T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KISA SÜRELİ DİNAMİK YÖNELİMLİ PSİKOTERAPİ GÖREN HASTALARDA PSİKOLOJİK ZİHİNLİLİK VE PSİKOTERAPİDE KALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

DR. NAZLI TUNALI

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2017

T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KISA SÜRELİ DİNAMİK YÖNELİMLİ PSİKOTERAPİ GÖREN HASTALARDA PSİKOLOJİK ZİHİNLİLİK VE PSİKOTERAPİDE KALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

DR. NAZLI TUNALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANLARI:

DOÇ. DR. MEDİNE YAZICI GÜLEÇ

UZM. DR. İSHAK SAYGILI

İSTANBUL-2017

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER iii
TEŞEKKÜR vi
KISALTMALAR viii
TABLO LİSTESİ ix
ÖZET x
ABSTRACT xii
1 GİRİŞ 14
2 GENEL BİLGİLER 17
2.1 Psikoterapide Kalım, Kalımı Etkileyen Faktörler ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi 17
2.1.1 Uygun Hasta Seçimi 17
2.1.1.1 Kavramın Önemi 17
2.1.1.2 Kavramın Klinik Uygulamadaki Tarihsel Gelişimi 18
2.1.1.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi 19
2.1.1.4 Uygun Hasta Seçiminde Kullanılan Yöntem ve Ölçütler 20
2.2 Psikolojik Zihinlilik 23
2.2.1 Psikolojik Zihinlilik Kavramı 23
2.2.2 Kavramın Klinik Uygulamadaki Tarihsel Gelişimi 24
2.2.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi 27
2.2.4 Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi 28
2.2.5 Psikolojik Zihinliliğin Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Araçlar 29
2.3 Üstbiliş 31
2.3.1 Üstbiliş Kavramı 31
2.3.2 Kavramın Klinik Uygulamadaki Tarihsel Gelişimi 32
2.3.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi 34
2.3.4 Üstbiliş Kavramının Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar 36
2.4 İçgörü 38
2.4.1 İçgörü Kavramı 38
2.4.2 Kavramın Klinik Uygulamadaki Tarihsel Gelişimi 40
2.4.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi 41
2.4.4 İçgörü Kavramının Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar 42
2.5 Kişilik Örgütlenmesi 44
2.5.1 Kişilik Örgütlenmesi Kavramı 44

2.5.2 Kişilik Örgütlenmesi Kapsamı ... 46
2.5.2.1 Kimlik ... 46
2.5.2.2 Savunma Düzenekleri ... 47
2.5.2.2.1 İlkel Savunma Düzenekleri ... 48
2.5.2.2.2 Olgun Savunma Düzenekleri ... 49
2.5.2.3 Gerçeği Değerlendirme ... 50
2.5.2.4 Nesne İlişkileri Niteliği ... 51
2.5.3 Kavramın Tarihsel Gelişimi ... 53
2.5.4 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi ... 54
2.5.5 Kişilik Örgütlenmesinin Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar ... 55
2.6 Nesne İlişkileri ... 57
2.6.1 Nesne İlişkileri Kavramı ... 57
2.6.2 Kavramın Tarihsel Gelişimi ... 58
2.6.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi ... 59
2.6.4 Nesne İlişkilerinin Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar ... 60
3 YÖNTEM ve GEREÇLER ... 62
3.1 Örneklem ... 62
Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri ... 62
Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri ... 62
3.2 Gereçler ... 62
3.2.1 Sosyodemografik Veri Toplama Formu ... 62
3.2.2 Erenköy Kişilik Örgütlenmesi Tanısal Formu (ErKÖTF) ... 63
3.2.3 Erenköy Nesne İlişkileri Niteliği Ölçeği (ErNİNÖ) ... 63
3.2.4 Psikolojik Zihinliligin Dengelenmis Dizini (PZDD) ... 63
3.2.5 Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30) ... 64
3.2.6 İçe bakış ve İçgörü Ölçeği (İBİÖ) ... 64
3.2.7 Beck Anksiyete Ölçeği ... 65
3.2.8 Beck Depresyon Ölçeği ... 65
3.2.9 SCL-90 Belirti Tarama Testi ... 65
3.3 Uygulama ... 65
3.4 Verilerin Analizi ... 66
4 BULGULAR ... 67
4.1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ... 67
4.2 Hastaların Eşlik Eden Diğer Özellikleri ... 68
4.3 Hastaların ölçek puanlarının karşılaştırması ... 69
4.3.1 Klinik ölçek puanlarının karşılaştırması ... 69
4.3.2 Kişilik ölçek puanlarının karşılaştırılması ... 70

4.3.3 Özbildirime dayalı ölçek puanlarının karşılaştırılması 72
4.3.4 Psikoterapiye devam eden hastaların ölçek puanlarının karşılaştırması 73
4.3.4.1 Psikoterapiye devam eden hastaların klinik ölçek puanlarının karşılaştırması 73
4.3.4.2 Psikoterapiye devam eden hastaların kişilik ölçek puanlarının karşılaştırması 74
4.3.4.3 Psikoterapiye devam eden hastaların özbildirime dayalı ölçek puanlarının karşılaştırması 76
4.3.5 Psikoterapiye alınan hastalarda ölçekler arasındaki ilişkiler 77
4.3.5.1 Psikoterapiye alınan hastalarda, PZDD ile ÜBÖ, İBİÖ ve Klinik Ölçekler Arasındaki İlişkiler. 77
4.3.5.2 Psikoterapiye alınan hastalarda, ErKÖTF ile PZDD, ÜBÖ, İBİÖ ve Klinik Ölçekler Arasındaki İlişkiler 79
4.3.5.3 Psikoterapiye alınan hastalarda, ErNİNÖ ile PZDD, ÜBÖ, İBİÖ ve Klinik Ölçekler Arasındaki İlişkiler 80
4.3.6 PZDD ölçeğinin İBİÖ, ErKÖTF ve ErNİNÖ Ölçeklerindeki Artış ile Arasındaki İlişki 82
4.3.7 Psikoterapi Hastalarında Değişkenlerin Psikoterapide Kalım Üzerine Öngörücü Etkisinin Değerlendirilmesi 84
5 TARTIŞMA 86
6 SONUÇLAR 109
7 KAYNAKLAR 112
8 EKLER 140

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde mesleki bilgisini ve zamanını benden esirgemeyen, tecrübelerinden çok şey öğrendiğim tez danışmanım sayın Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e, tezimin planlanması ve hazırlanmasındaki katkı ve yardımlarından dolayı yine tez danışmanım olan sayın Uzm. Dr. İshak Saygılı'ya ve asistanlığımın başından itibaren her konuda yardım ve desteklerini sunan, mesleğimde her zaman daha ileri adımları hedeflemem konusunda beni cesaretlendiren sayın Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye ve Doç. Dr. Rabia Bilici'ye,

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgilerini, emeklerini ve zamanlarını esirgemeyen; bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan; sayın Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir'e, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e, Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e, birlikte çalışma olanağı bulduğum, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Sermin Kesebir'e ve tez sürecime olan büyük katkılarından dolayı Prof. Dr. Serhat Çıtak'a, Uz. Dr. Merih Altıntaş'a, Uz. Dr. Murat Yalçın'a, Uz. Dr. Yücel Yılmaz'a, Uz. Dr. Elif Yılmaz'a Uz. Dr. Erkal Erzincan'a, Uz. Dr. Hülya Akar Özmen'e, Uz. Dr. Nurdan Eren Bodur'a, Uz. Dr. Dicle Bilge Öğüt'e, Uz. Dr. Gönül Yıldırım'a ve hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına,

Nöroloji rotasyonum sırasındaki katkılarından dolayı Doç. Dr. Füsun Domaç'a, Doç. Dr. Gülay Kenangil'e, Uz. Dr. Mustafa Ülker'e ve nöroloji tedavi ekibine,

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, mesleki gelişimime katkıda bulunan Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye ve tüm çocuk psikiyatrisi tedavi ekibine,

Asistanlık sürecimi kolaylaştıran ve birlikte çalışmış olmaktan sevinç duyduğum, Uz.Dr. Arda Demirkan, Uz. Dr. Fuat Akgül, Uz. Dr. Tuğba Akdur, Uz. Dr. Neslişah Atgüden, Dr. Özgür Akdur, Dr. Selim Arpacıoğlu, Dr. Gamze Akçay, Dr. Begüm Başyiğit, Dr. Yağmur Atay ve Dr. Gamze Uçar başta olmak üzere tüm asistan doktor arkadaşlarıma,

Hastanemizde birlikte çalışma olanağı bulduğum tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağladıkları kolaylıklardan ötürü tüm sağlık memuru, personel ve güvenlik görevlilerine,

Destekleri ve dostluklarıyla her zaman yanımda olan, mesleğimizi beraber sevdiğimiz ve zorluklarına beraber göğüs gerdiğimiz Dr. Ayşe Nur Oğuz, Dr. Handan Yıldız ve Uz. Dr. Ayşe Terzi'ye,

Uzakta olsa da aslında hep en yakınım olan, başarılarını örnek aldığım, her zaman destekçim olduğu için ağabeyim Gürol Candemir'e ve sevgili eşi Hande Candemir'e; sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen, mutluluğumda da katkısı olan sevgili annem Prof. Dr. Berna Tunalı'ya,

Hayatıma girdiği andan itibaren hayatımı güzelleştiren, her konuda desteğini hissettiğim, güvendiğim ve 'Sonsuz'a uzanmak üzere 'Sonsuz' sevdiğim sevgili eşim İlke Tunalı'ya,

Her daim yanımda olan, sevgi ve desteklerini hep hissettiğim, yetişmemdeki büyük emekleri için annem Ayfer Candemir ve babam Münir Candemir'e en içten duygularımla teşekkür ederim.

Dr. Nazlı TUNALI

İstanbul / Ekim 2017

KISALTMALAR

BKÖ : Borderline Kişilik Örgütlenmesi

ErKÖTF : Erenköy Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu

ErNİNÖ : Erenköy Nesne İlişkileri Niteliği

İBİÖ : İçe Bakış ve İçgörü Ölçeği

KÖ : Kişilik Örgütlenmesi

MCQ : Metacognitions Questionnaire

NKÖ : Nevrotik Kişilik Örgütlenmesi

PKÖ : Psikotik Kişilik Örgütlenmesi

BIPM : Balanced Index of Psychological Mindedness

PZDD : Psikolojik Zihinliliğin Dengelenmiş Dizini

PODF : Personality Organization Diagnostic Form

QORS : Quality of Object Relations Scale

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SRIS : Self reflection and Insight Scale

STIPO : Structured Interview of Personality Organization

SWAP : Shedler-Westen Assessment Procedure

ÜBÖ-30 : Üstbiliş Ölçeği kısa formu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1Kernberg'in Kişilik Örgütlenmesi Modeli 46
Tablo 2:Nesne İlişkilerinin Niteliği 52
Tablo 3:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların sosyodemografik özellikleri 68
Tablo 4:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların eşlik eden özellikleri 69
Tablo 5:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların klinik ölçek puanlarının karşılaştırması 70
Tablo 6:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların ErKÖTF ve ErNİNÖ ölçek puanlarının karşılaştırması 71
Tablo 7: Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların kişilik örgütlenme düzeylerinin karşılaştırılması 71
Tablo 8:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların nesne ilişkileri tiplerinin karşılaştırması 72
Tablo 9:Psikoterapiye devam eden ve etmeyen hastaların özbildirime dayalı ölçek puanlarının karşılaştırması 73
Tablo 10:Psikoterapiye devam eden hastaların başlangıç ve 1.yıl Beck Anksiyete, Beck Depresyon ve Scl-90 puanları 74
Tablo 11:Psikoterapiye devam eden hastaların başlangıç ve 1.yıl kişilik ölçek puanlarının karşılaştırması 76
Tablo 12:Psikoterapiye devam eden hastaların başlangıç ve 1.yıl özbildirime dayalı ölçek puanları 77
Tablo 13:Psikoterapiye alınan hastalarda, PZDD ile İBİÖ, ÜBÖ ve klinik belirti ölçeklerinin ilişkisi 79
Tablo 14:Psikoterapiye alınan hastalarda, KÖTF'ün; PZDD, İBİÖ, ÜBO ve klinik belirti ölçekleri ile olan ilişkisi 80
Tablo 15: Psikoterapiye alınan hastalarda, ErNİNÖ'nün; PZDD, İBİÖ, ÜBO ve klinik belirti ölçekleri ile olan ilişkisi 82
Tablo 16:Psikoterapiye devam eden hastalarda, PZDD'nin klinik ölçeklerdeki değişim ile ilişkisi 84
Tablo 17: Multivariate Lojistik regresyon modelinde psikoterapide kalımı öngörebilen değişkenler 85

KISA SÜRELİ DİNAMİK YÖNELİMLİ PSİKOTERAPİ GÖREN HASTALARDA PSİKOLOJİK ZİHİNLİLİK VE PSİKOTERAPİDE KALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Giriş ve Amaç: Psikiyatride kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olan psikoterapinin, kaynakların akılcı kullanılması açısından, psikoterapiden fayda görebileceği öngörülen hastalara uygun yöntemlerle uygulanabilmesi önemlidir. Bu sebeple, hastaların psikoterapiden fayda sağlayıp sağlamayacağının önceden tespit edilebilmesi gerekir. Psikoterapiye devam eden hastaların hangi özelliklerinin bu duruma katkıda bulunduğunun; bu konuda anahtar rol oynadığı düşünülen psikolojik zihinliliğin ve bununla ilişkili olabilecek içgörü, üstbiliş, kişilik örgütlenme düzeyi ve nesne ilişkileri niteliği gibi kavramların psikoterapide kalım ve yararlanım ile ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikoterapi Merkezi'nde ayaktan, haftada bir sıklıkta ve bir yıl süreyle psikoterapi almış olan toplam 53 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılan bütün hastalar ile psikoterapi süreci başlamadan hemen önce, devam eden hasta grubuyla psikoterapi süreci sonlandıktan hemen sonra görüşme yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen katılımcılara sosyodemografik veri formu, Psikolojik Zihinliliğin Dengelenmiş Dizini (PZDD), İçe Bakış ve İçgörü Ölçeği (İBİÖ), Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30), Erenköy Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu (ErKÖTF), Erenköy Nesne İlişkileri Niteliği Düzeyi (ErNİNÖ) ve Scl-90 Psikiyatrik Belirti Tarama Testi uygulanmıştır. Bulgular psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hasta grupları arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Toplam hastalık süresi ve ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık alt boyutundaki artışın hastaların psikoterapiye devam etme olasılığını artırdığı; ÜBÖ-30'un düşünceleri kontrol alt boyutu, PZDD'nin içgörü alt boyutu, ErKÖTF'ün ilkel ve olgun savunmalar alt boyutu ve Beck anksiyete puanlarındaki artış ile kendine zarar verici davranış öyküsü varlığının hastaların psikoterapiye devam etme olasılığını azalttığı saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Hastaların psikolojik zihinlilik düzeyleri, psikoterapide kalım üzerinde etkisi olan diğer birçok faktör ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bu sebeple, psikolojik zihinlilik psikoterapide kalımın önemli bir öngörücüsü olarak psikoterapi öncesinde klinisyenlere yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta seçimi, psikoterapide kalım, psikolojik zihinlilik, kişilik örgütlenmesi, nesne ilişkileri, içe bakış ve içgörü

PSYCHOLOGICAL MINDEDNESS AND ITS RELATIONS WITH THE FACTORS THAT EFFECT THE CONTINUATION OF THE PATİENT TO THERAPY AMONG THE PATİENTS TREATED WITH SHORT-TIME PSYCHODINAMIC PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT

Objective: It is important to use psychotherapy, a treatment method which requires considerable resources and therefore needs to be preceded by an evaluation, with a suitable method and for the patients who are suitable for psychotherapy. An assessment of the probability of success and the risk of discontinuation is a necessity and it is important to know which features of the patients contribute to dropout or gaining benefit from therapy. The present study aimed to investigate the psychological mindedness, which is important on the subject, and its relations to self-reflection an insight, metacognition, personality organization and quality of object relations of the patients.

