirli bir çözüm beklentisi ile pasif, bağımlı bir tutum karşısında koruma sağlar. Bilinçsiz anksiyete ile, hastanın farkında olmadığı, ancak beden diliyle açıkça belirttiği anksiyeteden söz edilmektedir.

Bu yaklaşım, Menninger'in içgörü üçgenini (Menninger's triangle of insight) kullanan Davanloo tarafından geliştirilen psikoterapi yöntemine dayanmaktadır (Davanloo, 1980, 1990, 2000). Bu son derece şematik üç boyutlu model; ruhsal gerçekliğin yorumunu; basit, hızlı ve etkili bir şekilde açıklığa kavuşturmaktadır. Hastanın davranışının ayrıntılı olarak gözlemlenmesi, anksiyete ve savunma mekanizmalarının belirtilerinin açıklığa kavuşmasına yol açar. Ardından, savunma mekanizmaları üzerindeki baskı; anksiyete ve savunma mekanizmalarını kendiliğinden arttırır ve duyguları ortaya çıkarır.

Psşik/ruhsal reaksiyonların uyarılması, hastaların farkında olmalarını sağlar:

- Anksiyeteleri ve fiziksel belirtileri
- Aktifleştirmeye başladığı savunma mekanizmaları
- Dürtüleri, ifade edilen hisleri ve yüzeydeki duyguları
- Bu üç unsur arasındaki bağlantıyı
- Cinsel sorunun kökeni ve işlevini

Hastanın savunma mekanizmalarıyla yüzleştiği kısa psikoterapi yöntemi, bir seansta psikolojik reaksiyonlar yaratmayı başarmaktadır. Böylece psşik tepkinin; savunma mekanizmaları, anksiyete, dürtüler ve terapötik ilişkide ortaya çıkan duygular gibi farklı bileşenlerini açıklığa kavuşturmak mümkün olur. Terapist, daha sonra bağlantıları izleyebilir; geçmişteki ve şimdiki tepkiler arasında önemli olanları saptayabilir ve belirtilerin olası anlamları üzerine hipotezler hazırlayabilir. Ağrılı duyguların, agresif ve cinsel dürtülerin farkındalığı, intrapsşik çatışmaların doğasını açıklığa kavuşturur ve cinsel belirtinin işlevini ortaya çıkarabilir (Fournier, 1984).

Sorunu açığa kavuşturma çalışmaları, tedavinin seçiminde de yardımcı olur. Terapist, anksiyeteli ya da dürtüsel yönleri olan bu üç yönün sürekli etkileşime girdiğini akılda tutarak, savunmaya müdahale etmeyi seçebilir. Müdahale odağı ne olursa olsun, bu model psşik reaksiyonun dinamizmini korumaya ve semptomla odaklanmaya yardımcı olur.

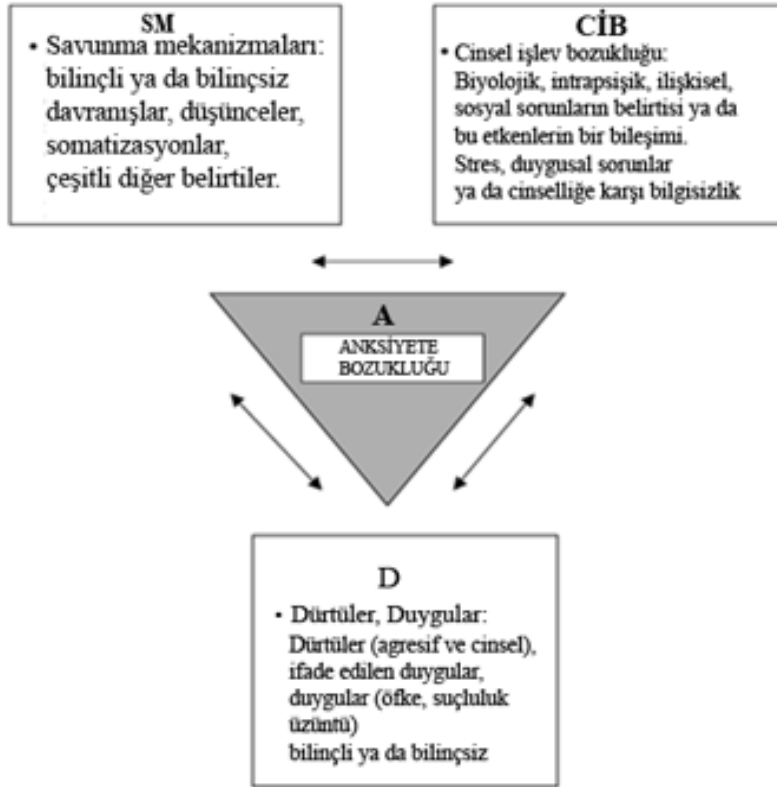
Bu model, cinsel sorunları karakterize eden somatik ve psikodinamik boyutların entegrasyonunu sağlamaktadır. Bu, hem terapist hem de hasta için, öğretici ve sağaltıcı değeri kavramsallaştırma ve yorumlama modelidir. Bilişsel, davranışsal, hipnoz ve psikoanalitik gibi çeşitli sağaltım yöntemlerinin kullanılmasını sağlar; çünkü bunları küresel bir psikoseksüel dinamik haline getirir (Bianchi-Demicheli and Zutter, 2005)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Sonucu etkileyecek temel değişkenler; anksiyete bozukluğu çerçevesinde; diğer psikopatoloji, sosyal beceriler, olumsuz sosyal inançlar, kamusal benlik bilinci, savunma mekanizmaları, kişisel hedefler, cinsel işlev bozuklukları davranışlarında ölçülüp, objektif test sırasında çok aşamalı analiz kullanılarak belirlenecektir.



Şekil 2 – Anksiyete bozukluğunun; savunma mekanizmaları, cinsel işlev bozuklukları ve duygu ile dürtülerle ilişkisine yönelik model.

3.2. ÇALIŞMA GRUBU

Örnekleme, seçim ölçütlerini yerine getiren ve eğitimli bir hastanenin yetişkin bir psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan seçildi. Çalışma 09/01/2017 – 09/07/2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Demografik ayrıntıları saptamak için, 100 hastanın teşhis edilmesine bakılmaksızın vaka kaydı incelendi. Hastaların kadın-erkek oranı %59- %41, evli ve evli olmayan / boşanmış olanların oranı %51-%49, üniversite mezunu olanların oranı %21, lise mezunu olanların oranı %34 idi. Bu katılımcılardan Beck-A testine göre anksiyete bozukluğu hafif, orta veya üst düzey çıkanların, ACYÖ testi ve SBT testine göre çıkan verileri istatistiksel olarak eşleştirme yapılarak analiz edildi.

3.3. VERİ TOPLAMA

3.3.1. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

A, CİB ve SM kriterlerini ayrı ayrı yerine getiren kişiler; yaş, cinsiyet, medeni hal ve eğitim durumuna göre eşleştirildikten sonra değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni hal (seçilen 3 kategoriden) ile eşleşen kişiler, gönüllü olarak kliniğe gelen hastalardan seçilmiştir.

3.3.2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği (BECK-A), Aaron T. Beck ve meslektaşları tarafından yaratılan, çocukların ve yetişkinlerin anksiyete şiddetinin ölçülmesinde kullanılan, 21 soruluk, hastanın kendi kendine uygulamalı (self-report) çoktan seçmeli bir ölçektir. Bu ölçümde kullanılan sorular, konunun bir önceki hafta boyunca yaşadığı yaygın endişe semptomlarını sorgulamaktadır. 17 yaş ve üzerindeki kişiler için tasarlanmıştır ve tamamlanması 5 ila 10 dakika sürer. Birçok çalışma, Beck Anksiyete Ölçeği'ni, çocuklarda ve yetişkinlerde rastlanan anksiyete belirtilerinin doğru bir ölçüsü olarak bulmuştur (Leyfer, et al., 2006; Ulusoy, vd., 1998).

3.3.3. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

Bu test, psikiyatrik hastalarda ve sağlık sorunları olan insanlarda (erkekler ve kadınlar), cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi amacıyla tasarlanmıştır. Özellikle ilaçların ya da zihinsel faaliyeti etkileyen maddelerin alımı ile ilişkili cinsel işlevlerin değişimlerini değerlendirir. Bu anket, hem bir klinisyen tarafından hem de kendi kendine uygulanabilir. 6 maddelik bir Likert ölçeğinde derecelendirilmiş 5 maddeden oluşur. Her bir madde cinselliğin belirli bir yönünü araştırır: 1- Cinsel durum, 2- Uyarılma, 3a- Penil ereksiyon, 3b- Vajinal yağlama, 4- Orgazm yeteneği, 5- Orgazmdan memnuniyet. Ölçeğin yalnızca bir unsurunun, bir erkek ve bir kadın versiyonu vardır (3a - 3b). Bu test, Cronbach katsayısı alfa 0,90 ve $r = 0,80$ ile korelasyon (1 ve 2 hafta arayla) iyi güvenilirlik endeksleri sağlar. Ölçeğin geçerliliği, örnek gruplar (işlevsiz hastalar) ve kontrol grupları tarafından elde edilen puanlar arasındaki farklılıklar nedeniyle çeşitli çalışmalarla değerlendirilmiştir (Soykan, 2004; Soykan, vd., 2005; Sukan ve Maner, 2007). Yakınsak (convergent) ve ayırgeç (discriminant) geçerliliği, ACYÖ ile elde edilen sonuçların diğer testlerde elde edilenlerle karşılaştırılarak ölçülmüştür (McGahuey, et al., 2000).

3.3.4. SBT SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ

Savunma Biçimleri Testi, Bond ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiştir. Kendini değerlendirmeye yönelik bu test; 88 maddeden oluşan, 26 savunma biçiminin değerlendirildiği bir kağıt kalem testidir. Yapı geçerliği çalışması, SBT'deki savunmaların 4 faktörde toplandığını göstermektedir: 1- Gelişmemiş savunmalar, 2- İmge çarpıtıcı savunmalar, 3- Kendiliği gizleyen savunmalar, 4- Olgun savunmalar (Yılmaz, vd., 2007: 245).

SBT'nin 1983 formu, DSM III-R'de (APA, 1987) savunma mekanizmalarının ele alınmasından sonra; Andrews ve arkadaşları (1989) tarafından revize edilerek, SBT'nin 72 maddelik formu oluşturulmuştur (SBT-72). SBT-72'de 20 savunma biçimi ele alınarak, 3 faktörde toplanmıştır: 1- İmmatür savunmalar, 2- Nevrotik savunmalar, 3- Olgun savunmalar.

Andrews ve arkadaşları (1993), SBT-72'de saptadıkları bazı eksiklikler ve yanlışlıklar nedeniyle, SBT'nin 40 maddelik formunu (SBT-40) geliştirmişlerdir. Yapı

geçerliği analizi, SBT-72'ye benzer şekilde, SBT-40'daki savunmaların; immatür, nevrotik ve olgun savunma biçimleri olarak 3 boyutta toplandığını göstermiştir.

SBT-88 ve SBT-40'ın İtalyanca (Martini ve ark., 2004) ve Japonca (Hayashi ve ark., 2004; Nishimura, 1998) gibi çeşitli dillere göre çevirisi ve uyarlaması yapılarak, güvenilirlik-geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Ayrıca Bond (2004), savunma biçimleri testine yönelik revize çalışmasında; SBT'nin İtalya, Portekiz, Fransa, Almanya gibi diğer ülkelerde geçerlik-güvenilirlik çalışmalarının yapıldığını ve araştırmalarda kullanıldığını bildirmiştir.