Method: This prospective study is conducted among 53 patients represented to Erenköy Mental Health Hospital Psychotherapy Center and received therapy for a year with weekly frequence. All participants are interviewed before their psychotherapy sessions began and after their psychotherapy sessions ended. Sociodemographic data form, Balanced Index of Psychological Mindedness (BIPM), Self-reflection and Insight Scale (SRIS), Metacognition Scale (MCQ), Personality Organisation Diagnostic Form (PODF), Quality of Object Relations Scale (QORS), Beck Anxiety and Beck Depression scale are administered to all participants and the findings are compared between continuing to therapy and dropout groups.

Results: It is shown that the increase in the total time of illness and the point of MCQ's cognitive awareness subscale increases the possibility of continuation of the patient to psychotherapy, where as, the increase in the point of MCQ's thought control subscale, BIPM's insight subscale, PODF's immature and mature defences and Beck Anxiety and the presence of self mutilation history decreases the possibility of continuation of the patient to psychotherapy.

Discussion and Conclusion: The patients's psychological mindedness level is found to be significantly related to the other factors that also have an effect on the continuation of the patient to the therapy. Therefore, psychological mindedness can be used by the clinicians as an important tool to assess the risk of doprout and foreseeing the continuation in advance.

Keywords: Patient selection, continuation to therapy, psychological mindedness, personality organization, object relations, self-reflection and insight

1 GİRİŞ

Psikiyatride kullanılan tedavi yöntemleri arasında bir yandan seçkinliği ile önemli bir yer tutan, bir yandan da görece uzun süreli bir tedavi yöntemi oluşuyla kayda değer kaynak gerektiren psikoterapilerin, tedavi ihtiyacı içindeki birçok hastaya, kanıta dayalı ilkelerle olabildiğince etkin bir şekilde sağlanabilmesi beklentisi günümüzde ilgi çeken ve sıklıkla da araştırılan bir konu olmuştur. Her hasta ve spesifik psikoterapi şekli için tedavinin olası başarı ve başarısızlığının önceden değerlendirilmesinin ve tedavinin olası sonuçlarının öngörülmesinin gerektiği literatürde vurgulanmıştır (Valbak, 2004; Laaksonen, 2012). Bu uğraşlı tedavi yönteminin hasta tarafından yarıda bırakılması tedavi başarısızlığının başlıca sebeplerindendir (Tyson, 1971; Lambert, 1992). Psikoterapide kalımı belirleyen faktörlerin belirlenmesi ve bunların önceden saptanabilmesi bu sebeple önem arz etmektedir.

İlk kez 1895'te Freud, psikoanalitik psikoterapiler için hasta seçiminin nasıl olması gerektiği ile ilgili düşüncelerini dile getirmiş ve "uygunluk" (suitability) terimini kullanmıştır. Pozitif aktarım geliştiremeyen hastalarının tedaviyi bıraktıklarını gözlemlemiş ve kökeni derinlere uzanan kişilik bozukluğu olan hastaları psikoterapiye uygun olmayan hastalar olarak görmüştür. Psikoterapi süreci öncesinde hangi özelliklere sahip hastaların psikoterapi sürecine devam ettiklerini ve hangi özelliklere sahip olanların psikoterapiden daha fazla fayda görebileceğini saptayabilmek; yani, psikoterapiye uygun hasta seçiminde bulunabilmek halen önemini korumakta ve üzerinde çalışılmakta olan bir konudur (Piper, 1990; Olfson, 2009).

Yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda psikoterapi sürecinde sıklıkla kullanılan psikolojik zihinlilik kavramı, ilk kez 1973'de Appelbaum tarafından "bir kimsenin davranış, düşünce ve hislerinin anlamı ve nedenlerini anlayabilmesi, bilişleri hakkında düşünebilmesi" olarak tanımlanmıştır (Nyklicek ve ark, 2009). Psikolojik zihinlilik, üstbiliş, içe bakış ve içgörü; psikodinamik açıdan yorumlarıyla günümüzde psikoterapinin olası başarılı sonuçlarının tayini için önemli birer değişken olarak kullanılan birbirinden farklı fakat benzer yönleri olan kavramlardır (Taylor, 1989; Conte ve diğerleri, 1996; McCallum ve Piper, 1990; Nyklicek ve ark., 2010). Bu alanda yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen, bu kavramların birbirleri

ile ilişkili yapılarının ve psikoterapide kalım ile ilişkilerinin bir bütün olarak incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yalnızca Grant (2001), psikolojik zihinliliği, üstbiliş ile en benzer şekilde; ilgi ve yeteneklerin ikisini de içeren bir yatkınlık olduğunu belirtmiş; psikolojik zihinliliğin, kişilerin içe bakış ve içgörülerinin üstbilişsel süreçlerini ölçerek değerlendirilebileceği ve daha ileri çalışmalarla bunun klinik ve klinik olmayan populasyonda klinisyenlere ek bir araç sağlayabileceğini öne sürmüştür. Bunlara ek olarak, bireylerin psikolojik zihinlilik düzeylerinin ruhsal sağlıklılıklarına katkısını araştırmış olan çalışmaların varlığı (Conte ve ark., 1995; 1996), psikoterapi sürecindeki hastaların psikiyatrik semptomlarındaki azalmada psikolojik zihinliliğin rolünü araştırma gerekliliği doğurmuştur (Nyklicek ve ark., 2010).

Kernberg (1996) tarafından, kararlı, büyük ölçüde bilinçdışı ve erken yaşantıların etkisi ile oluşan dinamik bir yapı olarak tanımlamış olan kişilik örgütlenmesi (KÖ) kavramı ise, nesne ilişkileri, savunma mekanizmaları, nesne ve kendilik temsillerinin bilinçdışı boyutları gibi birçok bilinçdışı içerik ve süreçten oluşmakta olup terapötik süreci anlamak için bir diğer öncü etmen niteliğindedir (McWilliams, 1994; Clarkin ve ark., 2006). Yüksek düzeyde kişilik örgütlenmesi olan hastaların, daha düşük düzeyde kişilik örgütlenmesi olan hastalara kıyasla terapötik ilişkiyi kurabilme ve sürdürebilmelerini sağlayan daha fazla içgörü, içe bakış ve duygularını düzenleyebilme yeteneğine sahip olduğu belirtilmiştir (Gabbard, 2000). Kişilik örgütlenmesi ve nesne ilişkileri niteliği düzeyinin önceden değerlendirilmesinin, tedavinin beklenmedik erken sonlanımlarını veya olumlu gidişi ve sonucu öngörebileceği düşüncesi sıklıkla çalışılmış (Piper ve ark., 2002; Hilsenroth ve ark., 2007; Koelen ve ark., 2012) fakat psikolojik zihinlilik ekseninde ele alınarak incelenmemiştir.

Çalışmamızda, dinamik yönelimli psikoterapi sürecindeki hastaların hangi özelliklerinin psikoterapiye devam etmelerine katkısı olduğunun ve psikoterapide kalım ve terapiden yararlanımda anahtar rolü olduğu düşünülen psikolojik zihinlilik düzeylerinin hastaların hem psikiyatrik semptom hem de kişilik özellikleri bakımından iyileşmeleri üzerine olan etkisinin araştırılmasını amaçladık. Üzerinde çalışılması güç bir konu olan psikoterapilerde kalım ve kalımı öngörebilecek faktörler ile ilgili ülkemizde yapılmış çalışma sayısının oldukça az olması çalışmamızı literatüre katkı açısından önemli kılmaktadır.

ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ:

1. Psikoterapiye devam eden hastaların psikolojik zihinlilik düzeyleri daha yüksektir.
2. Psikoterapiye devam eden hasta grubunun kişilik örgütlenmesi ve nesne ilişkileri niteliği düzeyleri daha yüksektir.
3. Psikolojik zihinlilik düzeyleri ile içgörü ve içe bakış düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
4. Psikolojik zihinlilik düzeyleri ile üstbiliş düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki vardır.
5. Psikolojik zihinlilik düzeyleri ile psikiyatrik semptom düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki vardır.
6. Psikolojik zihinlilik puanları ile kişilik örgütlenmesinin ilkel savunmalar toplam puanları arasında ters yönde; kimlik bütünlüğü ve olgun savunmalar toplam puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
7. Psikolojik zihinlilik puanları ile nesne ilişkileri niteliği total puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
8. Psikolojik zihinlilik puanları ile klinik ölçeklerdeki düşme oranları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
9. Psikolojik zihinlilik puanları, kişilik örgütlenmesi düzeyi ve nesne ilişkileri niteliği psikoterapide kalımı öngörür.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Psikoterapide Kalım, Kalımı Etkileyen Faktörler ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi

2.1.1 Uygun Hasta Seçimi

2.1.1.1 Kavramın Önemi

Psikiyatrik sağlık hizmetlerinin, tedavi ihtiyacı içindeki birçok hastaya kanıta dayalı ilkelerle olabildiğince etkin bir şekilde sağlanabilmesi beklentisi günümüzde ilgi çeken ve sıklıkla da araştırılan bir konudur. Psikiyatride kullanılan seçkin sağaltım araçlarından biri olan psikoterapilerin etkinliği ile uygun hasta seçimi arasında doğrudan bir ilişki saptanmıştır (Tyson, 1971; Lambert, 1992). Psikoterapiler gibi görece uzun süreli tedavi yöntemlerinin kayda değer kaynak gerektirmeleri ve bu kaynakların akılcı kullanılması gerekliliği sebebiyle, her hasta ve spesifik psikoterapi şekli için tedavinin olası başarı ve başarısızlığının önceden değerlendirilmesi, olası sonuçların öngörülmesinin gerektiği literatürde vurgulanmıştır (Valbak, 2004; Laaksonen, 2012). Bu amaçla, psikoterapi süreci öncesinde hangi özelliklere sahip hastaların psikoterapiden fayda görebileceğini saptayabilmek üzere psikoterapiye uygun hasta seçimi gündeme gelmiştir (Piper, 1990). Ayrıca, böyle bir seçim ile seanslara devamlılığın ve terapinin erken sonlandırılması olasılığının azalması ve tedavinin olumlu sonuçlanma olasılığının da artması beklenmiştir (Olfson, 2009; Ogrodniczuk ve ark., 2009).

Psikoanalitik literatürde analiz edilebilirlik ve tedaviye alınabilirlik ile eş anlamlı olarak kullanılmış olan uygunluk kavramı, hastaların analitik bir süreç geliştirebilmeleri ve psikanalize alınabilme, psikoanalizi sürdürebilme yeteneğinde olup olmadıklarını saptamak amacıyla kullanılmıştır (Bachrach, 1978; Luborsky, 1988). Benzer şekilde, psikoanalitik veya psikodinamik yönelimli psikoterapilerde de sıklıkla kullanılmış ve psikopatolojiden ayrı bir kavram olarak ele alınmıştır. Psikoterapiye uygunluk, üzerinde fikir birliğine varılmış bir teorik kavram olmayıp, bazı kaynaklarda hastaya dair bütün prognostik değişkenleri (demografik değişkenler, tanı, sosyal destek gibi) içerecek şekilde kullanılmış olup (Luborsky, 1971), bazılarında ise hastanın psikoterapide çalışabilme yeteneğini etkileyen hastaya ait psikolojik özelliklerle sınırlandırılmıştır (Bloch, 1979; McCallum, 1990; Azim,

1991; Hoglend, 1994). İster dar ister geniş anlamı ile kullanılmış olsun, hastaların bu özellikleri dikkate alınarak çeşitli psikoterapi şekillerine yönelik uygun hasta seçimi yapmak hastaların tedaviden yararlanma düzeylerini arttırmak için şarttır (Truant, 1998; 1999; Valbak, 2004).

Psikoterapi sonrasındaki faydalanma düzeyini önceden saptayabilme amacı güden psikoterapiye uygun hasta seçimi işlemi ayrıca, hastaya yönelik uygun tedavi şeklinin seçilmesinde de yol göstericidir (Tillett, 1996). Örneğin, kişilik bozukluğu olanlarda olduğu gibi rutin uygulamada tedavi edilmesi zor olarak nitelendirilen hastalar uygun bir değerlendirme ile saptanırlarsa, kendi durumlarına özel müdaheleleri içeren psikoterapi tekniklerinin uygulanması ile psikoterapiden fayda görebilirler.