Türkiye'de, SBT-40'ın 88 maddelik formunun güvenilirlik-geçerlik çalışması, Bodur (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma sonucunda, SBT'deki savunmaların orijinal çalışmadaki gibi bir faktör yapısına sahip olmadığı ve kriter geçerliğinin düşük olduğu belirtilmiş ve bu nedenle SBT'nin 14 savunmayı ölçen 26 maddelik kısa formu oluşturulmuştur (SBT-26). Ancak bu çalışma da, bazı sorunları (az sayıda savunma mekanizmasını ölçmesi, bazı savunmaları ölçmek için çok az sayıda madde kullanması, savunmaların sayı dağılımının dengesizliği ve olgun savunmalar sınıflamasına ait bir mekanizmayı içermemesi, vb.) içermektedir.

Diğer yandan, SBT-88'e kıyasla SBT-40, madde sayısı açısından klinik uygulamalarda kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca, SBT-40'ın yaygın kullanımı ve DSM III-R'de tanımlanan savunma biçimleri ile daha tutarlı olması, diğer olumlu özellikleri arasındadır. Yılmaz ve arkadaşları (2007), SBT-40'ın Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin Türk kültüründe de beklendiği gibi çalışıp çalışmadığını sorguladıkları araştırmada; SBT-40'ın psikometrik özelliklerinin kabul edilir düzeyde olduğu, yani bu testin Türkiye'de yürütölen araştırmalarda kullanılabilir nitelikte olduğunu saptamışlardır (Yılmaz vd., 2007).

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

3.4.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN İSTATİKSEL TEKNİKLER

3 grup (A, CİB, SM) istatistiksel analiz kullanılarak homojenlik açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel analiz, IBM SPSS 23.0 sürümü kullanılarak yapılmıştır. Ayrık değişkenler, varyans analizi (ANOVA) kullanılarak, χ^2 testi ve sürekli değişkenler kullanılarak karşılaştırılmıştır.

3.4.2. ÖLÇEKLERİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Beck anksiyete ölçeği (BECK-A), Arizona cinsel yaşantılar ölçeği (ACYÖ) ve savunma biçimleri testi (SBT) toplam puanları arasındaki korelasyon analizi Pearson korelasyonu kullanılarak yapıldı. ACYÖ maddeleri ile 4 tanı arasındaki ilişkiyi bulmak için çokterimli faktöryel lojistik regresyon analizi yapıldı. Ortalama puanlar arasındaki önem düzeyini karşılaştırmak için Post-Hoc (Çoklu Karşılaştırma) analizi yapıldı. Olasılık oranı tahminleri, 3 kategori arasında anksiyete bozukluğu riskinin tahmin edilmesi için yapıldı. Bütün bu analizlerde, iki uçlu önem düzeyi $p < 0,005$ ve güven aralığı 0,787 olarak (Tablo 6) belirlenmiştir (Kendurkar and Kaur, 2008: 300).

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
0,787	85

Tablo 6 – Güvenilirlik İstatistikleri Sonuçları.

3.4.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- Anksiyete bozukluğu tanısı almış fakat ilaç kullanmaya başlamamış hastalarda cinsel işlev bozukluğu da vardır.
- Anksiyete bozukluğunda görülen cinsel işlev bozukluğu, hemen hemen tüm cinsel işlev alanlarını kapsar.
- Anksiyete bozukluğu hastaları, savunmaları olgunlaştıkça daha az cinsel işlev bozukluğu gösterir
- Anksiyete bozukluğu, savunma mekanizmalarının yoğunlaşmasına yol açar; bu durum da cinsel işlev bozukluğunu tetikler.
- Anksiyete bozukluğu semptomları; dürtüler, ifade edilen hisler ve duygular (D), cinsel işlev bozukluğu (CİB) ve savunma mekanizmaları (SM) arasında dinamik bir etkileşimi gösterir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK BULGULAR

Tablo 7

DEMORAFİK ÖZELLİKLER	SEÇENEKLER	N	%
Cinsiyet	Kadın	59	59,0
	Erkek	41	41,0
Eğitim Durumu	Okuma/Yazma Bilmiyor	17	17,0
	İlköğretim	22	22,0
	Lise	34	34,0
	Üniversite	21	21,0
	Yüksek Lisans	6	6,0
Çalışıyor musunuz?	Evet	64	64,0
	Hayır	36	36,0
Medeni Durum	Evli	51	51,0
	Bekar	37	37,0
	Dul	12	12,0
Evli iseniz kaç yıllık evlisiniz?	1-5 yıl	19	19,0
	6-10 yıl	39	39,0
	11-15 yıl	32	32,0
	16 yıl ve daha fazla	10	10,0
Çocuğunuz var mı?	Evet	59	59,0
	Hayır	41	41,0
Evet ise kaç çocuğunuz vardır?	1 çocuk	29	29,0
	2 çocuk	23	23,0
	3 çocuk	4	4,0
	4 ve daha fazla çocuk	3	3,0
Eğer Anne iseniz anne olma yaşıınız nedir?	18 yaşın altında	7	11,9
	18-25 yaş	31	52,5
	26-35 yaş	16	27,1
	36-45 yaş	5	8,5
	46 ve üzeri	0	0,0
Planlı bir gebelik mi yaşadınız?	Evet	27	45,8
	Hayır	32	54,2

Doğum sonrası depresyon yaşadınız mı?	Evet	47	79,7
	Hayır	12	20,3
Evlilik öncesi cinsellik yaşadınız mı?	Evet	61	61,0
	Hayır	39	39,0
İlk cinsellik yaşınız nedir?	18 yaşın altında	29	29,0
	18-25 yaş	37	37,0
	26-35 yaş	31	31,0
	35 yaş ve üzeri	3	3,0
Evde anne-baba- çocuk dışında birileri yaşıyor mu?	Evet	38	38,0
	Hayır	62	62,0
Kim- kimler yaşıyor?	Annane	2	5,1
	Babaanne	8	20,5
	Dede	6	15,4
	Bakıcı	19	48,7
	Diğer	4	10,3

Tablo 7 – Demografik Bulgular.

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre elde edilen bulgular (Tablo 7);

- Katılımcıların %41'i erkek, %59'u kadındır.
- Katılımcıların %21'i üniversite mezunudur, %34'ü lise mezunudur.
- Katılımcıların %64'ü çalışmaktadır.
- Katılımcıların %37'si bekardır, %51'i evlidir.
- Katılımcıların %39'u 6-10 yıllık evlidir, %32'si 11-15 yıllık evlidir.
- Katılımcıların %59'unun çocuğu vardır, %41'inin çocuğu yoktur.
- Katılımcıların %29'unun 1 çocuğu, %23'ünün 2 çocuğu bulunmaktadır.
- Katılımcı kadınların %52,5'i 18-25 yaş grubunda anne olmuştur.
- Katılımcı kadınların %54,2 'si planlı bir gebelik yaşamamıştır.
- Katılımcı kadınların %79,7'si doğum sonrası depresyon yaşamıştır.
- Katılımcıların %61'i evlilik öncesi cinsellik yaşamıştır.

- Katılımcıların %37'si 18-25 yaş grubunda ve %31'i 26-35 yaş grubunda ilk cinsel deneyimini yaşamıştır.
- Katılımcıların %38'i evde anne-baba- çocuk dışında birileri ile birlikte yaşamaktadır.
- Katılımcıların %48,7 'sinin evinde çekirdek ailenin dışında bakıcı yaşamaktadır.

4.2. ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE AİT BULGULAR

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	Seçenekler	N	%
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	Hiç	22	22,0
	Hafif Düzeyde(Beni pek etkilemedi)	46	46,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	19	19,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	13	13,0
2. Sıcak/ ateş basmaları	Hiç	40	40,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	18	18,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	29	29,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	13	13,0
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	Hiç	51	51,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	26	26,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	14	14,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	9	9,0
4. Gevşeyememe	Hiç	17	17,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	28	28,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	39	39,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	16	16,0
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	Hiç	21	21,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	19	19,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	17	17,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	43	43,0
6. Baş dönmesi veya sersemlik	Hiç	4	4,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	17	17,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	16	16,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	63	63,0
7. Kalp çarpıntısı	Hiç	8	8,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	15	15,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	23	23,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	54	54,0

Tablo 8

8. Dengeyi kaybetme duygusu	Hiç	7	7,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	13	13,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	48	48,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	32	32,0
9. Dehşete kapılma	Hiç	49	49,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	28	28,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	17	17,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	6	6,0
10. Sinirlilik	Hiç	1	1,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	3	3,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	31	31,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	65	65,0
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	Hiç	7	7,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	19	19,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	40	40,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	34	34,0
12. Ellerde titreme	Hiç	56	56,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	32	32,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	10	10,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	2	2,0
13. Titreklilik	Hiç	81	81,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	16	16,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	2	2,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	1	1,0
14. Kontrolü kaybetme korkusu	Hiç	25	25,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	39	39,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	26	26,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	10	10,0
15. Nefes almada güçlük	Hiç	16	16,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	19	19,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	42	42,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	23	23,0
16. Ölüm korkusu	Hiç	11	11,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	15	15,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	35	35,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	39	39,0
17. Korkuya kapılma	Hiç	6	6,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	13	13,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	55	55,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	26	26,0
18. Midede hazımsızlık ya da	Hiç	13	13,0

rahatsızlık hissi	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	14	14,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	47	47,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	26	26,0
19. Baygınlık	Hiç	6	6,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	28	28,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	39	39,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	27	27,0
20. Yüzün kızarması	Hiç	18	18,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	24	24,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	46	46,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	12	12,0
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	Hiç	14	14,0
	Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi)	25	25,0
	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim)	43	43,0
	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)	18	18,0

Tablo 8 – Anksiyete bozukluğu olan bireylere ait bulgular.

BECK-Anksiyete Ölçeği değerlendirmelerine ait bulgular için katılımcılara 21 yargı yöneltilmiş ve Hiç, Hafif Düzeyde (Beni pek etkilemedi), Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim) ve Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım) cevapları sınırlarında bulgular saptanmıştır (Tablo 8). Elde edilen sonuçlara göre betimsel analizler (frekans değeri, yüzdesel değeri) bakımından öne çıkan sonuçları aşağıdaki gibidir;

- “3. Bacaklarda halsizlik, titreme” Yargısına %51 oranında hiç cevabı verilmiştir.
- “6. Baş dönmesi veya sersemlik” Yargısına %63 oranında Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım) cevabı verilmiştir.
- “16. Ölüm Korkusu” Yargısına %39 oranında Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım) cevabı verilmiştir.
- “12. Ellerde titreme” Yargısına %56 oranında Hiç cevabı verilmiştir.
- “13. Titreklik” Yargısına %81 oranında Hiç cevabı verilmiştir.
- “17. Korkuya kapılma” Yargısına %55 oranında Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabilirim) cevabı verilmiştir.

4.3. ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN SAVUNMA MEKANİZMLARI VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINA AİT BULGULAR

ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ- KADIN	Seçenekler	N	%
Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?	Oldukça istekli	10	10,0
	Çok istekli	29	29,0
	Biraz istekli	43	43,0
	Biraz isteksiz	5	5,0
	Çok isteksiz	6	6,0
	Tamamen isteksiz	7	7,0
Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?	Oldukça kolay	3	3,0
	Çok kolay	6	6,0
	Biraz kolay	7	7,0
	Biraz zor	8	8,0
	Çok zor	33	33,0
	Oldukça zor	43	43,0
Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?	Oldukça kolay	3	3,0
	Çok kolay	1	1,0
	Biraz kolay	4	4,0
	Biraz zor	39	39,0
	Çok zor	52	52,0
	Asla olmaz	1	1,0
Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?	Oldukça kolay	4	4,0
	Çok kolay	3	3,0
	Biraz kolay	9	9,0
	Biraz zor	9	9,0
	Çok zor	27	27,0
	Asla boşalamam	48	48,0
Orgazmınız tatmin edici midir?	Oldukça tatmin edici	7	7,0
	Çok tatmin edici	5	5,0
	Biraz tatmin edici	9	9,0
	Pek tatmin etmiyor	17	17,0
	Çok tatmin etmiyor	51	51,0
	Orgazma ulaşamam	11	11,0

Tablo 9 – Anksiyete bozukluğu olan kadınların savunma mekanizmaları ve cinsel işlev bozukluklarına ait bulgular.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) değerlendirmelerine ait bulgular için katılımcı kadınlara 5 yargı yöneltilmiş ve seçenekleri farklı cevaplar kapsamında bulgular saptanmıştır (Tablo 9). Elde edilen sonuçlara göre betimsel analizler (frekans değeri, yüzdesel değeri) bakımından öne çıkan sonuçları aşağıdaki gibidir;

- “Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?” Yargısına %52 oranında çok zor cevabı verilmiştir.
- “Orgazmınız tatmin edici midir?” Yargısına %51 oranında çok tatmin etmiyor cevabı verilmiştir.

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ- ERKEK	Seçenekler	N	%
Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?	Oldukça istekli	61	61,0
	Çok istekli	25	25,0
	Biraz istekli	4	4,0
	Biraz isteksiz	6	6,0
	Çok isteksiz	3	3,0
	Tamamen isteksiz	1	1,0
Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?	Oldukça kolay	67	67,0
	Çok kolay	29	29,0
	Biraz kolay	4	4,0
	Biraz zor	0	0,0
	Çok zor	0	0,0
	Oldukça zor	0	0,0
Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?	Oldukça kolay	68	68,0
	Çok kolay	27	27,0
	Biraz kolay	4	4,0
	Biraz zor	1	1,0
	Çok zor	0	0,0
	Asla olmaz	0	0,0
Ne kadar kolay boşalılırsınız?	Oldukça kolay	58	58,0
	Çok kolay	26	26,0
	Biraz kolay	13	13,0
	Biraz zor	2	2,0
	Çok zor	1	1,0
	Asla boşalamam	0	0,0

Boşalmanız tatmin edici midir?	Oldukça tatmin edici	69	69,0
	Çok tatmin edici	23	23,0
	Biraz tatmin edici	8	8,0
	Pek tatmin etmiyor	0	0,0
	Çok tatmin etmiyor	0	0,0
	Hiç boşalamam	0	0,0

Tablo 10 – Anksiyete bozukluğu olan erkeklerin savunma mekanizmaları ve cinsel işlev bozukluklarına ait bulgular.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) değerlendirmelerine ait bulgular için katılımcı erkeklere 5 yargı yöneltilmiş ve seçenekleri farklı cevaplar kapsamında bulgular saptanmıştır (Tablo 10). Elde edilen sonuçlara göre betimsel analizler (frekans değeri, yüzdesel değeri) bakımından öne çıkan sonuçları aşağıdaki gibidir;

- “Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?” Yargısına %61 oranında oldukça istekli cevabı verilmiştir.
- “Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?” Yargısına %67 oranında oldukça kolay cevabı verilmiştir.
- “Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?” Yargısına %68 oranında oldukça kolay cevabı verilmiştir.
- “Ne kadar kolay boşalırsınız?” Yargısına %58 oranında oldukça kolay cevabı verilmiştir.
- “Boşalmanız tatmin edici midir?” Yargısına %69 oranında oldukça tatmin edici cevabı verilmiştir.

Tablo 11

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ	Seçenekler	N	%
1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.	1. Hiç bana uygun değil	0	0,0
	2.	0	0,0
	3.	0	0,0
	4.	0	0,0
	5.	0	0,0
	6.	8	8,0
	7.	14	14,0
	8.	45	45,0
	9.	18	18,0
	10. Bana çok uygun	15	15,0
2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.	1. Hiç bana uygun değil	4	4,0
	2.	9	9,0
	3.	41	41,0
	4.	27	27,0
	5.	11	11,0
	6.	5	5,0
	7.	3	3,0
	8.	0	0,0
	9.	0	0,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım (resim, el işi, ağaç oyma)	1. Hiç bana uygun değil	1	1,0
	2.	2	2,0
	3.	2	2,0
	4.	3	3,0
	5.	18	18,0
	6.	24	24,0
	7.	48	48,0
	8.	2	2,0
	9.	0	0,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
4. Yaptığım her şey için geçerli sebepler bulabilirim.	1. Hiç bana uygun değil	1	1,0
	2.	2	2,0
	3.	1	1,0
	4.	2	2,0
	5.	7	7,0
	6.	4	4,0

	7.	6	6,0
	8.	16	16,0
	9.	45	45,0
	10. Bana çok uygun	16	16,0
5. Kendime çok kolay gülerim.	1. Hiç bana uygun değil	5	5,0
	2.	2	2,0
	3.	2	2,0
	4.	2	2,0
	5.	4	4,0
	6.	17	17,0
	7.	21	21,0
	8.	36	36,0
	9.	5	5,0
	10. Bana çok uygun	6	6,0
6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.	1. Hiç bana uygun değil	4	4,0
	2.	4	4,0
	3.	3	3,0
	4.	8	8,0
	5.	5	5,0
	6.	8	8,0
	7.	15	15,0
	8.	38	38,0
	9.	8	8,0
	10. Bana çok uygun	7	7,0
7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.	1. Hiç bana uygun değil	22	22,0
	2.	27	27,0
	3.	37	37,0
	4.	2	2,0
	5.	1	1,0
	6.	1	1,0
	7.	6	6,0
	8.	1	1,0
	9.	1	1,0
	10. Bana çok uygun	2	2,0
8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten geldiğimi söylerler.	1. Hiç bana uygun değil	27	27,0
	2.	39	39,0
	3.	7	7,0
	4.	12	12,0
	5.	3	3,0

Tablo 11

	6.	1	1,0
	7.	6	6,0
	8.	3	3,0
	9.	1	1,0
	10. Bana çok uygun	1	1,0
9. Süpermen'mişim gibi tehlikelere aldırım.	1. Hiç bana uygun değil	9	9,0
	2.	13	13,0
	3.	10	10,0
	4.	17	17,0
	5.	39	39,0
	6.	2	2,0
	7.	1	1,0
	8.	2	2,0
	9.	4	4,0
	10. Bana çok uygun	3	3,0
10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.	1. Hiç bana uygun değil	1	1,0
	2.	3	3,0
	3.	4	4,0
	4.	5	5,0
	5.	1	1,0
	6.	4	4,0
	7.	15	15,0
	8.	9	9,0
	9.	47	47,0
	10. Bana çok uygun	11	11,0

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ	Seçenekler	N	%
11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.	1. Hiç bana uygun değil	3	3,0
	2.	3	3,0
	3.	3	3,0
	4.	5	5,0
	5.	4	4,0
	6.	12	12,0
	7.	39	39,0
	8.	25	25,0
	9.	4	4,0

	10. Bana çok uygun	2	2,0
12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.	1. Hiç bana uygun değil	4	4,0
	2.	9	9,0
	3.	2	2,0
	4.	3	3,0
	5.	8	8,0
	6.	21	21,0
	7.	44	44,0
	8.	7	7,0
	9.	2	2,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
13. Çok tutuk bir insanım.	1. Hiç bana uygun değil	1	1,0
	2.	1	1,0
	3.	0	0,0
	4.	0	0,0
	5.	5	5,0
	6.	16	16,0
	7.	35	35,0
	8.	25	25,0
	9.	14	14,0
	10. Bana çok uygun	3	3,0
14. Gerçek yaşamımdan çok hayallerim bana hoşnutluk verir	1. Hiç bana uygun değil	15	15,0
	2.	17	17,0
	3.	31	31,0
	4.	18	18,0
	5.	5	5,0
	6.	2	2,0
	7.	3	3,0
	8.	7	7,0
	9.	2	2,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.	1. Hiç bana uygun değil	4	4,0
	2.	8	8,0
	3.	10	10,0
	4.	14	14,0
	5.	9	9,0
	6.	9	9,0
	7.	33	33,0
	8.	13	13,0

	9.	0	0,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
16. İşlerim yolunda gitmediğinde bu duruma her zaman geçerli sebepler bulabilirim.	1. Hiç bana uygun değil	0	0,0
	2.	1	1,0
	3.	1	1,0
	4.	1	1,0
	5.	3	3,0
	6.	7	7,0
	7.	46	46,0
	8.	12	12,0
	9.	23	23,0
	10. Bana çok uygun	6	6,0
	17. Birçok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.	1. Hiç bana uygun değil	2
2.		2	2,0
3.		1	1,0
4.		2	2,0
5.		6	6,0
6.		18	18,0
7.		11	11,0
8.		57	57,0
9.		1	1,0
10. Bana çok uygun		0	0,0
18. Hiçbir şeyden korkmam		1. Hiç bana uygun değil	3
	2.	3	3,0
	3.	2	2,0
	4.	1	1,0
	5.	11	11,0
	6.	15	15,0
	7.	48	48,0
	8.	10	10,0
	9.	4	4,0
	10. Bana çok uygun	3	3,0
	19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.	1. Hiç bana uygun değil	3
2.		2	2,0
3.		3	3,0
4.		1	1,0
5.		8	8,0
6.		16	16,0
7.		42	42,0

Tablo 11

	8.	17	17,0
	9.	4	4,0
	10. Bana çok uygun	4	4,0
20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.	1. Hiç bana uygun değil	19	19,0
	2.	35	35,0
	3.	6	6,0
	4.	3	3,0
	5.	11	11,0
	6.	12	12,0
	7.	5	5,0
	8.	7	7,0
	9.	1	1,0
	10. Bana çok uygun	1	1,0

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ	Seçenekler	N	%
21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.	1. Hiç bana uygun değil	1	1,0
	2.	1	1,0
	3.	5	5,0
	4.	3	3,0
	5.	10	10,0
	6.	21	21,0
	7.	18	18,0
	8.	38	38,0
	9.	3	3,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.	1. Hiç bana uygun değil	4	4,0
	2.	5	5,0
	3.	7	7,0
	4.	6	6,0
	5.	7	7,0
	6.	12	12,0
	7.	38	38,0
	8.	14	14,0
	9.	6	6,0
	10. Bana çok uygun	1	1,0
	2.	2	2,0

Tablo 11

	3.	1	1,0
	4.	1	1,0
	5.	12	12,0
	6.	19	19,0
	7.	18	18,0
	8.	39	39,0
	9.	5	5,0
	10. Bana çok uygun	2	2,0
24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.	1. Hiç bana uygun değil	17	17,0
	2.	13	13,0
	3.	4	4,0
	4.	5	5,0
	5.	8	8,0
	6.	6	6,0
	7.	12	12,0
	8.	23	23,0
	9.	10	10,0
	10. Bana çok uygun	2	2,0
25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.	1. Hiç bana uygun değil	0	0,0
	2.	0	0,0
	3.	0	0,0
	4.	17	17,0
	5.	15	15,0
	6.	11	11,0
	7.	43	43,0
	8.	13	13,0
	9.	1	1,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.	1. Hiç bana uygun değil	18	18,0
	2.	51	51,0
	3.	1	1,0
	4.	8	8,0
	5.	8	8,0
	6.	6	6,0
	7.	3	3,0
	8.	2	2,0
	9.	2	2,0
	10. Bana çok uygun	1	1,0
27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.	1. Hiç bana uygun değil	1	1,0