2.1.1.2 Kavramın Klinik Uygulamadaki Tarihsel Gelişimi

Psikoterapi için uygun hasta seçimi kavramı günümüze kadar birçok araştırmacı tarafından farklı açılardan incelenmiştir. İlk olarak Freud, kendi psikoanalitik yöntemini geliştirdikten sonra, 1895'te psikoanalitik psikoterapiler için hasta seçiminin nasıl olması gerektiği ile ilgili kaygılarını dile getirmiş ve "uygunluk" (suitability) terimini ilk kez kullanmıştır. Pozitif aktarım geliştiremeyen hastalarının tedaviyi bıraktıklarını gözlemlemiş ve kökeni derinlere uzanan kişilik bozukluğu olan hastaları psikoterapiye uygun olmayan hastalar olarak görmüştür. Psikoterapi için endikasyonlar belirlemek üzere 1905'te kesin bir ayrım çizerek hastaların fiziksel ve zihinsel olarak 'normal' bir durumda olması -psikotik, madde etkisi altında veya konfüze olmaması- gerektiğini belirtmiştir. Freud, ayrıca psikoterapinin hasta üzerinde bir etki oluşturup oluşturamayacağını belirtmek üzere de "ulaşılabilirlik" (accessibility) terimini ortaya atmıştır. 1900'lü yılların ortalarında Fenickel ve Glover, uygunluk ve ulaşılabilirlik kavramlarını hastanın üzerinde çalışılabilir bir aktarım ilişkisi geliştirebilme yeteneği olarak görmüşler ve daha sonra Sandler ve arkadaşları (1970) bu kavramları hastaya ait, tedavi uyumu ile ilişkili faktörler olarak değerlendirmiş ve hastaların psikoterapide kalımlarını etkileyebileceklerine işaret etmişlerdir. Luborsky ve arkadaşları (1971) bireysel psikoterapinin sonuçlarını etkileyen faktörleri incelerken iyileşmeye yol açan hastaya ait motivasyon, kişilik işlevselliğinin yeterliliği, şizoid özelliklerin yokluğu, psikolojik açıdan sağlıklılık, eğitim ve sosyoekonomik durum gibi faktörler

arasından hastaların psikoterapiye uygunluğuna dikkat çekmiş fakat bunun ölçümünün güvenilir olmayabileceğini söylemişlerdir. Bachrach (1978) hangi hasta özelliklerinin psikoanalizin sonuçları açısından önemli olabileceğini araştırmak istemiş ve olumlu sonucu öngörebilen özellikleri tanı (nevroz lehine), pozitif karakter özellikleri (cesaret, sorumluluk, azim, dürüstlük, işbirlikçilik), nesne ilişkililik düzeyi, psikolojik zihinlilik, anksiyete toleransı ve iç görü kapasitesi şeklinde sıralayarak bu etmenlerin uygun hasta seçiminde kullanılabileceğini öne sürmüştür. Bloch (1979) orta-uzun süreli iç görü odaklı psikoterapilerde benzer bir araştırma yapmış ve hasta motivasyonu, psikolojik zihinlilik ve ego gücüne vurgu yapmıştır. Kernberg (1984) kişilik düzeyi örgütlenmesini önemseyerek "tanısal görüşme"yi sınırda ya da narsisistik patolojisi olan ciddi olguların tanısı ve tedavi yöntemi seçimi, teknik ölçütler ve tedavi gidişi ile ilgili ölçütler arasındaki bağlantıları ortaya koymak amacıyla geliştirmiştir. Garfield ise (1994) uygun hasta seçiminde hastanın savunma mekanizmalarını önemsemiştir. Sonraki yıllarda hastanın kişilik işlevselliği düzeyindeki artış ile psikoterapiye uygunluğu arasında pozitif bir ilişki olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır (Luborsky, 1993). Orlinsky ve arkadaşları (1994) uygun hasta seçiminin önemini tüm psikoterapi çeşitlerinde irdelemiş, fakat hangi psikoterapi çeşidinde daha önemli olduğuna dair bir ayrım yapılamamıştır. Aynı yıllarda, araştırmacılar özellikle psikodinamik psikoterapiler için uygun hasta seçiminin tanımlanmasına odaklanmışlardır ve Piper ve Duncan (1999) nesne ilişkileri niteliğini, Beutler ve ark. (1991) içe alan ve dışa yansıtan başa çıkma stillerini, Blatt ve Felsen (1993) sosyal işlevselliği hasta seçiminde esas kriter olarak ele almışlardır. Psikoterapi öncesinde psikolojik anlamda uygun hastaların seçimi için nelere dikkat edilmesi konusundaki çalışmalar günümüzde de hala önemini korumakta ve devam etmektedir (Valbak, 2004).

2.1.1.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi

Psikoterapiye uygunluk, hastanın sahip olduğu psikoterapiye katılımını kolaylaştıran psikolojik özelliklerin tümü olarak tanımlanır. Bu özellikler; terapist ile ilişki ve uygulama temelinde terapötik uyumun kurulması ve sürdürülmesini sağlayan ve dolayısıyla, psikoterapide kalımın devam ettirilmesini kolaylaştıran özelliklerdir. Bu özellikleri taşımayan veya az düzeyde taşıyan hastaların psikoterapiye devam oranlarının düşük olduğu bilinmektedir.

Uygun hasta seçimi kavramı, psikoterapide kalımın ve hastanın psikoterapiden fayda görüp göremeyeceğinin önceden saptanabilmesi amaçlanarak kullanılmıştır. Bu seçim işlemi, genellikle, hastaya psikoterapi önerilip önerilmeyeceği ve önerilecekse hangi psikoterapi şeklinin ve formatının hasta için daha faydalı olabileceği hakkında bir karar ile sonuçlanır. Psikoterapi sürecinin öncesindeki değerlendirmenin bir parçası olan uygunluk, bu haliyle, hasta için uygun tedavi şeklini saptamada anahtar rol oynar ve tedavinin etkinliğini yordayan bir faktör olarak hastanın psikoterapide kalımını etkiler.

Terapötik uyum ve psikoterapide kalım üzerine yapılan birçok çalışma ve meta-analizde, hastanın terapist ile bir bağ kurabilme yeteneği olarak rol oynayan terapi-öncesi hastaya ait değişkenler araştırılmış ve psikoterapiye uygunluğun hastanın terapötik uyumuna katkıda bulunan kapasite ve yeteneğini içerdiği, terapötik uyuma dair hastaya ait değişkenler ile psikoterapiye uygunluk ile ilgili değişkenler arasında benzerlik bulunduğu saptanmıştır. (Martin, 2000; Horvath A.O. ve ark., 1991).

2.1.1.4 Uygun Hasta Seçiminde Kullanılan Yöntem ve Ölçütler

Psikoterapinin farklı şekilleri için uygun hasta seçilmesi ve klinik uygulamada hastaların psikoterapilere uygunluğunun değerlendirilmesi zorlayıcı bir görevdir. Psikoterapistler bu amaçla, bireysel inanışlardan yaygın kabul görmüş teorilere veya araştırma verilerine kadar birçok temele dayanan hızlı klinik değerlendirmeler veya detaylı, uzun süren görüşmeler yapmışlardır (Valbak, 2004). Hem uzun süreli hem de kısa süreli psikoterapiler için uygun hasta seçiminde birçok ölçüt tanımlanmaya çalışılmıştır. Fakat konuya ilişkin literatürün çoğunu klinik görüş ve bildirimler oluşturduğu için hasta seçiminde kullanılacak kriterler hakkındaki veri tabanı oldukça küçüktür (Ogrodniczuk, 2009; Valbak, 2004).

Psikoterapinin çeşitli şekilleri için veya çeşitli hasta popülasyonları için çok sayıda farklı genel anlamda seçim kriterleri önerilmiştir. Bunlar; yardım ihtiyacının farkındalığı (Petry ve arkadaşları, 2000), ilişkililik kapasitesi (Moras, 2002), kişilik problemlerinin varlığı (Power, 1985) ve psikolojik zihinliliktir (McCallum ve Piper, 1997). Bu genel seçim kriterleri, hastanın probleminin çözülmesi için geçerli bir seçenek olarak psikoterapinin kullanılabilmesi için hastada bulunması gereken temel parametreleri yansıtır ve klinikte kullanılmaktadır.

Seçimde kullanılan bir diğer ölçüt hastanın psikoterapi için "hazırlığı"dır (Bachrach, 1996; Truant, 1999). Hazırlık kavramı konu ile oldukça ilişkili olmasına rağmen içeriği konusunda ilk zamanlar netlik sağlanamamış; içeriğinde, kişisel konuları açıkça tartışmaya isteklilik (Krause, 1967), makul fedakarlıklar yapmaya hazırlıklı olma (Hacker, 1962), değişmeye isteklilik (Truant, 1999) ve streslilik seviyesi (Schneider ve Klauer, 2001) gibi kavramlar olması gerektiği önerilmiştir. Ayrıca hastanın "hazırlık" düzeyini bozan parametreler olarak; stres seviyesi (Derisley ve Reynolds, 2000), otonomi eksikliği (Pelletier ve ark., 1997) ve tedaviye, gerektirdiklerine ve tedaviden faydalanma ihtimaline karşı önyargılı olma (Keijsers ve ark., 1999) tanımlanmıştır. Öncesindeki bu çalışmaları dikkate alarak Ogrodniczuk ve arkadaşları (2009) "Psikoterapi için Hazırlık İndeksi"ni (Readiness for Psychotherapy Index, PRI) geliştirmişlerdir. 20 tane öz-bildirime dayalı soru içeren ölçeğin puanlaması 1'den 5'e kadar Likert tipi puanlama kullanılarak yapılmaktadır. Ölçeğin 4 alt boyutu; ilgisizlik, perseverasyon, açıklık ve strestir (Ogrodniczuk ve ark., 2009). Türkçe geçerlik ve güvenirliği henüz yapılmamıştır.

Psikoanalitik yönelimli psikoterapilere uygunluk değerlendirmesi için Valbak ve arkadaşları (2004) tarafından "Dinamik Değerlendirme Görüşmesi" (Dynamic Assessment Interview, DAI) geliştirilmiştir. Görüşmeye dayanarak doldurulan yapılandırılmış ölçekte; hastanın motivasyonu, psikolojik zihinliliği, öfkelenmeye tahammül edebilme yetisi, kendini gözlemleyebilme kapasitesi, empati yapabilme kapasitesi, duygularını ortaya çıkarma ve kontrol altına alabilme yetisi, hastanın yüzleştirmelere karşı cevabı ve hastanın tedaviye olan güveni 0 puan ile 5 puan arasında derecelendirilmektedir. İki veya üç, birer saat süreli, yüz yüze yapılan görüşmelere dayanarak doldurulan "DDG ölçeği" (DAI scale) için çelişkili sonuçlar bulunmasına rağmen psikoterapiye uygunluk ve psikoterapide kalım açısından kullanılabileceği önerilmiştir.

"Psikoterapiye Uygunluk Ölçeği" (Suitability for Psychotherapy Scale, SPS) ise Laaksonen ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiştir. Klinisyenin görüşmesine dayalı olarak doldurulan 7 seviye ile belirlenen 3 ana alandaki (ego gücü, kendini gözlemleme kapasitesi ve problemlerin doğası) soruları içeren bir ölçek ile hastanın kısa veya uzun süreli psikoterapi için uygunluğu değerlendirilir. Ayrıca PUÖ'nün psikoterapi süresince semptomlardaki değişikliği önemli ölçüde

öngörebildiği de belirtilmiştir. Ölçeğin türkçe geçerlik ve güvenirliği henüz yapılmamıştır.

Terapötik bağın kurulabilmesi ve psikoterapide kalımın sağlanabilmesi açısından önemli özelliklerden biri olarak görülen kişilerarası ilişkilerde güven kavramı da konuyla ilişkili olarak kullanılmıştır. Kişilerarası ilişkilerinde yüksek güven düzeyine sahip kişilerin daha fazla kooperasyona ve karşılıklı dayanışmaya açık oldukları görülmüş olup, psikolojik yardım aramaya daha fazla açık oldukları ve sonuç olarak psikoterapiye daha uygun bireyler olarak değerlendirilebilecekleri saptanmıştır (Fisher ve Turner, 1970). Bu amaçla geliştirilen ölçekler; The Interpersonal Trust Scale (Rotter, 1980) ve Philosophies of Human Nature Scale (Wrightsman, 1966) dir. (Swap, 1982).

Son zamanlarda yapılan daha yeni çalışmalarda psikoterapi için uygun hasta seçimi konusunda daha yüksek öngörebilme gücü olan psikolojik zihinlilik ve nesne ilişkileri niteliği kavramları öne çıkmıştır. (McCallum, 1990; Piper W.E. ve ark., 1998; Hogland P, 1993). Bu çalışmaların kısa süreli psikoterapi alan hastalarda yapılmış olmalarına rağmen sonuçları yüksek güvenilirlik göstermektedir. Bu amaçla kullanılan araçlardan önde gelenleri; Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu (PODF; Personality Organization Diagnostic Form), Shedler-Westen Değerlendirme Prosedürü (Shedler-Westen Assessment Procedure; SWAP), Structured Interview of Personality Organization (STIPO), Nesne İlişkileri Niteliği Ölçeği (QORS; The Quality of Object Relations Scale)'dir (Valbak, 2004).

2.2 Psikolojik Zihinlilik

2.2.1 Psikolojik Zihinlilik Kavramı

Psikolojik zihinlilik (PZ), psikodinamik düşünme biçiminden köken almakla beraber, "bir kimsenin davranış, düşünce ve hislerinin anlamı ve nedenlerini anlayabilmek amacıyla, düşünceler, hisler ve davranışlar arasındaki ilişkiyi görebilme ve bilişleri hakkında düşünebilme yetisi'' olarak psikoanalitik içgörü kavramına yakın bir şekilde tanımlanmıştır (Appelbaum, 1973; Piper ve ark. 1994). Literatürde içgörü, içebakış, öz-farkındalık, kendini gözleme yetisi, özbilinç ve kendine odaklanma gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanılmasına rağmen temelde, kişinin kendi psikolojik durum ve süreçlerine ilgisi ve bunları yansıtabilme yeteneği olarak ortaya konmuştur (McCallum ve Piper, 1996; Nyklicek ve Denollet, 2009). Klinisyenlerin çoğu psikolojik zihinliliği sezgisel olarak tanımlayabilmiş fakat, belki de bunun sonucu olarak, böylesi sezgisel anlayışın prevelansı ve kavramsallaştırılması teorisyenler arasında önemli ölçüde değişkenlik göstermiştir (Grant, 2001).

Tüm bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi, psikolojik zihinlilik, kişiliğin davranış/tutum (bunlara kişinin ilgisi/farkındalığı) ve beceri (içgörü yeteneği) özelliklerini yansıtır. Bu anlamda psikolojik zihinlilik, kişiliğin tamamen değişmez ya da kolayca değişebilen bir özelliği olmayıp, çoğu zaman ve çoğu durumda, neredeyse sabit bir özellik olarak seyretmekle beraber büyük yaşam olayları, psikoterapi gibi önemli dışsal etkilerle de değişebilmektedir (Nyklicek ve Denollet, 2009; 2010).

Bilişsel davranışçı terapi gibi, diğer psikoterapi çeşitlerinde de psikolojik zihinlilik kavramının önemi ve faydaları vurgulanmıştır. (Bjorgvinsson & Hart, 2006; Lewis, 2006; Cecero, Beitel, & Prout, 2008). Allen ve Fonagy (2006) psikolojik zihinliliği mentalizasyona benzer bir yapı olarak yorumlamıştır. Grant (2001) ise ve içe bakış ve üstbiliş kavramlarını açıklamada psikolojik zihinliliği bir anahtar olarak görmüştür.

Psikolojik zihinlilik, kişinin uygun davranışları gerçekleştirebilmesi için gerekli içsel psikolojik durum, sinyal ve ihtiyaçlarına dair farkındalığını yansıtan bir kavram olmasından dolayı genel anlamda ruhsal sağlığı ve dolayısıyla fiziksel işlevselliği de

iyileştiren bir faktör olarak klinik psikoterapideki kullanımının yanı sıra davranış tıbbı ve ruh sağlığı alanlarında da son zamanlarda fazlaca yer bulan önemi artmış bir kavramdır (Denollet ve Nyklicek, 2004; Shill & Lumley).

Sonuç olarak, davranış değişiminde esas rol oynamasına karşılık, kavramsal belirsizlik nedeniyle hakkında yapılan araştırmaların sayısının az olması, psikolojik zihinliliğin geniş kullanımını sınırlamakla beraber (Grant, 2001) kavramın psikoterapilerdeki stratejik önemi sebebiyle hakkında daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

2.2.2 Kavramın Klinik Uygulamadaki Tarihsel Gelişimi

İlk kez Appelbaum tarafından 1973'te tanımlanan psikolojik zihinlilik kavramı, psikoanalitik terapilere uygun hastaları saptayabilme ilgisinden doğmuştur (Piper ve ark., 1994; McCallum ve Piper, 1990). Zaman içerisinde farklı açılardan değerlendirilerek anlamı genişletilmiş, daha sonra bu diğer psikoanalitik kavramlardan ayrışarak farklı bir psikolojik yapı olarak ortaya konmuştur (Nyklicek ve Denollet, 2009).

Psikoanalitik yaklaşım tarafından "intrapsişik bileşenleri tanımlayabilme ve bunları kişinin yaşadığı zorluklarla ilişkilendirebilme yeteneği" şeklinde ele alınan psikolojik zihinlilik (McCallum ve Piper, 1990), psikopatoloji odaklı olarak da düşünülerek hastanın psikolojik yapıların kendisindeki kullanımını kabul etme ya da en azından psikiyatrik semptomlarının psikolojik nedenlerini düşünebilme yeteneği olarak ortaya konmuştur (Baekeland ve Lundwall, 1975). Zaman içerisinde, psikopatolojiye yönelik bir referans olmadan da tartışılmış olup, kişinin kendisine ve diğerlerine dair psikolojik bir anlayış geliştirebilme yeteneği ve hem bilişsel hem duygusal yeteneklerinin üzerine kurulu karmaşık bir kapasite olarak görülmüştür (Hatcher ve Hatcher, 1997). Bu görüşe benzer şekilde "davranışı psikolojik anlamlarda açıklama veya anlamaya olan eğilim/yetenek" olarak da yorumlanmıştır (Wolitzky ve Reuben, 1974). Yine ilerleyen dönemlerde psikopatolojiyle bağlantısız olarak "bir kişinin ne yaptığı veya ne söylediğinin satır aralarını okuyabilme yeteneği" olarak görülmüştür (Dollinger, Reader, Marnett ve Tylenda, 1983).

Psikolojik zihinliliğin kendilikle mi veya diğerleriyle mi ilgili bir kavram olduğu konusunda teorisyenler arasında anlaşmazlıklar yaşanmıştır (Dollinger, 1997).

Örneğin; Appelbaum (1973) ve Baekeland ve Lundwall (1975) psikolojik zihinliliği, kendilik ile ilişkili bir kavram olarak yorumlarken, McCallum ve Piper (1997) kişinin kendisine yönelik psikolojik zihinliliği ile bir başkasına yönelik psikolojik zihinliliğinin birbirinden farklı olabileceğini, çünkü kendiliğe dair bir bilişin dinamik kökenli savunma mekanizmalarından olumsuz yönde etkilenebileceğini tartışmışlardır. Fakat, daha sonra psikolojik zihinliliğin kişinin kendisine veya bir başkasına yönelik bir kavram olup olmadığını tartışmanın kişinin kendisine veya başkasına yönelik içgörüsünün birbiri ile ilişkili olup olmadığını tartışmak anlamına geldiği, bu ikisinin ancak kişinin davranış, düşünce ve duygularını düzenleyen psikolojik mekanizmalarının başkalarınınkinden farklı olsaydı doğru bir şekilde ayrı olarak ele alınabileceği düşünülmüştür (Bandura, 1977). İnsanlığa dair ortak psikolojik mekanizmaların olması gerçeğinden hareketle, Conte (1996) ve Grant (2001) başkalarını veya durumları anlamaya yönelik anlamlı psikolojik teoriler üretmek, araştırmak ve bunların uygulanabilmesinin psikolojik zihinliliğin her iki anlamı da içermesiyle mümkün olduğu sonucuna varmışlardır. Nyklicek ve Denollet (2009) ise, psikolojik zihinlilik kavramını kişinin kendi psikolojik durum ve içsel süreçlerinin farkında olmasına dönük bir ilgi ve bunları yansıtabilme yeteneği olarak ortaya koymuştur. Kavramın genişletilmiş anlamlarından çok, temelde ne ile ilgili olduğu üzerinde duran Nyklicek ve Denollet (2009) diğer tanımlamalarda yer alan başkalarının duygu, düşünce ve davranışlarının altında yatan nedenlere ilgi duyması boyutuna kendi tanımlarında yer vermemişlerdir. Bu düşüncelerini, psikolojik zihinliliği ölçmede yaygın olarak kullanılan Conte ve diğerlerinin (1996) psikolojik zihinlilik ölçeğinin farklı zamanlarda yapılan faktör analizlerinde başkalarını anlamaya dönük ilgi ve yetenek boyutunun işlemediği ve doğrulanamadığına dayandırmışlardır. Bu durum psikolojik zihinliliğin bazı tanımlarında yer aldığı gibi (örn. Conte ve ark., 1996) başkalarının psikolojik durumunu ve içsel süreçlerini anlamaya dönük boyutu olan bir kavram olmadığını düşündürmektedir.

Psikolojik zihinliliğe dair yapılmış olan daha önceki bu tanımlamalar sonucunda bir takım başka problemler de doğmuştur. Projeksiyon, inkar, reaksiyon-formasyon gibi dinamik temelli savunma mekanizmalarını referans alarak veya "var olan şikayetler; altta yatan izin verilemeyen arzu, anksiyete (veya korku) ve anksiyete ile başa çıkabilmek veya arzuların bastırılmasını sağlamak için harekete geçmiş savunma mekanizmalarını içeren psişik çatışmaların göstergeleridir" şeklindeki

(McCallum ve Piper, 1990) psikoanalitik açıklamaları kişinin kabul edebilirliği (receptivity) olarak yapılan psikolojik zihinlilik tanımlamalarının, kavramın farklı teorik arka planlara olan faydalılığını sınırladığı düşünülmüştür. Ayrıca, buna ek olarak, psikolojik zihinliliği özellikle psikopatoloji üzerine odaklanan veya psikoterapi ile ilişkili olarak düşünmek (Baekeland ve Lundwall, 1975; McCallum ve Piper, 1996 gibi), insan deneyiminin bunların dışında kalan alanlarında psikolojik zihinliliğin olmadığını ima etmektedir ki bunun kesinlikle yetersiz bir tanım olduğu düşünülmüştür (Grant, 2001).

Günümüze doğru literatürde psikolojik zihinliliğin bilişsel bir süreç olarak ele alındığı çalışmalara da rastlanmaktadır (Beitel ve arkadaşları, 2004; 2005). Örneğin, Grant (2001) psikolojik zihinliliği bir üstbiliş olarak tanımlamış ve "bireyin kendisinin ya da diğerlerinin nasıl ve neden o şekilde davrandığını, düşündüğünü ve hissettiğini sorgulamaya dönük duygusal ve zihinsel bir yatkınlık" olarak ifade etmiştir. Benzer şekilde, Boylan'a göre (2006) de psikolojik zihinlilik düzeyi yüksek olan bir kişi, duygularını anlama yetisine sahip, yeni fikirlere açık, kendini ve başkalarını anlamaya çalışmaya istekli ve kendisinin ve başkalarının davranışlarının altında yatan nedenlere ilgi duyan bir kişidir.

Psikolojik zihinliliğin bilişsel süreçlerle ilgili olduğunu vurgulayan tanımlarından farklı şekilde, Nyklicek ve Denollet vurgularını psikolojik zihinliliğin duyuşsal boyutuna yapmışlardır. Kişinin kendi psikolojik durumunun ve içsel süreçlerinin farkında olmaya dönük ilgisi ve bunların farkına varmaya dair yeteneğinin içgörü ile sonuçlanacağını ileri sürmüşlerdir. (Hall, 1992; Nyklicek ve Denollet, 2009). Psikolojik zihinlilik kavramına dair yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen, içe bakış ve içgörünün ilişkili yapıları ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Öte yandan psikolojik zihinlilik kavramının, üstbiliş ile uyumluluk gösterdiği, kişilerin içe bakış ve içgörülerinin üstbilşsel süreçlerini ölçerek değerlendirilebileceği ve daha ileri çalışmalarla bunun klinik ve klinik olmayan populasyonda klinisyenlere ek bir araç sağlayabileceği öne sürülmüştür (Grant, 2001). Psikolojik zihinliliği yalnızca bilişsel süreçlerle ilişkilendiren çalışmalar (Grant 2001; Boylan, 2006) olmasına rağmen, psikolojik zihinlilik üzerine yapılan çalışmaların incelendiğinde günümüzdeki ortak görüşün psikolojik zihinliliğin bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını anlamaya dönük bir ilgiyi ve yeteneği

içeren bir yapı olduğu görülmektedir (Applebaum, 1973; McCallum ve Piper, 1996; Nyklicek ve Denollet, 2009; Majoor ve Schalken, 2010).

2.2.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi

Psikoterapide kalım psikoterapilerden alınan sonuçla doğrudan ilişkili bir faktör olup, psikoterapide kalımı öngörebilmek amacıyla birçok kavram geliştirilmiştir. Psikolojik zihinlilik, bunlardan biridir ve psikoterapilerin gidiş ve sonuçlarını ölçmek üzere yapılan araştırmalarda ilgi çeken bir konu olmuştur (Conte ve diğerleri, 1996; McCallum ve Piper, 1990; Nyklicek ve ark., 2010). Günümüz pratiğinde uzun zamandan beri hastaların psikodinamik psikoterapilerden fayda görebilme ihtimallerini yansıtan klinik bir kavram (Taylor, 1989) olarak kullanılan psikolojik zihinliliğe dair ilk çalışmalarda psikolojik zihinlilik ile terapi sonuçları arasında bir bağlantı bulunamamıştır (Abramowitz, 1974). Kavramın kendisi ve ölçülmesiyle ilgili daha sistematik araştırmaların yapılmaya başlanmasıyla bu görüş değişmiştir. Kişinin psikolojik zihinlilik düzeyinin terapinin etkililiği ile olumlu yönde ilişkili olduğu yönündeki bulgular ağırlık kazanmıştır. (McCallum, 2003; Piper, McCallum, Joyce, Roise ve Ogrodniczuk, 2001). Psikolojik zihinlilik düzeyi yüksek bireylerin terapiden daha olumlu sonuçlar elde ettiğine dair araştırma bulguları dikkat çekmektedir (McCallum, 2003; Piper, 2001). Bu bulgular ışığında psikolojik zihinlilik psikoterapide kalımı, dolayısıyla da psikoterapiden olumlu sonuçlar elde edilebilme olasılığını arttırıcı bir faktör olarak düşünülmektedir (Nyklicek ve Denollet, 2009). Literatürde bu ilişkiyi irdeleyen az sayıda çalışma vardır.