	2.	1	1,0
	3.	2	2,0
	4.	1	1,0
	5.	3	3,0
	6.	19	19,0
	7.	28	28,0
	8.	25	25,0
	9.	13	13,0
	10. Bana çok uygun	7	7,0
28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.	1. Hiç bana uygun değil	2	2,0
	2.	3	3,0
	3.	1	1,0
	4.	2	2,0
	5.	14	14,0
	6.	21	21,0
	7.	27	27,0
	8.	16	16,0
	9.	9	9,0
	10. Bana çok uygun	5	5,0
29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim	1. Hiç bana uygun değil	1	1,0
	2.	0	0,0
	3.	1	1,0
	4.	0	0,0
	5.	11	11,0
	6.	13	13,0
	7.	42	42,0
	8.	26	26,0
	9.	6	6,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.	1. Hiç bana uygun değil	0	0,0
	2.	4	4,0
	3.	5	5,0
	4.	9	9,0
	5.	9	9,0
	6.	18	18,0
	7.	47	47,0
	8.	8	8,0
	9.	0	0,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0

Tablo 11

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ	Seçenekler	N	%
31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.	1. Hiç bana uygun değil	3	3,0
	2.	1	1,0
	3.	1	1,0
	4.	4	4,0
	5.	11	11,0
	6.	17	17,0
	7.	37	37,0
	8.	9	9,0
	9.	8	8,0
	10. Bana çok uygun	9	9,0
32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.	1. Hiç bana uygun değil	0	0,0
	2.	1	1,0
	3.	0	0,0
	4.	0	0,0
	5.	0	0,0
	6.	0	0,0
	7.	68	68,0
	8.	13	13,0
	9.	12	12,0
	10. Bana çok uygun	6	6,0
33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.	1. Hiç bana uygun değil	3	3,0
	2.	4	4,0
	3.	10	10,0
	4.	10	10,0
	5.	11	11,0
	6.	12	12,0
	7.	48	48,0
	8.	2	2,0
	9.	0	0,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.	1. Hiç bana uygun değil	13	13,0
	2.	10	10,0
	3.	8	8,0
	4.	14	14,0

Tablo 11

	5.	10	10,0
	6.	9	9,0
	7.	6	6,0
	8.	30	30,0
	9.	0	0,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.	1. Hiç bana uygun değil	0	0,0
	2.	1	1,0
	3.	0	0,0
	4.	1	1,0
	5.	5	5,0
	6.	7	7,0
	7.	9	9,0
	8.	47	47,0
	9.	16	16,0
	10. Bana çok uygun	11	11,0
36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.	1. Hiç bana uygun değil	5	5,0
	2.	4	4,0
	3.	1	1,0
	4.	1	1,0
	5.	7	7,0
	6.	5	5,0
	7.	12	12,0
	8.	58	58,0
	9.	2	2,0
	10. Bana çok uygun	5	5,0
37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.	1. Hiç bana uygun değil	1	1,0
	2.	1	1,0
	3.	2	2,0
	4.	3	3,0
	5.	7	7,0
	6.	12	12,0
	7.	59	59,0
	8.	11	11,0
	9.	4	4,0
	10. Bana çok uygun	0	0,0
38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.	1. Hiç bana uygun değil	0	0,0
	2.	1	1,0
	3.	1	1,0

Tablo 11

	4.	2	2,0
	5.	9	9,0
	6.	7	7,0
	7.	18	18,0
	8.	45	45,0
	9.	10	10,0
	10. Bana çok uygun	7	7,0
39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.	1. Hiç bana uygun değil	2	2,0
	2.	3	3,0
	3.	1	1,0
	4.	3	3,0
	5.	5	5,0
	6.	14	14,0
	7.	14	14,0
	8.	17	17,0
	9.	39	39,0
	10. Bana çok uygun	2	2,0
40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.	1. Hiç bana uygun değil	2	2,0
	2.	7	7,0
	3.	7	7,0
	4.	11	11,0
	5.	13	13,0
	6.	6	6,0
	7.	6	6,0
	8.	41	41,0
	9.	6	6,0
	10. Bana çok uygun	1	1,0

Tablo 11 – Savunma Biçimleri Testi.

Savunma Biçimleri Testi (DSQ) değerlendirmelerine ait bulgular için katılımcılara 40 yargı yöneltilmiş ve Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bana çok uygun cevapları sınırlarında bulgular saptanmıştır (Tablo 11). Elde edilen sonuçlara göre betimsel analizler (frekans değeri, yüzdesel değeri) bakımından öne çıkan sonuçları aşağıdaki gibidir;

✓ **Olgun Savunma Tarzı Alt Ölçeğine Göre;**

Sublimation (yüceltme 3. Ve 38. Yargı):

- “3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)” Yargısına %48 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.” Yargısına %45 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Humor (mizah 5. Ve 26. Yargı);

- “5. Kendime çok kolay gülerim.” Yargısına %36 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.” Yargısına %51 oranında 2 puan sınırında bana hiç uygun değil cevabı verilmiştir.

Anticipation(beklenti 30. Ve 35. Yargı);

- “30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.” Yargısına %47 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.” Yargısına %47 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Suppression (baskılama 2. Ve 25. Yargı);

- “2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.” Yargısına %41 oranında 3 puan sınırında hiç bana uygun değil cevabı verilmiştir.

- “25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.” Yargısına %43 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

✓ **Nörotik Savunma Tarzı Alt Ölçeğine Göre;**

Undoing (yapma bozma 32. Ve 40. Yargı):

- “32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.” Yargısına %68 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.” Yargısına %41 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Pseudo altruizm (psödo altruizm 1. Ve 39. Yargı):

- “1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.” Yargısına %45 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.” Yargısına %39 oranında 9 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Idealization (idealleştirme 21. Ve 24. Yargı):

- “21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.” Yargısına %38 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.” Yargısına %23 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Reaction formation (karşıt tepki geliştirme 7. Ve 28. Yargı):

- “7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.” Yargısına %37 oranında 3 puan sınırında hiç bana uygun değil cevabı verilmiştir.
- “28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.” Yargısına %27 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

✓ **Olgunlaşmamış Savunma Tarzı Alt Ölçeğine Göre;**

Projection (yansıtma 6. Ve 29. Yargı):

- “6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.” Yargısına %38 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim.” Yargısına %42 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Passive aggression (pasif saldırganlık 23. Ve 36. Yargı):

- “23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hincımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.” Yargısına %39 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.” Yargısına %58 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Acting out (dışa vurma 11. Ve 20. Yargı):

- “11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.” Yargısına %39 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.” Yargısına %35 oranında 2 puan sınırında hiç bana uygun değil cevabı verilmiştir.

Isolation (yalıtma 34. Ve 37. Yargı):

- “34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.” Yargısına %30 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.” Yargısına %59 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Devaluation (değersizleştirme 10. Ve 13. Yargı):

- “10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.” Yargısına %47 oranında 9 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “13. Çok tutuk bir insanım.” Yargısına %35 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Autistic fantasy (otistik fantezi 14. Ve 17. Yargı):

- “14. Gerçek yaşamımdan çok hayallerim bana hoşnutluk verir” Yargısına %31 oranında 3 puan sınırında hiç bana uygun değil cevabı verilmiştir.
- “17. Birçok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.” Yargısına %57 oranında 8 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Denial: (inkar 8. Ve 18. Yargı):

- “8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten geldiğimi söylerler.” Yargısına %39 oranında 2 puan sınırında hiç bana uygun değil cevabı verilmiştir.
- “18. Hiçbir şeyden korkmam.” Yargısına %48 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Displacement (yer değiştirme 31. Ve 33. Yargı):

- “31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman geręekten anlamıyorlar.” Yargısına %37 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “33. Üzütülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.” Yargısına %48 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Dissociation (disosiyasyon 9. Ve 15. Yargı):

- “9. Süpermen’mişim gibi tehlikelere aldırmmam.” Yargısına %39 oranında 5 puan sınırında hiç bana uygun değil cevabı verilmiştir.
- “15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.” Yargısına %33 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Splitting (bölünme 19. Ve 22. Yargı):

- “19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.” Yargısına %42 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.” Yargısına %38 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Rationalization (rasyonaliasyon 4. Ve 16. Yargı):

- “4. Yaptığım her şey için geçerli sebepler bulabilirim.” Yargısına %45 oranında 9 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “16.İşlerim yolunda gitmediğinde bu duruma her zaman geçerli sebepler bulabilirim.” Yargısına %46 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

Somatization (bedenselleştirme 12. Ve 27. Yargı):

- “12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.” Yargısına %44 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.
- “27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.” Yargısına %28 oranında 7 puan sınırında bana çok uygun cevabı verilmiştir.

4.4. HİPOTEZİN SORGUSU

• “Anksiyete bozukluğu tanısı almış fakat henüz ilaç kullanmaya başlamamış hastalarda cinsel işlev bozukluğu da vardır.” Hipotezi $p < 0,005$ aralığına göre kabul edilmiştir ($p=0,002$) (Tablo 12).

Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması					
(BECK-A ile ACYÖ)					
	Karelerin Toplamı	df	Karelerin Ortalaması	F	Sig.
Gruplar Arasında	4,971	15	,331	2,286	,002
Grupların İçinde	11,887	82	,145		
Toplam	16,858	97			

Tablo 12 – Bu tabloda hastaların Beck Anksiyete Puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları T testi sonuçları doğrultusunda aralarında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “Anksiyete bozukluğu tanısı almış fakat henüz ilaç kullanmaya başlamamış hastalarda yaygın cinsel işlev bozukluğu vardır.” hipotezi sorgulanmış ve $p=0,002$ olduğu için hipotez doğrulanmıştır.

• “Anksiyete bozukluğunda görülen cinsel işlev bozukluğu, hemen hemen tüm cinsel işlev alanlarını kapsar.” Hipotezi $p < 0,005$ aralığına göre kabul edilmiştir ($p=0,000$ ve $p=0,001$) (Tablo 13).

Hastaların Beck Anksiyete Puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinde Erkek ve Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Puanlarının Karşılaştırılması						
(BECK-A ile ACYÖ)						
		Karelerin Toplamı	df	Karelerin Ortalaması	F	Sig.
ACYÖ- Erkek	Gruplar Arasında	16,687	21	,795	4,517	,000
	Grupların İçinde	13,723	78	,176		
	Toplam	30,409	99			
ACYÖ- Kadın	Gruplar Arasında	21,496	21	1,024	2,646	,001
	Grupların İçinde	30,174	78	,387		
	Toplam	51,670	99			

Tablo 13 - Tabloda Beck Anksiyete puanı yüksek olan hastaların Arizona cinsel yaşantılar ölçeğindeki hem erkek hem kadın cinsel işlev bozukluğu puanlarıyla yapılan Anova testi sonucunda, aralarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. “Anksiyete bozukluğunda görülen cinsel işlev bozukluğu, hemen hemen tüm cinsel işlev alanlarını kapsar.” hipotezi sorgulanmış; erkek hastalarda($p=,000$), kadın hastalarda ($p=,001$) olduğu için hipotez doğrulanmıştır.