Ayrıca yapılan çalışmalarda, psikolojik zihinliliğin duygusal uyum ile pozitif yönde ilişkili olduğu (Trudeau ve Reich, 1995) ulaşılan bulgular arasındadır. Benzer şekilde, Beitel ve Cercero (2003) psikolojik zihinliliğin güvenli bağlanma ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca psikolojik zihinliliğin dışadönüklük, yaşantılara açıklık ile pozitif, nörotizm ile negatif yönde ilişkili olduğunu saptamışlardır. Beitel ve arkadaşları (2004) ise psikolojik zihinlilik düzeyleri yüksek bireylerin bilişsel özelliklerinin profilini çıkardıkları çalışmalarında psikolojik zihinliliği yüksek bireylerin esnek, amaç yönelimli ve gerçekçi düşünme eğiliminde olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu bulgulardan hareketle, bu özelliklerin psikoterapiden yararlanma düzeyini ve dolayısıyla psikoterapide kalımı arttırabileceğini öne sürmüşlerdir (Trudeau ve Reich, 1995; Bietel ve ark., 2004; Bietel ve Cercero, 2003)

2.2.4 Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi

Psikoterapiye başvuran hastaların psikiyatrik belirtilerinin psikoterapi sonucundaki değişim oranı ile psikolojik zihinlilik arasındaki ilişkiyi araştırmaya yönelik fazla sayıda çalışma bulunmamakla beraber; uzun yıllardan beri psikolojik zihinlilik, pratikte hastaların psikodinamik yönelimli psikoterapilerden fayda görebilme ihtimallerini yansıtan klinik bir kavram olarak kullanılagelmiştir. (Taylor ve ark., 1989, Nyklicek ve Denollet, 2009). Literatürde psikolojik zihinliliğin, ruh sağlığının olumlu öngörücülerinden birisi olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Örneğin, psikolojik zihinliliği yüksek bireylerin daha atılgan ve sosyal olduğu; depresyon ve kişilerarası çatışma düzeylerinin düşük olduğu gösterilmiştir (Conte ve ark., 1995). Yapılan başka bir çalışmada, psikolojik zihinliliğin yas sürecindeki yetişkin bireylere uygulanan hem yorumlayıcı hem de destekleyici yaklaşıma dayalı grup terapisinin yas semptomlarını azaltmasında anlamlı bir öngörücü etmen olduğu bulunmuştur (Piper, 2001). Yine benzer şekilde, McCallum ve arkadaşları (2003) hem kısa süreli grup psikoterapisinde hem de kısa süreli bireysel psikoterapide psikolojik zihinlilik düzeyinin yüksek olmasının olumlu terapi sonucuyla ilişkili olduğu bulmuştur.

Nyklicek ve arkadaşları (2010) ise farklı sorunlara sahip yetişkin klinik vakalarda psikiyatrik semptomların azalmasında psikolojik zihinliliğin rolünü araştırmışlardır. Katılımcıların psikolojik zihinlilik düzeyleri ile birlikte kaygı, fobik kaygı, depresyon, somatizasyon, paranoid düşünceler ve kişilerarası duyarlılık, düşünce ve davranış yetersizlikleri, uyku sorunları ve düşmanca davranışlar gibi gösterdikleri klinik belirtileri ölçülmüştür. Terapi sürecine başlamadan önce ve terapi süreci sonlandıktan sonra olmak üzere iki tekrarlı ölçüm yapılmıştır. Sonuçta psikolojik zihinliliğin içgörü alt boyutu puanlarındaki artışın söz konusu semptomlarda azalmayla ilişkili olduğu bulunmuştur. Psikolojik zihinliliğin kaygı, depresyon, somatizasyon, uyku sorunları gibi birçok sorunu gidermede olumlu yönde katkısı olduğu saptamış olan başka çalışmalar da bulunmaktadır (Conte, 1996).

Sonuç olarak, hastaların hem psikiyatrik semptomlarındaki azalışa yönelik hem de genel anlamda ruh sağlıkları üzerine olumlu etkisi sebebiyle psikolojik zihinlilik, psikoterapilerden görülebilecek faydayı arttıran bir özellik olarak düşünülmektedir ve daha fazla çalışılmasına ihtiyaç vardır.

2.2.5 Psikolojik Zihinliliğin Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Araçlar

Psikolojik zihinliliğin sezgisel olarak yaygınca anlaşılmasına karşın farklı şekillerde kavramsallaştırılması sebebiyle kavramın değerlendirilebilmesi için farklı araştırmacılar farklı ölçekler geliştirmiştir. Kavramın önemine rağmen özbildirime dayalı ölçeklerin sayısı azdır. Bunlardan birkaçı; "Psikolojik Zihinliliğin Özbildirime dayalı Değerlendirilmesi" (Self-report Assessment of Psychological Mindedness), "Kaliforniya Psikolojik Envanteri" (California Psychological Inventory), "İçgörü Testi" (The İnsight Test), "Özel Öz-farkındalık Ölçeği" (Private Self-consciousness Scale), "Toronto Aleksitimi Ölçeği" (Toronto Alexithymia Scale), "Psikolojik Zihinlilik Ölçeği" (the Psychological Mindedness Scale) ve "Psikolojik Zihinliliğin Dengelenmiş Dizini" (Balanced İndex of Psychological Mindedness)'dir.

Psikolojik zihinliliği ölçmek için kullanılan özbildirime dayalı ölçeklerden biri olan "Kaliforniya Psikolojik Envanteri" (California Psychological Inventory)'nin Psikolojik Zihinlilik alt ölçeği (Gough, 1987), 28 maddeden oluşmakta olup psikolojik zihinliliği oluşturan farklı faktörleri ayırt edememesi sebebiyle geçerliği düşük olarak görülmekte ve psikolojik zihinliliğin güvenilir bir aracı olarak görülmemektedir (Hall, 1992).

Bireylerin, 27 adet kurgusal duruma dair açıklamalardan "en iyi" ve "en kötü" şeklinde yaptıkları seçimlerin savunma mekanizmalarını ne kadar iyi tanımlayabildiklerini ölçen bir ölçek olan "İçgörü Testi" (The İnsight Test); psikolojik zihinliliğin değerlendirilebilmesi için bireyin, farazi durumları ne derecede uygun bir şekilde yorumlayabildiğinin derecesinin saptanması prensibine dayanır (Tolor ve Reznikoff, 1960). Fakat test ile ilgili önemli bir sorun; bireyler sorulara cevap vermekte zorlandıklarında psikolojik zihinliliği yatkınlıktan çok bir beceri olarak ele almasıdır (McCallum ve Piper, 1996; Grant, 2001).

Özel öz-farkındalık kavramının bazı teorisyenler tarafından psikolojik zihinlilik ile eş anlamlı olarak kullanılması (Farber, 1989), 10 maddelik bir "Özel Öz-farkındalık Ölçeği" (Private Self-consciousness Scale) geliştirilmesine yol açmıştır (Fenigstein ve ark., 1975). Her iki kavramın da bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerinin değerlendirilmesini içermesine rağmen, iki arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bunun yanında, tanımları farklı olsa da psikolojik zihinliliği

oluşturan yapılardan biri olduğu düşünüldüğü için, özel öz-farkındalık da psikolojik zihinliliği ölçmede fikir sahibi olunmak için kullanılmıştır (Grant, 2001).

Farklı bir bakış açısıyla, psikolojik zihinliliğin yokluğu sıklıkla aleksitimi kavramı altında sınıflandırılmıştır (Taylor, Bagby, & Parker, 1989). Her iki kavramın örtüşen yanlarının fazlalığı ve birbirleri ile ilişkililiği sebebiyle "Toronto Aleksitimi Ölçeği" (Toronto Alexithymia Scale, TAS) ile ölçülen aleksitimi (Bagby ve ark., 1994) bireyin psikolojik zihinliliğine dair fikir verebilmektedir. Psikoterapiye uygun hasta seçimi ve psikoterapide kalma süresini öngörmeyi amaçlayan çalışmalarda beraber kullanılmıştır (Grant, 2001).

Conte ve arkadaşları (1990) tarafından hastaların psikodinamik yönelimli psikoterapilere uygunluğunu değerlendirmek için geliştirilen "Psikolojik Zihinlilik Ölçeği" (the Psychological Mindedness Scale) 45 maddelik öz-bildirime dayalı bir ölçektir (Conte ve ark., 1996; Shill ve Lumley, 2002). Kendini ve diğerlerini anlamaya çalışmaya isteklilik, yeni fikirlere açıklık ve değişme kapasitesi, duygularına ulaşabilme, problemlerini tartışmanın faydalılığına inanma ve kendi ve başkalarının davranışlarının anlam ve motivasyonlarına ilgi duyma olmak üzere 5 faktörden oluşmaktadır. Psikoanalitik terapi ile ilişkili olarak hazırlanmış olan ölçeğin, psikolojik zihinlilik dışında hastanın psikoterapiye "hazırlığı, uygunluğu ve psikoanalitik terapiden faydalanabilme kapasitesini de ölçtüğü açıktır.

Psikolojik zihinlilik ile ilişkili olan birçok faktörü kısa ve net bir şekilde bir ölçekte toplama girişimi yakın zamanda Nyklicek ve Denollet (2009) tarafından yapılmıştır. İlgili literatürü gözden geçirdikten sonra yazarlar, 14 maddelik öz-bildirime dayalı bir ölçek olan "Psikolojik Zihinliliğin Dengelenmiş Dizini" (PZDD, Balanced İndex of Psychological Mindedness, BIPM)'ni geliştirmişlerdir. Bireyin kendi psikolojik durumu ve süreçlerini yansıtma ve ilişki içerisinde olabilme becerisi ve buna ilişkin ilgisini ölçen ölçek; ilgi ve içgörü olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. PZDD'nin, psikolojik zihinliliği ölçen en güvenilir ölçeklerden biri olmasına rağmen, ölçeğin yeniliği sebebiyle hakkında yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır (Giromini, 2015). Ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Candemir ve ark., 2016). Yüksek ölçek puanları psikolojik zihinliliğin yüksek olduğunu belirtmektedir (Nyklicek ve Denollet, 2009)

2.3 Üstbiliş

2.3.1 Üstbiliş Kavramı

Üst biliş (metacognition), genel olarak düşünme hakkında düşünme faaliyetine veya biliş hakkındaki bilişlere işaret eden bir kavram olarak tanımlanabilir. Üst biliş, kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (Crick 2000, Dienes ve Perner 1999). Diğer bir deyişle, en kısa tanımıyla, kişinin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri kontrol edebilmesi anlamına gelir (Brown, 1978; Flavell, 1979; Wellman, 1985; Beauford, 1996; Huitt, 1997; Hacker ve Dunlosky, 2003; Jager, Jensen ve Reezigt, 2005).

Literatürde çeşitli tanımlamalar ile karşılaşılmış olmasına rağmen, üst biliş üzerinde uzlaşılmış en sık kullanılan tanımı ile bireyin kendi bilişsel yapıları hakkında bilgi sahibi olması ve bu yapıları düzenleyebilme yeteneğidir (Flavell, 1979; Wellman, 1985; Brown, 1987; Jacobs and Paris, 1987; Schraw, 1994; Livingston, 1997; Dunlosky and Hertzog, 2000; Georghiades, 2004).

Bilişsel süreçler sırasında, öncesinde ve sonrasında, sırasıyla izleme, planlama ve değerlendirme olarak zihinsel faaliyetler esnasında devrede olan üst biliş, bilişten farklı bir yapı olarak ortaya konmaktadır (Brown, 1980; Wahl, 2007; Altındağ, 2008). Bilişin algılamayı, anlamayı, hatırlamayı ve buna benzer zihinsel süreçleri içermesine karşılık üst biliş, insanın kendi algılaması, anlaması, hatırlaması ve bunun gibi zihinsel süreçleri hakkında düşünmesini içerir (Garner ve Alexander, 1989). Yani üst biliş bir görevin nasıl yapılacağını anlamak için gerekliyken, biliş görevi yerine getirmek için gereklidir (Schraw, 2001). Benzer şekilde, biliş bir şeyi anlamak ve onun farkında olmak iken, üst biliş kişinin bir şeyi öğrenmesi ve anlamasına ek olarak nasıl öğrendiğinin de bilgisi ve farkındalığıdır (Brown, 1980, Senemoğlu, 2005). Üst biliş, Flavell (1979) tarafından; girdileri bilinçli şekilde yapılandırma ve belleğe alma, bellekte bulunan bilgileri tarama ve içinden gerekli olanı bulup çıkarma işlemi; bellekte bulunan bilgileri izleme işlemleri ve depolanmış bu bilgilerin farkında olunması olarak detaylandırılmıştır. Bütün bu özellikleriyle üst biliş, bireylerin kendi zihinsel süreçlerini gözlemleme, geliştirme ve değerlendirme ve yeni durumlara bu bilgileri uygulayabilmeleri için temel bir gereklilik olarak ortaya konmuş bir kavramdır (Gourgey, 1998; Wahl, 2007; Altındağ, 2008).

Üst bilişin, bireyin kendi zihinsel faaliyetleri üzerinde tahmin etme, plan yapma, izleme ve değerlendirme gibi yeteneklerini barındırması, çok boyutlu ve kapsayıcı bir yapı olarak tanımlanmasına sebep olmuştur. (Flavell, 1979; Brown, 1980). Üst bilişi, üst bilişsel bilgiler (metacognitive knowledge) ve üst bilişsel deneyimler (metacognitive experiences) olarak ayıran araştırmacılar olduğu gibi (Flavell, 1979); biliş bilgisi (knowledge of cognition) ve bilişin düzenlenmesi (regulation of cognition) olarak boyutlara ayıran araştırmacılar da vardır (Schraw ve Moshman, 1995; Brown, 1987). Her iki sınıflamada da ikinci boyutlar, kişinin kendi bilişlerini izlemesi, denetlemesi ve düzenlemesi olarak benzer şekilde tanımlanmaktadır. Bu konudaki literatür incelendiğinde üst bilişin, üst bilişsel bilgi (metacognitive knowledge), üst bilişsel izleme (metacognitive monitoring) ve üst bilişsel denetleme (metacognitive control) olmak üzere üç yüzlü bir yapı olarak ele alındığı görülmektedir (Dunlosky ve Metcalfe, 2009).

2.3.2 Kavramın Klinik Uygulamadaki Tarihsel Gelişimi

17. yüzyılda Spinoza'nın "Kişi bir şeyi biliyorsa, o şeyi bildiğini bilir ve aynı zamanda o şeyi bildiğini bildiğini de bilir (1632-1677)" deyişi ile felsefi bir düşünce olarak ilk kez ortaya atılan kavram psikoloji alanında ilk kez 1970'li yıllardan sonra incelenmeye başlanmıştır. Flavell, 1976 yılında çocukların ileri bellek yetenekleri konusunda yaptığı bir araştırmada ilk kez üst bellek (metamemory) terimini kullanmış ve bu kavramı literatüre kazandırmıştır. 1979 yılında çalışmalarını geliştiren Flavell, kuramını üst bilişi de içerecek şekilde yeniden yapılandırmış ve üst bilişi, "bireyin kendi öğrenme ve bellek süreçleri üzerindeki kontrolünü" ifade etmek üzere kişinin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması, bu süreçleri kontrol edebilmesi olarak tanımlamıştır (Flavell, 1979; Schneider ve Lockl, 2002). Aynı yıllarda Brown "bilgi ile bu bilginin anlaşılması arasındaki farkı" vurgulayarak üst bilişi tanımlamış ve sağlayabileceği açılımlara dikkat çekmiştir (Brown, 1978).

Birçok araştırmacı tarafından ilk zamanlarda bulanık bir kavram olarak görülen üst biliş, son yıllarda içeriğinin anlaşılması amacıyla çokça araştırılmıştır. Kökleri kognitif psikoloji (Hart, 1965; Peters 2007), kognitif gelişimsel psikoloji (Piaget, 1950; Steinbach 2008) ve sosyal gelişimsel psikoloji (Tsai 2001; Vygotsky, 1962) alanlarına dayanmaktadır. Hart (1965), davranışların geçerli öngörücüleri olduğu gösterilmiş olan belleğe dair erişkinlerin yargılarının doğruluğundan endişe

duymuştur (Peters, 2007). Piaget (1950) ise, diğer taraftan, bilişsel gelişimin ve kişisel bilgi epistemolojisinin erken zamanlarında "bilmeyi bilmek ve düşünceyi düşünmek"ten ilk bahsedenlerdendir (Steinbach, 2008). Vygotsky (1962) bilinçlilik ve bilinçli kontrolün okul yıllarındaki temel etmenler olduğu sonucunu elde etmiştir (Tsai, 2001).

Üst biliş, daha sonraları birçok kelime ile eş anlamda kullanılmıştır. Bazı araştırmacılar üstbiliş yerine "self-management" terimini kullanmışken (O'Neil & Speilberger, 1979), diğerleri "meta-mentation" (Bogdan, 2000) veya "meta-learning" terimini (Cross & Steanmand, 1996) kullanmışlardır (Steinbach, 2008). Bir grup araştırmacı ise literatürde üst bilişsel inanış, yürütücü işlevler, üst bileşenler ve öğrenmenin muhakemesi (metacognitive beliefs, executive skills, metacomponents and judgments of learning) gibi bazı farklı terimlerin üst biliş ile ilişkili olarak kullanıldığını belirtmiştir (Veenman, Van Hout-Wolters ve Afflerbach, 2006). Kişinin zihinsel durumları hakkında düşünebilme yeteneği kimileri tarafından üst biliş (Dimaggio ve ark, 2007; Semerari ve ark, 2003), kimileri tarafından içe bakış (self-reflection) (Ryle ve Kerr, 2002), kimileri tarafından da mentalizasyon (Bateman & Fonagy, 2004) olarak kavramsallaştırılmıştır.

Zaman içerisinde üst bilişin içeriği ile ilgili olarak da farklı tanımlamalar yapılmıştır. Reeve ve Brown'a (1985) göre üstbiliş, bireyin kendi bilişsel süreçlerini kontrol edebilme ve yönlendirebilme yeterliliği; Sternberg'e (1988) göre bireyin problem çözmesinde planlama, izleme ve değerlendirmenin kullanıldığı yüksek düzeyde bir yönetsel süreç; Shanahan'a (1992) göre, bilişsel aktivitenin anlaşılması ve kontrol edilmesi; Butterfield, Albertson ve Johnston'a (1995) göre ise, bilişi etkileyen faktörlerin anlaşılması ve küçük modeller eşliğinde bilişin izlenip kontrol edilmesi olarak tanımlanmış ve kullanılmıştır. Nelson'a (1999) göre de bireyin kendi bilişleri hakkındaki bilişleri olarak tanımlanabilecek özel bir biliş türüdür.

Bugün artık üst biliş, kişinin düşünme süreçleri ve bilgisi ile ilişkili yapıları kapsayacak şekilde bir şemsiye terim olarak kullanılmaktadır (Leader, 2008). Flavell'ın üst bilişi ayrıntılı olarak açıklayan ve "yeni bir bilişsel-gelişimsel araştırma alanı" olarak sunan makalesini yayınlamasının ardından geçen yaklaşık 30 yıl boyunca, bu konuda psikolojinin ve psikiyatrinin farklı alanlarında çok çeşitli çalışmalar yürütülmüştür. Üst biliş, bilişsel perspektiften yaklaşanlar için zihin

modellemeleri, belleğin işleyişi ve üst bellekle; gelişimsel açıdan yaklaşanlar için zihinsel işlevlerin nasıl değiştiği ve epistemolojik düşüncenin gelişimiyle; eğitim psikolojisi açısından yaklaşanlar için ise öğrenme düzeyi, öğrenenin kendini düzenlemesi ve öğrenmelerin geliştirilmesi ile ilgili olarak ele alınmış ve çalışılmıştır. Üst bilişin psikopatolojiler ile ilişkisi de son yıllarda giderek artan bir şekilde ilgi çekmiştir. Yaygın Kaygı Bozukluğu (Wells 2005), Obsesif Kompulsif Bozukluk (Fisher ve Wells 2005, Myers ve Wells 2004, Wells ve Papageorgiou 1998), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Holeva ve ark. 2001), psikozlar (Bacon ve ark. 2001, Morrison ve Wells 2003, Weiss ve ark. 2002), depresyon (Papageorgiou ve Wells, 2003) ve madde kötüye kullanımında (Toneatto1999) üst bilişin rolünü araştıran çalışmalar üst bilişin etkilerini doğrulayan bulgular sunmaktadır. Buna ek olarak, bazı bozukluklar için üst bilişsel tedavi tekniklerinin geliştirilmeye başlandığı da görülmektedir (örn., Irak ve Tosun, 2008; Knouse, Paradise ve Dunlosky, 2006; Moritz ve Woodward, 2007; Spada, Nikcevic, Moneta ve Wells, 2008; Tuna, Tekcan ve Topçuoğlu, 2005). Üst biliş, adeta, kişinin kendi bilişsel süreci üzerine çevrilmiş, kendini gözleyen ve denetleyen bir gözü olması sebebiyle psikoterapiler alanında da etkililik çalışmalarında dikkate alınması gereken bir kavram olarak yer almıştır.

2.3.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi

Psikoterapide kalımı öngörebilmek amacıyla kullanılan birçok kavramdan biri olan üst biliş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rol oynar. İşlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına yol açan bir takım üst bilişsel süreçler pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktördür (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Bu yaklaşımı benimseyen araştırmacılara göre, kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üst bilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üst bilişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır (Cartwright-Hatton ve Wells 1997, Gwilliam ve ark. 2004). Psikoterapide kişinin bu işlevsel olmayan bilişlerine yönelik üst bilişleri ile çalışılarak üst biliş düzeyinin geliştirilmesinin, bireyin kendi bilişsel süreçlerinin nasıl işlediğini anladığında, bu süreçleri denetleyebileceği ve daha

nitelikli bir içgörü için bunları yeniden düzenleyerek daha etkili kullanabileceği anlamına geldiği düşünülmüştür (Ülgen, 2004). Bu yönüyle içgörü ile paralel olarak üst biliş düzeyinin artmasının, kişinin psikoterapiden alacağı faydayı arttıracağı ve dolayısıyla da psikoterapide kalımı arttıran bir faktör olarak etki edeceği öngörülmüştür.

Düşünme hakkında düşünme faaliyetine veya biliş hakkındaki bilişlere işaret eden bir kavram olan üst biliş, bireyin kendini (self), öznelliğini ve öznel bildirimlerin hatalı olma halini çalışılabilir bir değişken olarak ortaya koyar ki bu çalışılabilirlik düzeyi bireyin psikoterapiye uyum ve psikoterapide kalımına etkili olduğu tartışılan bir faktördür. Farklı bir bakış açısından bakıldığında içsel psikolojik durumlarına ulaşmakta kısıtlılık olarak görülen kişilik bozukluklarında, üst biliş düzeylerindeki düşüklüğe dikkat çeken giderek artan sayıdaki çalışmada psikoterapiye başvuran hastaların çoğunun kendi zihinlerini ve düşünme süreçlerini yansıtmakta zorlandığı, istek, arzu ve affektlerinden temel alan davranışlarını tespit edebilmekte ve sosyal ilişkileri düzenleme, stresle başa çıkma gibi durumlarda psikolojik bilgilerini kullanmakta zorlandıkları belirtilmiştir (Carcione ve ark, 2009; Dimaggio ve Lysaker, 2010). Son yıllarda yapılan çalışmalar üst bilişsel yeteneklerdeki bu eksikliklerin ve zayıf terapötik uyumun düşük tedavi etkinliğine yol açtığını göstermektedir (Lysaker ve ark, 2010; Davis ve ark, 2011). Fakat, üst biliş ile psikoterapide kalımın ilişkililiğine dair yapılmış çalışma sayısı az olmakla beraber Dimaggio ve ark (2010) kişilik bozukluğu olan hastalarda üst bilişteki eksikliklerin psikoterapide kalım için bir engel teşkil ettiğini düşünmüş, Fonagy ve ark (2002) ise, terapötik uyumun bu grup hastalarda üst bilişsel yeteneklerini geliştirmek için bir araç olduğu sonucuna varmıştır. Konunun daha detaylı araştırılması gerekliliğine rağmen, şimdiye kadarki literatür incelendiğinde üst biliş ile psikoterapide kalım arasında güçlü bir ilişki olduğu düşünüldüğü görülmüştür (Dimaggio, 2010; 2011; Davis, 2011).

2.3.4 Üstbiliş Kavramının Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar

Üstbiliş ölçülmesi zor bir kavramdır çünkü açıkça belli olan bir davranış değildir, sadece içsel süreç/işlemlerden (internal process) oluşmaz ve bireyler bu işlemlerin farkında değildir. Bununla birlikte, üstbilişi ölçmek amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir.

Üstbilişle ilgili çalışmalarda en yaygın kullanılan üç ölçek, Düşünce Kontrol Ölçeği (Thought Control Questionnaire, TCQ), Kaygı Verici Düşünceler Ölçeği (The Anxious Thoughts Inventory, AnTI) ve Üstbiliş Ölçeği'dir (Metacognitions Questionnaire, MCQ) (Wells ve Cartwright-Hatton 2004). Bu ölçeklerden ilk ikisi hem psikopatolojik hem de normal evrende kullanılabilen ölçeklerdir. Bununla birlikte, Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ) psikopatolojilerle ilgili üstbilişsel modellerden yola çıkarak hazırlanmış ve bu nedenle psikopatolojilerdeki üstbilişleri değerlendirmeye uygun bir ölçektir.

Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği (DKÖ; "Thought Control Questionnaire, TCQ") Wells ve Davies (1994) tarafından geliştirilmiş olup, istenmeyen ve hoşa gitmeyen düşüncelerle baş etmede kullanılan çeşitli yöntemlerin sıklığını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. 4'lü Likert tipinde 30 maddelik bir ölçektir. Dikkat dağıtma, sosyal kontrol, endişe etme, kendini cezalandırma ve yeniden değerlendirme kategorileri 6'şar madde ile sorgulanır. Endişe etme ve kendini cezalandırmanın işlevsel olmayan yöntemler olduğu (Wells ve Davies, 1994) ve OKB'li hastaların ise sıklıkla bu yöntemleri kullandığı (Amir, Cashman ve Foa, 1997), psikoterapi ile kullanılan yöntemlerde değişiklik yaratılabildiği (Abramowitz ve ark., 2003) bildirilmiştir (Yorulmaz ve Gençöz, 2008). Kaygı Verici Düşünceler Ölçeği ("The Anxious Thoughts Inventory, AnTI") Wells tarafından 2007'de geliştirilmiş olup sosyal endişe, sağlık endişesi ve üstbilişsel endişe olmak üzere 3 alt boyut içeren bir ölçektir. Hem normal evrende hem de yaygın kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikopatolojilerde çalışılmıştır (Tosun ve Irak, 2008).

Cartwright-Hatton (1997) tarafından geliştirilen, daha sonra Wells ile birlikte (2004) 30 soruluk kısa hali oluşturulan "Üstbiliş Ölçeği" (ÜBÖ-30, Metacognitions Questionnaire, MCQ-30) günümüzde birçok alanda kullanılır hale gelmiştir. Kavramsal olarak birbirinden farklı, fakat birbiriyle ilişki içinde olan beş faktörden

oluşmaktadır. Bu beş faktör; olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve kontrol ihtiyacı şeklindedir. Tüm faktörler, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar (yapılar) ile üstbilişsel süreçler (seçici dikkat, içsel bilişsel süreçlerin gözlenmesi) şeklinde iki ortak bileşeni içermektedir. Yazarlar tarafından yapılan çalışmada, bu beş faktörün Cronbach Alpha güvenirliği 0.72 ile 0.89 arasında bulunmuştur (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004) ÜBÖ-30'daki her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası ile yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır.

Shraw ve Dennison (1994) tarafından geliştirilen "Metacognitive Awareness Inventory" (MAI, Üst Bilişsel Farkındalık Envanteri) 52 sorudan oluşan, yetişkin popülasyona göre hazırlanmış genel üstbilişsel farkındalıkğı ölçen bir ölçektir. Üstbilişsel bilgi ve üstbilişin düzenlemesi olarak 2 ana boyutu olan ölçeğin Türkçe çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışması Akın ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Çocuklar için ise, genel üstbilişsel farkındalığı ölçmek için Sperling ve arkadaşları tarafından (2002) "Jr. Metacognitive Awareness Scale" (Çocuklar için Üstbilişsel Farkındalık Ölçeği) geliştirilmiştir. Ölçeğin, bilgi ve düzenleme olmak üzere 2 alt boyutu vardır. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Karakelle ve Saraç tarafından 2007'de yapılmıştır.

Üstbilişsel stratejileri ölçmek için Garcia ve Pintrich (1995) tarafından "Metacognitive Strategies for Learning Questionnaire" (MSLQ, "Öğrenmede Üst Bilişsel Stratejiler Soru Listesi") geliştirilmiştir. Öğrenme stratejileri ve motivasyon olarak 2 alt boyutu olan ölçek yetişkin popülasyona göre hazırlanmış 81 sorudan oluşmaktadır. Formun Türkçeye çevirisi ve geçerlik güvenirliği birçok çalışmada çalışılmıştır (Sungur, 2004; Büyüköztürk ve ark., 2004; Altun ve Erden 2006).