- “Anksiyete bozukluğu hastaları, savunmaları olgunlaştıkça daha az cinsel işlev bozukluğu gösterir.” Hipotezi $p<0,005$ aralığına göre kabul edilmiştir ($p=0,000$ ve $p=0,000$) (Tablo 14).

Katılımcıların Beck Anksiyete Puanları ile Savunma Biçimleri Testi ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması						
(BECK A - SBT ile ACYÖ İlişkisi)						
		Karelerin Toplamı	df	Karelerin Ortalaması	F	Sig.
SBT: Olgun Savunmalar	Gruplar Arasında	8,672	21	,413	4,222	,000
	Grupların İçinde	7,628	78	,098		
	Toplam	16,300	99			
ACYÖ	Gruplar Arasında	26,808	21	1,277	3,066	,000
	Grupların İçinde	31,646	76	,416		
	Toplam	58,454	97			

Tablo 14

Tablo 14 – Tabloda anksiyete bozukluğu olan hastaların, Savunmaları Biçimleri Testi puanlarıyla, Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeğinin puanları Anova testi uygulanarak karşılaştırılmış, ve aralarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

- “Anksiyete bozukluğu, savunma mekanizmalarının yoğunlaşmasına yol açar; bu durum da cinsel işlev bozukluğunu tetikler.” Hipotezi $p < 0,005$ aralığına göre kabul edilmiştir ($p=0,000$ ve $p=0,000$) (Tablo 15).

Beck Anksiyete Puanlarının Savunma Biçimleri Testi ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarıyla Karşılaştırılması						
		Karelerin Toplamı	df	Karelerin Ortalaması	F	Sig.
BECK-A/ ACYÖ	Gruplar Arasında	26,808	21	1,277	3,066	,000
	Grupların İçinde	31,646	76	,416		
	Toplam	58,454	97			
BECK-A/ SBT	Gruplar Arasında	21,233	21	1,011	4,982	,000
	Grupların İçinde	15,829	78	,203		
	Toplam	37,062	99			

Tablo 15 – Tabloda anksiyete bozukluğu olan bireylerin savunma biçimleri testi puanları ve sonrasında arizona cinsel yaşantılar ölçeği puanları anova testi yardımıyla karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

- “Anksiyete bozukluğu semptomları; dürtüler, ifade edilen hisler ve duygular (D), cinsel işlev bozukluğu (CİB) ve savunma mekanizmaları (SM) arasında dinamik bir etkileşimi gösterir.” Hipotezi $p < 0,005$ aralığına göre kabul edilmiştir ($p=0,001$, $p=0,000$ ve $p=0,000$) (Tablo 16).

Demografik Bilgi Verilerinin Sırasıyla Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanları, Savunma Biçimleri Testi Puanları ve Beck Anksiyete Puanları ile Karşılaştırılması						
		Karelerin Toplamı	df	Karelerin Ortalaması	F	Sig.
DEMOGRAFİK*ACYÖ	Gruplar Arasında	21,221	17	1,248	2,843	,001
	Grupların İçinde	32,497	74	,439		

	Toplam	53,718	91			
DEMOGRAFİK*SBT	Gruplar Arasında	20,170	18	1,121	5,418	,000
	Grupların İçinde	15,510	75	,207		
	Toplam	35,680	93			
DEMOGRAFİK*BECK-A	Gruplar Arasında	7,477	18	,415	3,412	,000
	Grupların İçinde	9,131	75	,122		
	Toplam	16,608	93			

Tablo 16 – Tabloda Demografik bilgi verileri Beck Anksiyete puanları, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları ve Savunma Biçimleri Testi Puanları ile Anova testi uygulanarak analiz edilmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Anksiyete bozukluğu semptomları; dürtüler, ifade edilen hisler ve duygular (D), cinsel işlev bozukluğu (CİB) ve savunma mekanizmaları (SM) arasında dinamik bir etkileşimi gösterir.” hipotezi doğrulanmıştır.

4.5. ÜÇ KAVRAMSAL YAPI VE ALT BOYUTLARINA İLİŞKİN KORELASYON ANALİZİ

- **Savunma Biçimleri Ölçeği ve Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Alt Ölçeklere Ait) Regresyon Analizi Bulguları**

İkili regresyonda elde edilen sonuçlar savunma biçimleri ölçeği üst kimliğinde Beck-A ile cinsel yaşantı ölçeği arasındaki ilişkinin varlığını ya da yokluğunu ortaya koyması bakımından önemlidir. Aşağıda yer alan Model özeti tablosundaki (Tablo 17) R Square sütunundaki değerlerden bağımsız değişken durumundaki “savunma sistemleri ölçeği” bağımlı değişken durumundaki “anksiyete sahibi olan cinsel yaşantısı olanların” değişkene ait varyansı %53 oranında açıkladığı, diğer bir ifade ile anksiyete olanların cinsel yaşantılarının %53’ünün savunma biçimlerine bağlı olduğu anlaşılmaktadır. ANOVA tablosunun (Tablo 18) anlamlılık sütunundaki değer ise söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. (Eğer bu sütundaki değer 0,05’in üzerinde olsaydı ilişkinin anlamsız (rastlantısal) olduğu yorumu ile regresyon ilişkisi açıklanacaktı.)

Model Özeti				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,775 ^a	0,531	0,529	0,603
a. Predictors: (Constant), Olgun Olmayan Savunmalar, Olgun Savunmalar, Nevrotik Savunmalar, ACYÖ-Erkek, ACYÖ- Kadın				

Tablo 17 -
SBT ve ACYÖ

ACYÖ ve Savunma Biçimleri Arasındaki İlişki						
Model		Karelerin Toplamı	df	Karelerin Ortalaması	F	Sig.
1	Regression	16,896	3	5,632	15,485	,000 ^b
	Residual	34,188	94	0,364		
	Total	51,084	97			
a. Dependent Variable: ACYÖ (Cinsel Yaşantılar Ölçeği)						
b. Predictors: (Constant), Olgun Olmayan Savunmalar, Olgun Savunmalar, Nevrotik Savunmalar						

Tablo 18 – Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanları ile Savunma Biçimleri Testine göre olan puanları değişken olarak alınmış, aralarındaki ilişkinin $p < 0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir.

Cinsel İşlev Bozukluğu olan Erkek hastaların Anksiyete ve Nevrotik Savunma Puanlarının Karşılaştırılması						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-0,32	0,68		-0,471	0,639
	Beck-A	0,513	0,165	0,263	3,108	0,001
	Nevrotik Savunmalar	0,77	0,105	0,652	7,304	0,000
	ACYÖ-Erkek	-0,304	0,138	-0,166	-2,2	0,001
a. Dependent Variable: ACYÖ - Cinsel Yaşantılar Ölçeği						

Tablo 19 - Savunma biçimleri alt ölçeklerinden nevrotik savunma biçimi, Beck-A ve cinsel yaşantı alt ölçeklerinden ACYÖ-Erkek arasındaki ilişki.

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-0,08	0,821		-0,097	0,923
	ACYÖ- Erkek*Beck-A	0,973	0,199	0,533	4,879	0,000
	ACYÖ- Kadın*Olgun Olmayan Savunma	0,098	0,127	0,089	0,770	0,054

a. Dependent Variable: Savunma Biçimleri Ölçeği

Tablo 20 - Savunma biçimleri alt ölçeği olgun olmayan savunma biçimi, Beck-A ve cinsel yaşantı alt ölçeği ACYÖ-Kadın arasındaki ilişki.

Yapılan regresyon analizine göre, $p \leq 0.05$ anlamlı aralığında katılımcıların; savunma biçimleri alt ölçeklerinden nevrotik savunma biçimi, Beck-A ve cinsel yaşantı alt ölçeklerinden ACYÖ-Erkek arasındaki ilişki $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı iken (Tablo 19), savunma biçimleri alt ölçeği olgun olmayan savunma biçimi, Beck-A ve cinsel yaşantı alt ölçeği ACYÖ-Kadın arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (Tablo 20). Bu bulgudan hareketle Nevrotik savunma biçiminin anksiyete saptaması olan cinsel yaşantısı bozuk erkek üzerinde anlamlı bir etki yaptığı söylenebilir.

Tablo 21

T TESTİ VE KORELASYON ANALİZİ									
	Ortalama	Std. Sapma	Std. Sapma Ortalama	N	PEARSON Korelasyon	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Olgun Savunmalar	4,317	0,406	0,041	100	0,448	0,000	8,699	99	0,000
BECK-A	3,942	0,413	0,041						
Olgun Savunmalar	4,317	0,406	0,041	100	0,539	0,000	-0,300	99	0,765
ACYÖ- Erkek	4,331	0,554	0,055						
Olgun Savunmalar	4,317	0,406	0,041	100	0,577	0,000	2,588	99	0,011
ACYÖ- Kadın	4,164	0,722	0,072						
Nevrotik	4,205	0,660	0,066	100	0,307	0,002	3,963	99	0,000

Savunmalar									
BECK-A	3,942	0,413	0,041						
Nevrotik Savunmalar	4,205	0,660	0,066						
ACYÖ- Erkek	4,331	0,554	0,055	100	0,682	0,000	-2,552	99	0,000
Nevrotik Savunmalar	4,205	0,660	0,066						
ACYÖ- Kadın	4,164	0,722	0,072	100	0,412	0,000	0,545	99	0,587
Olgun Olmayan Savunmalar	4,583	0,423	0,043						
BECK-A	3,939	0,417	0,042	98	0,252	0,012	12,411	97	0,000
Olgun Olmayan Savunmalar	4,583	0,423	0,043						
ACYÖ- Erkek	4,318	0,551	0,056	98	0,523	0,000	5,376	97	0,000
Olgun Olmayan Savunmalar	4,583	0,423	0,043						
ACYÖ- Kadın	4,153	0,726	0,073	98	0,203	0,045	5,585	97	0,012

Tablo 21 – T-Testi ve Korelasyon Analizi.

• **Ölçekler ve Alt ölçeklere Ait T Testi ve Korelasyon Analizi Bulguları**

Yapılan t testine ve korelasyon analizine göre (Tablo 21), $p < 0.001$ anlamlı aralıkta katılımcıların;

- Olgun Savunmalar ile BECK-A ölçeği arasındaki ilişki t testinde ve korelasyon analizinde sorgulanmıştır. $P < 0.001$ anlamlılık düzeyinde aralarında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p = 0.00$).
- Nevrotik Savunmalar ile BECK-A ölçeği arasındaki ilişki t testinde ve korelasyon sorgulanmıştır. $P < 0.001$ anlamlılık düzeyinde aralarında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p = 0.00$).
- Nevrotik Savunmalar ile ACYÖ- Erkek ölçeği arasındaki ilişki t testinde ve korelasyon sorgulanmıştır. $P < 0.001$ anlamlılık düzeyinde aralarında anlamlı ve

negatif yönlü bir ilişki vardır ($p = 0.00$, negatif yön bilgisi t puanından gelmektedir).

- Olgun Olmayan Savunmalar ile BECK-A ölçeği arasındaki ilişki t testinde ve korelasyon sorgulanmıştır. $P < 0.001$ anlamlılık düzeyinde aralarında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p = 0.00$).
- Olgun Olmayan Savunmalar ile ACYÖ- Erkek ölçeği arasındaki ilişki t testinde ve korelasyon sorgulanmıştır. $P < 0.001$ anlamlılık düzeyinde aralarında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p = 0.00$).