Semerari ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen "Metacognition Assessment Scale" (MAS) ise bireyin sözelleştirmesinde kendini gösteren üstbilişsel kapasitesini değerlendiren bir ölçektir. Ölçek esasen, ağır kişilik bozukluğu olan bireylerin psikoterapi notlarındaki değişimi saptayabilmek amacıyla geliştirilmiş olup, spontan gelişen üstbilişsel işlevlere odaklanıyor oluşuyla üstbilişi daha

yapılandırılmış bir şekilde değerlendiren diğer ölçeklerden ayrılır. (Lysaker, 2005; Davis, 2011).

2.4 İçgörü

2.4.1 İçgörü Kavramı

İçgörü basitçe kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir. Daha geniş anlamda içgörü, bir farkındalık yaşantısıdır ve biyolojik, psikolojik ve kültürel temelleri vardır. Psikiyatride içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk klinik araştırıcılardan biri olan Jaspers, içgörüyü günümüzde yerleşmiş anlamı ile bir bütün olarak hastalığının ve belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır (Jaspers, 1913; 1997). Dar anlamı ile kullanıldığında içgörü değerlendirmesinin gerçeği değerlendirme ile doğrudan ilgili olduğu gösterilmiş ve ruhsal muayenenin hastanın ruhsal durumu hakkında bilgi veren önemli bir bölümü olarak tanımlanmıştır (Lewis 1934). İçgörünün nevrozu psikozdan ayırmada önemli bir gösterge olduğu saptanmış ve "var yok" olarak değerlendirilmiştir (Hamilton 1979). Ancak daha sonraki yıllarda içgörü kavramının tek bir boyut ile açıklanamayacağı, tek bir psikopatoloji ile ilgili olmadığı, birkaç etiyolojik modelin açıklamada kullanılması gerektiği ileri sürülmüş ve bununla ilgili çalışmalar önem kazanmıştır (Amador ve ark. 1993, McEvoy 1989, David 1990, Cooke ve ark. 2005).

Görece ağır psikiyatrik bozukluklarda bireyin psikopatolojisinin farkında olup olmamasıyla bağlantılı olarak ele alınan klinik içgörü kavramının bütünsel tek bir kavram olmayıp en az üç ayrı ancak birbiriyle ilgili boyutları tanımlanmıştır. Bunlar; ruhsal hastalığı kabullenme, belirtileri tanıma ve tedaviye uyumdur (McEvoy 1989, David 1990, Aslan ve ark. 2010, Ruissen ve ark. 2012). Bunun yanı sıra, içgörü terapötik sürecin bir bileşeni olarak da ele alınmaktadır. Psikoanalitik yaklaşıma göre içgörü bilinçdışı dürtü ve çatışmaların farkında olmak anlamına gelir ve psikoanalitik yazarlar tarafından entelektüel ve emosyonel içgörü olarak ayrılmıştır. Entelektüel içgörü, yüzeyel ve boşa oluşturulan, kaçınılması gereken bir özellik olarak nitelendirilmiş olup, emosyonel içgörü ise psikoterapi kaynaklarında kendi iç dünyasını yeterince tanıyabilme, kendini derinlerdeki işlevsiz inançlarını ve onların duygusal ve davranışsal sonuçlarını değiştirebilecek kadar tanımış olması anlamında kullanılmaktadır. Psikoanalitik tedavinin kişide kalıcı değişimler oluşturan

boyutunun gerçek emosyonel içgörü oluşturulmasına bağlı olduğu vurgulanmıştır (Strachey 1934, Sandler 1973, Kafka 1990).

Terapötik anlamda içgörüyü tanımlamak için kullanılan dikkat çeken tanımlamalardan bazıları; kişinin önemli meseleler, düşünceler ve kaygılar ile ilgili keşiflerde bulunması; varsayımlarının, inançlarının, duygularının, motivasyonlarının ve çatışmalarının öncekinden daha açık hale gelmeye başlaması (Patterson ve Welfel, 2000), bireyin bilinçlenmesi (Eisenberg ve Delaney, 1998), bireyin kendisini yorumlaması yoluyla derinden anlamasıdır (Kolk, 1998). Psikoloji terimleri sözlüğünde de (Budak, 2005) içgörü kavramı, verilen tanımlamalara paralel ancak psikopatolojik boyuta ağırlık verilerek psikoterapi bağlamında, kişinin belirtilerinin varlığının, anlamının, kaynağının ve hastalığının ortaya çıkmasında oynadığı rolün farkına varması olarak tanımlanmaktadır.

Bunların yanı sıra içgörü sağlıklı kişilerde de bir araştırma konusu olabilir. Kişinin duygularının, düşüncelerinin farkında olabilme yeteneği, dış dünyayı doğru yargılayabilme, farklı görüşlere açık olabilme, dogmatik olarak önyargılı olmama içgörü düzeyinin yüksekliği ile doğru orantılı olması beklenen özelliklerdir. Bu yönden ele alınır ise içgörü yetiştirilme, kültürel ve sosyal etkenlerle de ilişkili olabilir. Örneğin, aile ortamında sorumluğu kabullenme ve sorunların kaynağının anlaşılması için araştırma geleneği olan bireylerin içgörü düzeylerinin yüksek olması beklenebilen bir özelliktir. (Akdoğan, 2014).

İçgörü ile ilişkili olarak kullanılmakta olan bir diğer kavram ise içe bakıştır (self-reflection). İçgörü, bireyin kendi düşünce, duygu ve davranışlarını anlamasının netliğini ifade ederken; içe bakış, bireyin kendi düşünce, duygu ve davranışlarını gözlemleme ve değerlendirmesine karşılık gelir. İçe bakışın içgörüye yol açtığı ve sonunda bireyin iyilik halini arttırmaya katkısı olduğu düşünülmektedir (Kuiken ve ark, 1986). Her iki kavram da bireyin terapötik bir hedef olarak kendini düzenlemesinde (self-regulation) ve amaçlanan değişiminde merkezi bir role sahip olan üstbilişsel özellikler olarak görülmekle beraber; içe bakış esasen değerlendirme temelli iken, içgörü daha çok psikolojik zihinliliğe dayanır (Carver ve Scheier, 1998; Lyke, 2009).

Bütün bunlar göz önüne alındığında içgörünün tek boyutlu bir kavram olmadığı; zihinselleştirme, psikolojik zihinlilik, zihin kuramı, üstbiliş, inanç sistemi gibi

kavramlarla bağlantılı olarak ortaya konduğu görülmüştür (Grant, 2001; Grant ve ark., 2002; Robert, 2008). Ayrıca, birçok psikoterapötik teknik içgörü ve içe bakışı destekleyerek kişisel deneyimleri geliştirmeyi hedeflemeketedir (Grant, 2002; Silvia, 2011).

2.4.2 Kavramın Klinik Uygulamadaki Tarihsel Gelişimi

Plato'dan bu yana birçok düşünür içe bakış ve içgörünün faydalarından ve gerekliliğinden bahsetmiştir. Klasik psikanalitik yaklaşımın kurucularından olan Freud, psikoanalitik teorisinin hipotezlerini açıklarken içgörüyü intrapsişik çatışmayı azaltan ve bu sayede psikopatolojik semptomları rahatlatan ana mekanizma olarak görmüştür. Freud, içgörüyü iyileşme ile paralel giden bir kavram olarak ele almıştır. Bireyin geçmiş deneyimleri hakkında içgörü kazanmadığı sürece ne kişiliğini ne de şu anda yaşamakta olduğu çatışmalarını çözebileceğini ifade etmiştir (Freud, 1965). Klasik psikoanalizin ve daha sonrasındaki psikodinamik yönelimli psikoterapilerin de bu doğrultuda temel hedefi, duygusal çatışmaları bilince getirerek anlık, bütünsel anlama sağlamak ve takip eden süreçte semptomlarda azalma yaratmak olmuştur (Akdoğan, 2014).

Başlarda psikiyatrik değerlendirme içinde oldukça önemli bir basamak olarak görülen içgörünün değerlendirilmesinde hastalığının ve belirtilerinin farkında olma şartı aranırken (Jaspers 1913, Lewis 1934, Hamilton 1979) ruhsal hastalıklar söz konusu olduğunda içgörünün değerlendirilmesi için hastalığı kabul etmek, hastalık belirtilerini tanımak ve tedaviye uyum sağlayabilme boyutları da hesaba katıldığında "var ya da yok" değerlendirilmesinin yeterli olmadığı görülmüştür (Markowa ve Berrios, 1992; Ruissen ve ark. 2012).

Markowa ve Berrios 1992 yılında "klinik psikiyatride içgörünün anlamı" adlı makalesinde içgörü kavramının anlamı ve tarihsel gelişimini incelemiş, sonuçta içgörünün yalnızca kişinin hastalığını anlaması olarak tanımlanamayacağını, aynı zamanda hastalığın bireyin dünya ile etkileşimini nasıl etkilediğini anlama olduğunu öne sürmüştür. Ayrıca içgörünün sürekli bir duyma ve düşünme biçimi olduğunu, içgörünün içsel ve çevresel etkenlerden etkilenerek değişebilen bir kavram olduğunu belirtmişlerdir.

Patterson ve Welfel'e (2000), göre etkin bir yaşam için gerekli olan güç, kişinin hem kendisi hem de çevresiyle ilgili farkındalıklarından doğmaktadır. Kişinin kendisi hakkındaki farkındalığı, kendi bilgisini, duygularını, değerlerini, ihtiyaçlarını ve kendisi ile diğerleri hakkındaki yorumlarını da içermektedir. Hamachek'e (2000) göre, kişinin kendisini diğerleriyle karşılaştırması iki farklı yolla işlevsel olmaktadır; birincisi kişinin kendisi hakkında bilgi kazanması (bilişsel bilgi), ikincisi ise diğerlerinin kendisi hakkındaki düşünce ve duygularını değerlendirmesidir (duyuşsal bilgi). Kişi kendisini başkaları ile karşılaştırarak yaşamında gelişen ilişkiler ve deneyimleri hakkında farkındalığını arttırmaktadır (Hamechek, 2000).

Günümüze kadar birçok açıdan geniş bir şekilde tanımlanmış olan içgörü kavramı, hem uygulamalı pozitif psikoloji alanında hem de hastaların psikiyatrik tedavilerinde merkezi role sahip bir kavram haline gelmiş ve farklı disiplinlerden araştırmacılar tarafından farklı şekillerde yaklaşılmıştır. Bilişsel davranışçı teoriye göre, bilişsel bir yetenek olarak ele alınan kavram, bireyin problem çözme becerisi ile ilişkili görülmüştür (Davidson, 2003). İçgörü gelişiminin öncelikle bireyin bilişsel yeterliliğiyle ilişkili olduğu ve içgörü ile bilişsel fonksiyonlar arasında paralel bir ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Amador ve David, 2004; Beck ve ark., 2004; Brinegar ve ark., 2006)). Bu çalışmaların bazılarında klinik içgörünün yanısıra bilişsel içgörü (cognitive insight) kavramının da ön plana çıktığı görülmektedir (Beck ve ark, 2004; Uchida ve ark., 2009; Burton ve Vella, 2011). Bilişsel içgörü, bireyin hatalı yorumlamaları ya da çarpıtılmış inançlarını değerlendirebilme süreçlerinin de içinde bulunduğu bilişsel akıl yürütebilme yeterliliği veya bireyin alışık olmadığı yeni deneyimlerini değerlendirebilmesi ve muhtemel hatalı çıkarımlarını sorgulayabilmesine ilişkin yeterliliği olarak görülmektedir (Clemens, 2003). Bilişsel içgörü, çarpıtılmış inançlar ve hatalı yorumlamaları değerlendirebilmenin yanı sıra onları düzeltebilmeyi de içermektedir. Bu yanıyla bilişsel içgörü psikiyatrik hastalar için üst düzey bir bilişsel işlevselliğin de göstergesi olarak değerlendirilmiştir (Beck ve ark., 2004; Akdoğan, 2014).

2.4.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi

İçgörü psikoanalitik literatürde geniş yeri olan terapötik bir kavramdır. Sürekli bir duyma ve düşünme biçimi olmakla birlikte içgörü, içsel ve çevresel etkenlerden etkilenerek değişebilmektedir. Bireyin psikoterapi sürecinde kendisinin ve

davranışlarının bilincinde olduğu veya benliği hakkında içgörü kazandığı takdirde psikoterapinin sonuçlarının daha başarılı ve yararlı olacağı varsayımından hareket etmekte olan birçok 'içgörü yönelimli yaklaşımlar' (klasik psikoanalitik yaklaşım, nesne ilişkileri kuramı, kendilik psikolojisi, birey merkezli yaklaşım, varoluşçu yaklaşım ve geştalt kuramı gibi) mevcuttur (Akdoğan, 2014). Bu yaklaşımlar, bireyin psikoterapi süresince, kendisinin ve davranışlarının bilincinde olduğu veya benlik hakkında içgörü kazandığı takdirde psikoterapinin gidişi ve sonuçlarının daha başarılı ve psikoterapinin daha yararlı olacağı varsayımına dayanmaktadırlar. Buna göre, içgörü ne kadar derin ve kapsamlı olursa terapötik yaşantı da o kadar güçlü ve etkili olacaktır (Eisenberg ve Delaney, 1998).

Bireyin kazanımlarının farkına varması, kendini anlaması ve farkındalığını arttırması; bireyin gelişmesi için gerekli fırsatları kullanması ve problemleri ile başa çıkmasını sağlamaktadır ki bu durum terapötik bağın ve dolayısıyla da psikoterapide kalımın artmasını beraberinde getirmektedir (Egan, 1990).

2.4.4 İçgörü Kavramının Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar

İçgörü ve içe bakışın güvenilir ölçüm araçlarının geliştirilmesi, araştırmacı ve klinisyenlere psikolojik zihinlilik, içgörü ve içe bakış gibi üstbilişsel süreçleri değerlendirebilme imkanı vermekte ve bunların hangi düzeyinin amaçlı davranış değişikliğine katkı sağlayabildiğini saptama olanağı vermektedir (Grant, 2001). Son yıllarda bu amaçla, içgörüyü objektif olarak değerlendirebilecek klinik ölçekler geliştirilmiştir.