4.6. TARTIŞMA

Yapılan anket çalışması sonucu, araştırmanın tüm hipotezleri, $p < 0,005$ aralığına göre kabul edilmiştir. Buna göre, anksiyete bozukluğu yaşayan hastalar, cinsel işlev bozukluğuna paralel olarak yoğun savunma mekanizmaları geliştirirler, bu durum da cinsel işlev bozukluğunu tetikleyerek bir döngüye neden olur. İkili regresyonda (Savunma mekanizması ve cinsel bozukluk) elde edilen sonuçlara göre, anksiyete bozukluğu yaşayan hastaların cinsel yaşantılarının %53'ünün savunma biçimlerine bağlı olduğu anlaşılmaktadır.

Cinsellik, en temel insan güdülerinden biridir. Neredeyse herkes cinsel aktivite arzusundadır ve birçok kişi cinsel aktiviteyle ilgili düzenli olarak fantezi kurar. Çoğu kişi; eşleri, arkadaşları ya da sevgilileri veya diğerleriyle düzenli cinsel aktivitede bulunur. Genellikle, düzenli cinsel aktivite; seks yapmak, cinsel ilişki aşamalarında uyanmak ve orgazm elde etmeyi içeren bir döngü anlamına gelir. Cinsel arzu ve cinsel ilişki doğal ve normal bir insan faaliyetidir. Bununla birlikte, bu normal cinsel döngü sırasında sorunlar gelişebilir. Cinsel işlev bozuklukları, düzenli cinsel aktivite sırasında ortaya çıkan sorunlara atıfta bulunmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları, genellikle cinsel istek, uyarılma ya da orgazm sorunlarının yanı sıra, cinsel ilişki sırasında ortaya çıkan ağrıları da işaret eder. Cinsel işlev bozuklukları, çok sıkıntıya neden oluyorsa ve cinsel işlevler ya da kişilerarası işlevsellikle etkileşime giriyorsa, sorun olarak görülürler. Cinsel işlev bozuklukları ömür boyu veya yakın geçmişte olabilir, birçok veya sadece birkaç cinsel durum için geçerlidir ve hafif, orta veya yoğun şiddette gözlemlenir (American Psychiatric Association/APA, 2013).

Cinsel işlev bozukluğu ile ilgili deneyler, anksiyeteden uzak görünmekle birlikte, aslında oldukça ilgilidir. Tüm kanıtlar, cinsel işlev bozukluğunun sosyal fobi kategorisine oldukça uymaktadır (Barlow, 2002: 76). Agnes Van Minnen ve Mirjam Kampman'ın panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğu olan 44 kadınla yaptıkları çalışmada bu hastalıklara sahip olan deneklerin cinsel arzularının daha az olduğu, daha az sıklıkla cinsel etkileşime girdikleri ve cinsel işlev bozukluğu gösterme risklerinin 'normal' insanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Anksiyete, en iyi şekilde, savunmacı motivasyon sistemi içinde; tutarlı, bilişsel-duyuşsal yapıyla karakterize edilir. Anksiyete süreci, yoğun bile olsa, kronikleşene dek, ender olarak patolojik, yani hastalık ile ilgilidir. Anksiyete ve endişe duygusu kavramlarının gelişiminde yatan deneye dayalı verilerin çoğu, cinsellik araştırma programlarının yıllar boyunca yürütülen cinsellik ve cinsel işlev bozukluğu üzerine yapılan araştırmalardan gelmektedir. Barlow ve arkadaşları da yaptıkları cinsel işlev bozukluğunu koruyan faktörlere yönelik birkaç yıllık programlı araştırmada, duygunun, bilişin ve etkileşiminin anksiyeteyi nasıl etkilediğini ve aralarında ne kadar yakın bir ilişki olduğunu göstermeye yardımcı olmuşlardır. (Barlow, 1986; CranstonCuebas & Barlow, 1990; Barlow, Chorpita, & Turovsky, 1996).

Bianchi-Demirelli ve Zutter'in çalışması (2005), 1980'de Davanloo tarafından geliştirilen yöntemden esinlenmiştir; bu yöntemin temeli tıpkı bizim yaptığımız çalışmaya benzer olarak; anksiyete, savunma mekanizmaları ve dürtüler arasındaki ilişkiyi temel alan bir psikoterapi esnasında hastanın savunma mekanizmalarını belirlemeyi ve netleştirmeyi, sonra onların üzerine giderek baskı altına almayı kapsamaktaydı.

Baskının uygulanması, anksiyetenin artmasını ve savunma mekanizmalarının yoğunlaşmasını tetikler. İntrapsişik (zihinde oluşan) kriz gelişir ve geçmişteki travmalarla ya da intrapsişik çatışmalarla bağlantılı acı verici duygular ortaya çıkar. Baskı uygulandığında; yüksek düzeyde anksiyete, savunma mekanizmalarının yoğunlaşması ve bazı dürtüler ve duyguların ifadesi ortaya çıkar. Bu noktada, savunma mekanizmaları, anksiyete, ve dürtüler arasındaki ilişkinin incelenmesine başlanabilir. Bu yöntem, anksiyetenin altında yatan acılı duygulara hızlı bir erişim sağlar. İçgörü üçgeninin kullanımı; basit, hızlı ve öğretici bir tedavi stratejisi sağlar. (Bianchi-Demicheli and Zutter, 2005: 58).

Anksiyete ile ilgili bozuklukları olan insanlar için, tedavinin en önemli yönlerinden biri, korkularıyla yüzleşmeleridir. Maruz kalmaya dayalı uygulamalar, tipik olarak, bir insanı endişelendiği ya da korktuğu her şeye yakınlaştırmak için kullanılır (Schneider, Arch, & Wolitsky-Taylor, 2015). Bir kişinin korkusu, korkulan bir nesneye ya da duruma yaklaşırken artma eğilimindedir. Kişi durumu düzeltmeye devam ederken, o daha alışkın hale gelir ve korku azalmaya doğru eğilim gösterir. Anksiyete ile ilgili bozuklukları olan birçok kişi, bu durumdan kaçınırlar ya da korku şiddetini artırdıkça kaçarlar. Maruz kalmaya dayalı uygulamaları yapılan bir kişi, bu uygulamalarda, yüksek düzeyde korku yaşandıktan sonra, korkunun zamanla azalacağı ve/veya kişinin korkuyu kontrol edebileceğini öğrenir (Kearney & Trull, 2016: 134).

Ego; id ve süper egonun isteklerini denetlemek ve dış dünyadan gelen uyaranlara uygun tepkileri sağlamak için savunma düzeneklerini kullanır. Hasta, belirtilere yol açan bilinç dışı çatışma ve motivasyonlarının farkına varır ve içgörü kazanırsa sürdürdüğü savunma mekanizmalarını daha olgunlarıyla değiştirebilir. Psikanalitik kaynaklarda nörotik, obsesif, psikotik, fobik, perverse karakter, histerik, narsistik, sınırda (borderline), depresif, mazoşistik, şizoid tipolojileri tanımlanmıştır (Toton & Jacobs, 2001; akt. Aslan, 2008: 9).

Bu çalışmada daha önce benzer alanlarda yapılan çalışmalara ek olarak, anksiyete bozukluğu ve savunma mekanizmalarının yanı sıra, spesifik olarak cinsel işlev bozuklukları da işlenmiştir.

Elde edilen ve yukarıda bahsi geçen tüm verilere göre; “Anksiyete Bozukluğu Olan Bireylerde Savunma Mekanizmaları Ve Cinsel İşlev Bozuklukları” adı altındaki araştırmanın sonuçları, daha önce bu alanda yapılan benzer çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Anksiyete bozukluğu yaşayan hastalar, BECK-Anksiyete ölçeğine göre; en çok, “kalp çarpıntısı” ile “çok kötü şeyler olacak korkusu”ndan yakınmakta, ciddi düzeyde korkuya kapıldıklarını belirtmektedirler.

Anksiyete bozukluğu yaşayan kadın hastalar, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği’ne (ACYÖ) göre; ilişkiye başlamakta zorlanmakta ve orgazmdan tatmin olmamaktadırlar. Erkek hastalar ise, cinsel açıdan çok zorluk yaşamamaktadırlar.

Anksiyete bozukluğu yaşayan hastalar, Savunma Biçimleri Testi’ne (DSQ) göre; kendini yüceltmeye (sublimation) orta derecede olumlu yaklaşmakta; olayın mizah (humor) yönünü görmekte zorlanmakta; ortaya yakın derecede beklenti (anticipation) geliştirdiklerini; ortaya yakın derecede olayı baskılayabildiklerini (suppression); genellikle davranışlarını düzeltme (undoing) eğilimi gösterdiklerini; başkalarına yardımcı olmakta ya da yardım almakta (pseudo altruism/geçici fedakarlık) zorlandıklarını; güvenecekleri, idealleştirdikleri (idealization) birisine sahip olmakta zorlandıklarını; yüksek oranda karşıt tepki (reaction formation) geliştirdiklerini; ortaya yakın derecede olayı yansıttıklarını (projection); ortaya yakın derecede pasif saldırganlık (passive aggression) yaşadıklarını; ortaya yakın derecede olayı dışa vurduklarını (acting out); orta derecede yalıtma (isolation) yaşadıklarını; ortaya yakın derecede değersizleştirme (devaluation) eğiliminde olduklarını; ortaya yakın derecede düş dünyasını (autistic fantasy) tercih ettiklerini; ortaya yakın derecede inkar (denial) eğiliminde olduklarını; ortaya yakın derecede yer değiştirme (displacement) eğilimi gösterdiklerini; ortaya yakın derecede gerçeklerden kopup dağılma (dissociation) yaşadıklarını; ortaya yakın derecede bölünme (splitting) hissettiklerini; orta derecede olayları mantıklı kıldıklarını (rationalization); ortaya yakın derecede olayı bedenselleştirdiklerini (somatization) belirtmişlerdir. Buna göre; anksiyete bozukluğu yaşayan hastalar, orta düzeyde savunma mekanizması geliştirmektedirler.

Yapılan anket çalışması sonucu, araştırmanın tüm hipotezleri, $p < 0,005$ aralığına göre kabul edilmiştir. Buna göre, anksiyete bozukluğu yaşayan hastalar, cinsel işlev bozukluğuna paralel olarak yoğun savunma mekanizmaları geliştirirler, bu durum da cinsel işlev bozukluğunu tetikleyerek bir döngüye neden olur.

İkili regresyonda (Savunma mekanizması ve cinsel bozukluk) elde edilen sonuçlara göre, anksiyete bozukluğu yaşayan hastaların cinsel yaşantılarının %53'ünün savunma biçimlerine bağlı olduğu anlaşılmaktadır.

Hastanın uyarıcılara karşı geliştirdiği savunma mekanizmalarıyla karşı karşıya kalması, bir takım psikolojik tepkilere yol açmakta; böylece mental tepkinin; savunma mekanizmaları, anksiyete, dürtüler ve sağaltıcı ilişkide ortaya çıkan duygular gibi farklı bileşenleri ortaya çıkmaktadır. Ağrılı duyguların, saldırgan ve cinsel dürtülerin farkındalığı, ruh ve akılla birlikte var olan çatışmaların doğasını belirginleştirir ve cinsel belirtinin işlevini aydınlatılabilir (Fournier, 1984). Sorunu aydınlatmaya yönelik bu çalışmalar, tedavinin yönünü de belirler. Terapist, anksiyete, savunma mekanizmaları ve dürtüsel yönlere sahip, bu üç boyutun sürekli etkileşime girdiğini göz önünde bulundurarak, gerekli gördüğü boyuta müdahale etmeyi seçebilir.

Anksiyete bozukluğu olan bireylerin geliştirdiği savunma mekanizmaları ve dürtüler; sorunu aydınlatmaya yönelik çalışmalar ışığında, cinsel sorunları karakterize eden bedensel ve davranışsal neden boyutlarının bütünleşmesini sağlamaktadır.

Klinik uygulamada; anksiyete, savunma mekanizmaları ve cinsel işlev bozukluğu semptomlarının, nedensellik bağlantısını anlamak, deneyim ve genişletilmiş bir bakış açısı gerektirir.

Nörobiyolojideki benzetmeler (analoji) ve benzer tedavilere iyi yanıt (psikoterapi ve/veya SSRI'ler), bu varsayımı onaylar görünmektedir ve bu da bu iki belirtinin ortak bir köke sahip olduğunu göstermektedir. Ruh hastalıkları bilimi ile ilgili (psikopatolojik) tam bir bilginin ve cinsel öykünün elde edilmesi, hastalık bilimi (patoloji) ile birlikte hastalığın sonucunu tahmin (prognosis) etmeyi etkileyebilecek tanıda önemli bir adımdır. Anksiyete bozukluklarını araştırırken, hastanın cinsel yaşamını dikkate almak önemlidir ve bunun tersi de geçerlidir. Cinsel bozukluk değerlendirildiğinde, anksiyete bozukluğu daima göz önüne alınmalıdır. Çalışmamızda, hastanın psikolojik arka planını araştıramamamız, cinsel bozukluk yaşayan bir hastanın tedavi hedefini olumsuz etkilemektedir.

Klinik değerlendirme, hastayla sınırlı kalmamalı, ancak eşe kadar uzatılmalıdır. Özellikle cinsel bozukluk yaşayan erkeklerin partnerleri, genellikle yetersiz bir cinsel yaşamı değil, aynı zamanda anksiyete bozukluğunu da taşırlar.

Bu araştırmanın verilerine göre; bu tür hastalarda, öncelikle anksiyete bozukluğunun arka planı araştırılmalı, sonra savunma mekanizmaları güçlendirilmeli, son olarak da cinsel bozuklukların tedavisine ağırlık verilmeli sonucu ortaya çıkmaktadır.

Bu araştırma 100 kişi ile yürütülmüştür ve kişi sayısının kısıtlılığı nedeniyle araştırmanın sonucu için öngörülen dramatik veriler ancak belirli bir noktaya kadar elde edilmiştir. Daha geniş bir denek kitlesiyle çalışıldığında daha belirgin ve dramatik sonuçlar elde edilebilir.



KAYNAKLAR

Alkan, E. (2008). Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders-DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Arlington VA.

Andrews, G. & Slade, T. (2002). The classification of anxiety disorders in ICD-10 and DSM-IV: a concordance analysis. *Psychopathology*, 35(2-3), 100-6.

Anlı, İ. (2004). Savunma Mekanizmaları ve EEG Arasındaki İlişki. *Psikoloji Çalışmaları*, 24, 75-86.

Arkonaç O. (1999). Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Aslan, K. (2015). DSM-4 ile DSM-5 Arasındaki Önemli Farklılıklar. <http://www.psikopatoloji.info/?p=9> (Ulaşım 22.02.2017)

Aslan, S. (2008). Kişilik, Huy ve Psikopatoloji, *RCHP*, 2(1). 7-18.

Austin, M. (2011). *Useful Fictions: Evolution, Anxiety, and the Origins of Literature*. U of Nebraska Press.

Aydın, H. (1998). Cinsellik ve Cinsel İşlev. C. Güleç & E. Köroğlu (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Balon, R. (2008). The DSM criteria of sexual dysfunction: need for a change. *J Sex Marital Ther*, 34, 186-197.

Barlow, D H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140–148.

Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and Its Disorders*. New York, London: The Guilford Press.

Barlow, D. H., Chorpita, B. F., & Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion. In D. A. Hope (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 43. Perspectives on anxiety, panic, and fear*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Bianchi-Demicheli, F. & Zutter, A.-M. (2005). Intensive short-term dynamic sex therapy: a proposal. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(1), 57-72.

Billups, K.L., et al. (2005). Erectile dysfunction is a marker of cardiovascular disease: results of the minority health institute expert advisory panel. *J Sex Med*, 2, 40–52.

Binik, Y.M. (2010). The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav* 39, 278-291.

Blum, H.P. (Ed.) (1985). *Defense and Resistance: Histological Perspectives and current concepts*. New York: International Universities Press.

Bodur, F. (1999). *Defense Style Questionnaire (Savunma Biçimleri Testi) Ego Savunma Mekanizmaları Testinin Türkçe Formu Dil Eşdeğerliliği, Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.

Brotto, L.A. (2010). The DSM diagnostic criteria for sexual aversion disorder. *Arch Sex Behav.*, 39, 271-277.

Burçak, A.D.M. (2012). *İç Denetim Programının Ergenlerin Denetim Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Savunma Mekanizmalarını Kullanma Biçimi Üzerindeki Etkisi*. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.

Carvalho, J., Vieira, A.L. & Nobre, P. (2012). Latent structures of female sexual functioning. *Arch. Sex Behav.*, 41, 907-917.

Cavanaugh, M.E. (1982). *The counseling experience: A theoretical and practical approach*. Monterey, CA: Brooks/ Cole.

Clark, A.J. (1991). The Identification and Modification of Defense Mechanisms in Counseling. *Journal of Counseling and Development*, 69, 231-236.

Clayton, A.H., DeRogatis, L.R., Rosen, R.C. & Pyke, R. (2012). Intended or unintended consequences? The likely implications of raising the bar for sexual dysfunction diagnosis in the proposed DSM-V revisions: 2. For women with loss of subjective sexual arousal. *J. Sex Med.*, 9, 2040-2046.

"Coalition for DSM-5 Reform". (2013). Coalition for DSM-5 Reform. Retrieved October 31.

Conaglen, H.M. & Conaglen, J.V. (2013). Drug-Induced Sexual Dysfunction in Men and Women. *Australian Prescriber*, 36(2), 42-46.

Cramer, P., Blatt, S.J. & Ford, R.Q. (1988). Defense Mechanisms in Analytic and Introjective Personality Configuration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 610-616.

Cramer, P. (1991). *The Development of Defense Mechanisms: Theory, Research, and Assessment*. New York, Springer-Verlag.

- Cramer, P. (2006). *Protecting the Self*. The Guilford Press.
- Cranston-Cuebas, M. A., & Barlow, D. H. (1990). Cognitive and affective contributions to sexual functioning. In J. Bancroft (Ed.), *Annual review of sex research*. Philadelphia: Society for the Scientific Study of Sex.
- Cunningham, J., Yonkers, K.A., O'Brien, S. & Eriksson, E. (2009). Update on research and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 17, 120-137.
- Çeri, Ö., Yılmaz, A. & Soykan, A. (2008). Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 1(2), 71-78.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious*. Chichester; New York: Wiley.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy*. Chichester; New York: Wiley.
- Davis, D.R. (2006). Anxiety. In *The Oxford Companion to the Mind*, Second Edition, Oxford University Press.
- Derakshan N., Eysenck M. W. & Myers L. B. (2007). Emotional Information Processing in Repressors: the Vigilance-Avoidance Theory. *Cogn. Emot.* 2, 1581–1614.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. & Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Ersever, H. (1992). Psikolojik Danışmada Savunma Mekanizmalarının Tanınması ve Şekillendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 25(2), 579-596.
- Eşel E. (2003). Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13, 78–87
- Etimoloji Türkçe. <http://www.etimolojiturkce.com/kelime/anksiyete> (Ulaşım 20.02.2017)
- Eysenck, M.W., Derakshan, N., Santos, R. & Calvo, M.G. (2007). Anxiety and Cognitive Performance: Attentional Control Theory. *Emotion*, 7(2), 336–353.
- Fischer, W.F. (1970). *Theories of Anxiety*. NY & London: Harper & Row.
- Fournier, M. (1984). *Les aspects d'efensifs de la demande en sexologie*. Thesis no. 5053, University of Geneva Faculty of Medicine, Geneva, Switzerland.

Freud, S. (1917). Introductory lectures 011 psychoanalysis. 1917. In The standard edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1975.

Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. 1926. In The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1975.

Gabbard, G.O. (2000). Theories of personality and psychopathology, Sadock BJ ve Sadock VA (eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th. Ed., Williams ve Williams, "Chapter 6", Baltimore.

Gençtan, E., (2006). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar, Metis Yayınları, Ankara.

Gençtan, E., (2010). Psikoanaliz ve Sonrası, Metis Yayınları, Ankara.

George, R.L. & Cristiani, T.S. (1990). Counseling: Theory and practice (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Gladding, S.T. (1988). Counseling: A comprehensive profession. Columbus, OH: Merrill.

Gray J.A. (1982). The Neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford University Press.

Graham, C.A. (2010). The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. Arch. Sex Behav., 39, 240-255.

Gray, J.A. (1987). The psychology of fear and stress. Cambridge: Cambridge University Press.

Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T. & Kahn, L. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology, 28, (Suppl 3), 1-23.

Hay, L.L. (2007). Düşünce Gücüyle Tedavi, Altın Kitaplar, İstanbul.

Hock, Roger R. (2013). Reading 30: You're Getting Defensive Again!. Forty Studies That Changed Psychology. 7th ed. Upper Saddle River: Pearson Education, 233–238.

ICD-10. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması - Versiyon 10 (ICD-10).

http://www.bilgitoplumu.gov.tr/wp-content/uploads/2015/02/050000_Eylem53.pdf

(Ulaşım 25.02.2017)

Ilievich, D. & Gleser, G.C. (1995). The Defense Mechanisms Inventory: Its Development and Clinical Applications. In H.R. Conte & R. Plutchik (Eds), Ego Defenses: Theory and Measurement (pp. 221-246). New York: Wiley.

IsHak, W.W. and Tobia, G. (2013). DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions. Reproductive System & Sexual Disorders, 2(2), 1-3.

- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri, Ek-3, 3-13.
- Izard, C.E. (1977). Human Emotions. NY & London: Plenum Press.
- Izard, C.E. (1991). The Psychology of Emotions. NY & London: Plenum Press, 1991.
- Journal of Personality. (1998). 66 (6), 879–1157.
- Kandemir, G. ve Ak, İ. (2013). Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Psikiyatrik Yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(4), 479-506.2013
- Kaplan, H.S. (1974-1979). The new sex therapy. Brunner/Mazel, USA.
- Kaplan, H. I., & Saddock, B. J. (1997). Synopsis of psychiatry. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Kearney, C. & Trull, T.J. (2016). Abnormal Psychology and Life: A Dimensional Approach. Cengage Learning.
- Keçe, C., (2007). En iyi Terapistim Ben, Ankara: Ütopyağrafik.
- Kendurkar, A. & Kaur,B. (2008). Major Depressive Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Generalized Anxiety Disorder: Do the Sexual Dysfunctions Differ?. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 10(4), 299-305.
- Kernberg O (1967). Borderline personality organization. J. Am. Psychoanal Assoc., 15 (3), 641–85.
- Kinsey, A.C. (1948). Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kinsey, A.C. (1953). Sexual behavior in the human female. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kirkegaard, S.A. (1844). The Concept of Dread. 2nd. ed. Princeton, NT: Princeton University Press.
- Kuzucu, Y. (2006). Duyguları Fark Etmeye ve İfade Etmeye Yönelik Bir Psiko-Eğitim Programının, Üniversite Öğrencilerinin Duygusal Farkındalık Düzeylerine, Duyguları İfade etme Eğilimlerine, Psikolojik ve Öznel İyi Oluşlarına Etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim dalı (Rehberlik ve Psikolojik Danışma Programı, Doktora Tezi.
- Kümüş, S. (2016). Stres ve İnsan Psikolojisi, Konya.
- Lapalanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France.
- Lazarus, R.S. (1991). Emotion and Adaptation. NY & Oxford: Oxford University Press.

Leyfer, O.T., Ruberg, J.L. & Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 20(4), 444–458.

Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London; Boston: Butterworth.

Mandler. G. (1984). *Mind and Body*. NY & London: W.W.Norton & Co.

Masters, W. & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown and Co.

Masters, W.B. & Johnson, V.E. (1994). *Human sexual behavior*. İnsanda Cinsel Davranış. Ü. Sayın (Çev. Ed.). İstanbul: Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı.

McGahuey, C.A., Gelenberg, A.J., Laukes, C.A., Moreno, F.A., Delgado, P.L., McKnight, K.M. & Manber R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ACYÖ): reliability and validity. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 25-40.

Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.

Miller-Keane Encyclopedia & Dictionary of Medicine. (2003).
<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/sexual+dysfunction> (e.t. 24.02.2017)

Morley JE, Tariq SH. (2003). Sexuality and disease. *Clin Geriatr Med*, 19, 563–573

Narin, E.B. Kaygı Bozukluğu Türleri. http://psikomed.com/psikiyatri_psikoloji/kaygi-bozuklugu-turleri/ (Ulaşım 22.02.2016)

NPİstanbul. <http://www.npistanbul.com/tr/sayfa/depresyon> (Ulaşım 19.02.2017)

Ohman, A. (1993). Fear and anxiety as emotional phenomena: clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information-processing mechanisms. In *Handbook of the Emotions*. M. Lewis & J.M.Haviland (Eds). NY & London: The Guilford Press.

Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yay. 19.

Özkan S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Müstahsarları Sanayi.

Panksepp, J. (1982). Towards a general psychobiological theory of emotions. *Behavioral and Brain Sciences*, 5, 407-67.

Panksepp, J. (1991). Affective neuroscience: A conceptual framework for the neurobiological study of emotions. In *International Review of Studies on Emotion*, Vol 1. K.T.Strongman (Ed). NY & London: Wiley.

Paulhus, D.L., Fridhandler B. & Hayes S. (1997). Psychological defense: Contemporary theory and research. In Briggs, Stephen; Hogan, Robert Goode; Johnson, John W. (1997). Handbook of personality psychology. Boston: Academic Press. 543–579.

Plutchik, R., Kellerman, H., & Conte, H. R. (1979). A structural theory of ego defences and emotions. In C. E. Izard (Ed.), Emotions in personality and psychopathology (229–257). New York: Plenum Press.

Ralph, D.R. & Charles, C.E. (2004). Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist*, 10, 18-30.

Sağlık Bakanlığı. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması - Versiyon 10 (ICD-10), 2013. http://www.bilgitoplumu.gov.tr/wp-content/uploads/2015/02/050000_Eylem53.pdf (Ulaşım 24.02.2017)

Sadock, V.A. (2007). Normal İnsan Cinselliği, Cinsel İşlev ve Cinsel Kimlik Bozuklukları. Kaplan ve Sadock's Comprehensive Textbok of Psychiatry (8. Baskı), Ed. Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (Çev. Aydın, H. & Bozkurt, A.). Ankara: Güneş Kitabevi.

Sampson, H., Weiss, J., Mlodnosky, L., & Hanse, E. (1972). Defense analysis and the emergence of warded-off mental contents. *Archives of General Psychiatry*, 26, 524-531.

Sarin, S., Amsel, R.M. & Binik, Y.M. (2013). Disentangling Desire and Arousal: A Classificatory Conundrum. *Arch Sex Behav*.

Schneider, R.L., Arch, J.J. & Wolitzky-Taylor, K.B. (2015). The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators, *Clinical Psychology Review*, 38, 39-54.

Sjöback, H. (2012). What is a Mechanism of Defense?. in *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology: Theoretical, Research, and Clinical Perspectives*. Springer-Verlag.

Soykan, A. (2004). The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Impotence Research*, 16(6), 531-534.

Soykan, A., Boztaş, H., Idilman, R., Özel, E.T., Tüzün, A.E., Özden, A., Özden A. & Kumbasar, H. (2005). Sexual dysfunctions in HCV patients and its correlations with psychological and biological variables. *International Journal of Impotence Research*, 17(2), 175-179.

Stanley, M.A. (2000). Beck JG. Anxiety disorders. *Clin. Psychol Rev.*, 20, 731–754.

Strongman, K.T. (1995). Theories of Anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24(2), 4-10.

- Strous, R., Opler, A.A. & Opler, R.A. (2016). Reflections on “Emil Kraepelin: Icon and Reality”. *American Journal of Psychiatry*, 173(3), 300-301.
- Sukan, M. & Maner, F. (2007). The problems in sexual functions of vitiligo and chronic urticaria patients. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 33(1), 55-64.
- Sungur, M.Z. & Gündüz, A. (2013). Critiques and Challenges to Old and Recently Proposed American Psychiatric Association’s Website DSM 5 Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 23(1), 113-128.
- Sürmeli A. (1997). Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In Güleç C, Köroğlu E, editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği. 449–526.
- Snyder, C.R. (1988). From Defenses to Self-Protection: An Evolutionary Perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 155-158.
- Swanson, G.E. (1988). *Ego Defenses and the Legitimation of Behavior*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Szondi, L. (1956). *Ego Analysis*. Ch. XIX, translated by Arthur C. Johnston.
- Şahin, D. & Ertekin, E. (2009). Fiziksel Hastalıklar ve Cinsel İşlev Bozukluğu. *Klinik Gelişim*, 22(4), 75-79.
- Şahin, N.H., Batıgün, A.D. & Uzun, C. (2011). Anksiyete Bozukluğu: Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı ve Öfke Açısından Bir Değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 107-113.
- Şenyuva, H.Ş. (2007). Aydın İlinden Alınan Normal Bir Örnekte Kişilik Bozukluklarının Yaygınlık Çalışması. T:C: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, Proje Çalışması, Aydın.
- Tural, Ü. (2009). Anksiyete Bozuklukları. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem-5 Ders Notları.
- Tuzcuoğlu, N. (1995). Psikanaliz Kuramı ve Özellikleri. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 7, 275-285.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek 4, 12-16.
- Tükel, R. (2009). *Psikiyatri*. (Eds. Kulaksızoğlu, B., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ. & Yazıcı, O.), İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- Uğrak, U. (2016). Cihangiroğlu, N., Uzuntarla, Y. ve Teke, A. Sürekli Kaygı Düzeyli Poliklinik Hastalarının Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimlerinin Analizi, Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(22), 403-420.

Ulusoy M., Şahin, N.H. & Erkmen, H. (1998). Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 12,163-172.

Uzday, İ.T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5 (Ek Sayı:1), E5-E13.

Vaillant, George E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston: Little, Brown.

Van der Leeuw, P.J. (1971). On the development of the concept of defense. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 51-58.

Wakefield, J.C. (2013). DSM-5: An Overview of Changes and Controversies. *Clinical Social Work Journal*. 41(2), 139–154.

Weiss, J. (1972). Continuing research: The modification of defenses in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20, 177-178.

Welch, S., Klassen, C., Borisova, O. & Clothier, H. (2013). “The DSM-5 controversies: How should psychologists respond?”. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 54 (3): 166–175.

Wincze, J.P. & Weisberg, R.B. (2015). *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment*. New York, London: Guilford Publ.

Yılmaz, N., Gençöz, T. & Ak, M. (2007). Savunma Biçimleri Testi'nin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 244-253.

Zentner, M.A. (1999). *The Influence of Expression of Emotions in Writing on Physical and Psychological Well-Being*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Teksas Üniversitesi, Austin.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER:

Doğum Yeri: Fatih, İstanbul

İlk ve orta öğretimini İstanbulda tamamladı. Psikoloji alanındaki eğitimine İstanbul Bilgi Üniversitesinde İngilizce olarak başladı. Aynı zamanda iletişim fakültesi yandal programına devam ederken diğer taraftan Avrupa Madrid Üniversitesinde ortak eğitim programlarına katıldı ve buralardan da başarıyla sertifikalarını aldı. Psikoloji lisansını onur öğrencisi statüsüyle tamamlayıp yüksek lisans uzmanlığını Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji alanında devam ettirdi. NP İstanbul Hastanesi ve Universal Vatan Hastanesi psikiyatri birimlerinde gerekli stajları tamamlayarak bu alanda çeşitli bir çok eğitimlere katıldı. Milli Eğitim Bakanlığı onaylı Aile Danışmanı ünvanına sahip olan Ömer Yurtsever, yetişkin ve çift terapileri alanında uzman ve çalışmalarını daha çok dinamik- bütüncül bir perspektiften yararlanarak sürdürmektedir. Dinamik Terapi Enstitüsü'nün kurucularındandır.

Milli Eğitim Bakanlığı Aile Danışmanlığı Eğitimi

Psikoterapi Enstitüsü Bütüncül Psikoterapi Teorik Eğitimi

Psikoterapi Enstitüsü Bütüncül Psikoterapi Formülasyon Becerileri Eğitimi

Psikoterapi Enstitüsü Bütüncül Psikoterapi Süpervizyon Becerileri Eğitimi

Klinik Psikoloji Enstitüsü Rorschach Testi Eğitimi

Psikoterapide Bütüncül Gelişimsel Yaklaşım Eğitimi – Uzm. Dr. Timur Harzadın

İlişkisel Kendilik Psikolojisi Workshop – James L. Fosshage

Motivation Systems and Model Scenes Workshop – Joseph D. Licttenberg

Bahçelievler Çocuk Esirgeme Kurumu / Kimsesiz Çocuklarla İletişim Projesi

Cageder Aile Danışmanlık Merkezi/ Yaşlı Kimselerle Görüşme Eğitimi ve Süpervizyonu

Aura Psikoterapi Sanatla Tedavi Merkezi/ Otistikler ve Sosyal Yaşama Adaptasyon Becerileri Eğitimi

İstanbul Bilgi Üniversitesi Klinik Psikoloji Yetişkin Psikoterapileri Sempozyumu

İstanbul Bilgi Üniversitesi Sanat Psikoterapileri Sempozyumu

Klinik Hipnoz Uygulamaları Eğitimi / Hızlı Hipnoz İndüksiyon Teknikleri

Çalıştığı Bazı Alanlar:

- Bireysel Psikoterapi
- Çift Terapileri
- Kaygı Bozuklukları
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Öfke Problemleri
- Obsesif Kompulsif Bozukluk
- Panik Bozukluk/Panik Atak Ölüm/ Yas
- Sosyal Fobi
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Duygu Durum Bozuklukları,Depresyon
- Kişilik Bozuklukları