Markowa-Berrios İçgörü ölçeği (1992) 32 sorudan oluşan bir öz bildirim anketidir. Nicel özellikler; hastaların kendileri ve çevrelerindeki değişimleri algılayabilmeleri, hasta olduklarını anlayabilmeleri ve yardım istemelerini içermektedir. Bu ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda, hastalık belirti şiddeti artıkça içgörü düzeyinin azaldığı, arada ters bir ilişkinin olduğu, ayrıca entellektüel düzey, geçmiş yaşantılar ve kişilik özelliklerinin içgörüyü etkileyen etmenler olduğu sonuçlarına varılmıştır (McEvoy, 1989; David 1992; Markowa ve Berrios 1992).

Amador ve ark (1993) önceki araştırmacılar gibi içgörünün çok boyutlu olduğunu belirtmişler ve kendi geliştirdikleri "Ruhsal Hastalığın Farkındalığını Değerlendirme Ölçeği" ile şizofren ve şizoaffektif tanısı verilen hastalar üzerinde

güvenirlik ve geçerlik çalışması yapmışlardır. Sonuçta, tanımlanan 4 ayrı alt boyuttan psikopatoloji şiddetinin, hastalığın olumsuz seyri ve kötü içgörü ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Ölçeğin dilimize uyarlanarak Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır ("Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği", AHİÖ) (Bora ve ark 2006). Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği'ne göre içgörü; hastanın hastalığının farkındalığı, belirtilerinin farkındalığı, tedaviye ihtiyacı hakkındaki düşüncesi, hastalığın sosyal sonuçlarının farkındalığı, belirtilere yönelik düşüncesi ve bu belirtileri açıklama şeklinin değerlendirilmesiyle saptanır. AHİÖ klinikte daha çok psikotik bozukluklar gibi daha ağır psikopatolojilerde güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılmıştır (Dell'osso ve ark. 2002).

Salovey and Mayer (1990) ise Emosyonel Zeka (EZ)'yı "kişinin kendinin ve diğerlerinin duygularını gözleyebilme, ayırt edebilme ve bu bilgileri düşünce ve eylemlerinde kullanabilme yeteneği" olarak tanımlayarak içgörü kavramı ile yakın ilişkili olarak ele almıştır. Aynı alanda çalışan Goleman, EZ'nin kendinin farkında olma, kendini yönetme, sosyal farkındalık, ilişkilerini yönetme gibi 4 alt yapısı olduğunu, bu 4 altyapı yeterli ise kişinin "emosyonel olarak yeterli" olarak görülebileceğini ifade etmiştir. Emosyonel yeterliliğin doğuştan gelen değil, öğrenilen bir yetenek olduğunu ve performansın artırılması için üzerinde çalışmanın yararlı olacağını belirtmiştir. Goleman'a göre kişiler emosyonel yeterliği öğrenebilecekleri bir genel emosyonel zekâ ile doğarlar bu doğuştan gelen emosyonel zekâ üzerine kattıkları ile emosyonel olarak yeterli bir kişi haline gelirler. Goleman bu yeterliğin ölçülebilmesi için "emosyonel yeterlilik envanteri" geliştirmiştir. Ancak bu model psikopatolojilere uygulanabilecek yapıda görünmemekte, değerlendirmeler henüz bilimsel bir kesinlikte yardım sağlamamaktadır.

Konuyla ilişkili yakın anlamlar taşıyan diğer bir kavram olan zihinselleştirme ve psikolojik zihinlilik de diğer insanların davranışlarını ve kişinin kendisini (ör: ihtiyaçlar, arzular, hisler, inançlar, amaçlar, gerekçeler) algılama ve yorumlama kapasitesini sağlayan bir özellik olması sebebiyle, ölçülmeleri ile kişinin içgörü düzeyi ile ilgili bilgi sağlayabilmektedir (Grant, 2001). Bu amaçla; Conte ve ark. Tarafından (1990) geliştirilmiş olan "Psikolojik Zihinlilik Ölçeği" (the Psychological Mindedness Scale) veya yakın zamanda Nyklicek ve Denollet (2009) tarafından geliştirilmiş olan "Psikolojik Zihinliliğin Dengelenmiş Dizini" (PZDD; Balanced

İndex of Psychological Mindedness, BIPM) gibi ölçekler, klinisyenlere kişinin içgörü düzeyi hakkında fikir verebilmektedir.

Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği (2004) Beck İçgörü Bilişsel Ölçeği ise psikotik hastaları anlamak için bilişsel modele uygun olarak geliştirilmiştir. Kendini inceleme (self reflectiveness) ve kendinden eminlik (self certainty) olmak üzere iki ana boyutu vardır. Beck'e göre içgörü; emosyonel düzeye inebilirse önemlidir ve bugüne kadar geliştirilmiş ölçekler hastanın hatalı çıkarımlarını incelememektedir. Ölçeğin bileşik puanı, kendini inceleme puanından kendinden eminlik puanının çıkarılması ile elde edilir. Buna göre, içgörü kendini inceleme kapasitesi arttıkça artış gösterir. Fakat ölçeğe dair çelişkili bulgular olması sebebiyle ölçeğin daha fazla geliştirilmesi gereklidir.

Uzunca bir süre kullanılmış olan "Özel Kendi-Farkındalık Ölçeği" ("the Private Self- Consciousness Scale" PrSCS) ise bireyin içe (kendiliğe) dönük ilgi gösterme eğilimini 10 soruda ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir (Fenigstein ve ark., 1975). İki alt boyutu bulunmaktadır; içsel durum (internal state, PrSCS-ISA) ve içe bakış (self-reflection, PrSCS-SR). Fakat, psikometrik özelliklerinde birtakım sorunlar (alt boyutları oluşturan maddelere dair anlaşmazlıklar) olmuştur (Britt, 1992; Silvia, 1999; Watson, 1996).

Son olarak, Grant tarafından 2010'da geliştirilen "İçe Bakış ve İçgörü Ölçeği, İBİÖ" (The Self-reflection and Insight Scale, SRIS) üstbiliş ve kendini düzenleme (self-regulation) teorilerinden köken almış ve amaçlı davranış değişikliği için bireylerin hazırlığının ölçülmesi amaçlanmıştır. Ölçek, öz bildirime dayalı 20 adet sorudan oluşmaktadır ve "içe-bakışa ilgi", "içe-bakışa ihtiyaç" ve "içgörü" olmak üzere üç alt faktörü bulunmaktadır. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Grant, 2002; Saygılı ve ark., 2012).

2.5 Kişilik Örgütlenmesi

2.5.1 Kişilik Örgütlenmesi Kavramı

Kişilik örgütlenmesi, Kernberg tarafından, kararlı, büyük ölçüde bilinçdışı ve erken yaşantıların etkisi ile oluşan dinamik bir yapı olarak tanımlamıştır (Kernberg,

1996; Caligor, 2005). Kişilik örgütlenmesi (KÖ) nesne ilişkileri, savunma mekanizmaları, nesne ve kendilik temsillerinin bilinçdışı boyutları gibi birçok bilinçdışı içerik ve süreçten oluşmaktadır. KÖ, bir ucunda aşırı derecede bozulmuşluğa karşılık gelen psikotik düzey ile diğer ucunda göreceli olarak gerçekliğe daha yakın ve uyumlu olan yüksek düzey nevrotik işlevsellik yer alan geniş bir yelpazedir (Gamache ve ark., 2009).

Kernberg, KÖ'leri ve kişilik bozuklukları için kategorik (DSM, ICD) ve boyutsal (The five factor model) yaklaşımların her ikisini de bütünleştiren karma bir model önermiştir. Bu model, psikotik, borderline ve nevrotik olmak üzere üç temel KÖ düzeyi tanımlamanın yanısıra, normal ile patolojik olanı, bir yelpaze olarak kavrayıp, etiyolojik, gelişimsel, yapısal ve dürtü-eylem öğelerini bir eksen içinde bir araya getiren nesne ilişkileri kuramına dayanmaktadır. Bu üç temel örgütlenme düzeyi, psikolojik işleyişi; kimlik, savunma düzenekleri, gerçeği değerlendirme ve nesne ilişkilerinin niteliği olmak üzere dört ana boyuta göre nitelemektedir (Diguer ve ark., 2006). (Tablo 1)

Tablo 1Kernberg'in Kişilik Örgütlenmesi Modeli

Kişilik Boyutları

Kişilik örgütlenmesi	Kimlik: dağınık vs. bütünleşmiş	Savunmalar: ilkel vs. olgun	Gerçeği değerlendirme	Nesne ilişleri
Nevrotik	Bütünleşmiş	Çoğunlukla Olgun	İyi	Ödipal
Borderline	Dağınık	Çoğunlukla İlkel	Çoğunlukla iyi	Düşük/Yüksek düzey borderline
Psikotik	Dağınık	Çoğunlukla İlkel	Bozuk	Psikotik

KÖ klinik önemi yüksek bir kavram ve klinik literatürde kapsamlı bir şekilde tanımlanmış (Lenzenweger ve Clarkin, 2001) olmasına ve aynı zamanda kişilik bozukluklarına ve kişiliğin doğasına ilişkin güncel akademik tartışmalarla çok ilgili bir kavram olmasına karşın kavramla ilgili güvenilir ölçüm araçlarının sınırlı olması sebebiyle büyük ölçüde yardımcı rolde kalmış ve hakkında yakın zamanlara kadar çok az deneysel veri yayınlanmıştır (Gamache, 2009). Kişilik bozukluğunun şiddetini ölçmede güvelinir bulunan yeni araçların geliştirilmesiyle birlikte KÖ kavramına gösterilen ilgi giderek artmaktadır (Huprich ve Greenberg, 2003; Koelen, 2012).

2.5.2 Kişilik Örgütlenmesi Kapsamı

2.5.2.1 Kimlik

Kimlik, zaman içinde biricik ve tutarlı bir varlık olarak kendiliğini sürdürme deneyimi olarak tanımlanır (Moore ve Fine, 1990). Bu tanıma karşın kimlik kavramının kullanımı psikanalitik yazında belirsizdir. Bazı yazarlar, hem diğerleri ile

temel özellikleri öne sürmek ve benzerliklerini tanımlamak için hem de zaman içinde içsel süreklilik duygusunu önermek için kullanırlar (Erikson, 1956). Bu nedenle Erikson sosyal rol, değerler ve ideallere büyük önem vermiştir; tanınma, beklentiler ve diğer geri bildirim biçimleri gibi kimlik oluşumunda etkisi olan bazı dışsal etkenlerin önemine inanmıştır (Diguer ve ark., 2006)

İyi yapılanmış bir kimliğin bileşenleri vardır. Bunlar; sürdürülen kendilik aynılığı farklı toplumsal ortamlarda aşağı yukarı benzer karakter özelliklerinin sergilenmesi, gerçekçi bir beden imgesi, kendilik yaşantılarında zamansal süreklilik, içtenlik, kişinin toplumsal cinsiyetinin netliği ve aynı cinsiyetle özdeşimlerinin baskınlığı, içsel doygunluk duyumunun sürekliliği ve bununla bağlantılı huzur içinde yalnız kalabilme yetisi, yeterince içselleştirilmiş vicdan ve bir aile ve etnik grubun ülkülerine içsel bağlılık (Samuel ve Akhtar, 2009).

Kişi nesne sürekliliği aşamasına ulaşmadan iyi bütünleşmiş bir kimlik oluşturamaz; o aşamaya ulaşamadığı sürece kimlik dağınıklığı gösterir. Kimlik bütünleşmesi ya da dağınıklığı hemen her zaman ‘bölme’ gibi savunma düzenekleriyle ilişkilidir. İlerde değinileceği gibi ‘bölme’, nesne ve kendilik temsillerinin, çok boyutlu ve farklı zihinsel yapıların kendi içlerinde zenginleşerek bütünleşmelerini engeller. Bu da tam bütünleşmemiş bir kimliğin karakteristik özelliğidir (Diguer ve ark., 2006). Kimlik dağınıklığı, kendiliğin ve hasta için önemli olan kişilerin görece daha az bütünleşmiş temsilleriyle ortaya çıkar. Bu durum sürekli bir boşluk duygusu, çelişkili kendilik algısı, duygularla bütünleştirilememiş davranışlar, zaman içinde sürekli olmayan bir kendilik ve başkalarının sığ, renksiz, yoksullaştırılmış olarak algılanması biçimindeki öznel deneyimlerde kendisini gösterir. Kimlik dağınıklığı, borderline ve psikotik kişilik örgütlenmelerinin karakteristik özelliğidir. Kimlik bütünlüğü nevrotik kişilik örgütlenmesinin (NKÖ)’nün karakteristik özelliğidir. Kimlik bütünlüğü derin, dayanıklı ve karmaşık nesne ilişkilerinin sürdürülme kapasitesiyle ifade edilir (Kernberg, 1996).

2.5.2.2 Savunma Düzenekleri

Nevrotik kişilik örgütlenmesinde savunma işleminin merkezinde bastırma ve diğer yüksek düzey savunma düzeneklerinden olan yer değiştirme, yalıtma, düşünselleştirme ve ussallaştırma gibi savunma düzenekleri vardır. Bu savunmalar kabul edilmeyen bir dürtünün ya da onun düşünsel temsilinin ya da her ikisinin

birden neden olduğu intrapsişik çatışmayı bilinç alanın dışında tutarak egoyu korur (Willick, 1995). Borderline ve psikotik KÖ'ler farklı olarak bölme gibi ilkel savunmaların baskınlığı ile karakterizedir. Bölme temelli ilkel savunmalar, dissosiyasyon aracılığıyla ya da kendilik ve önemli ötekilere ilişkin çatışmalı deneyimleri aktif olarak benlikten uzak tutarak benliği korurlar. İlkel dissosyiasyon düzeneği ya da bölme ve ilkel ülküleştirmeyle ilişkili diğer düzenekler, yansıtmanın ilkel biçimleri (özellikle yansıtmalı özdeşim), inkar ve ilkel küçültme BKÖ'leri intrapsişik çatışmalardan korur ama bu durum benlik işlevlerinde zayıflamaya neden olur. Bu da kişinin yaşamında esnekliğinde ve uyumsal etkinliğinde azalma anlamına gelmektedir. Aynı ilkel savunma işlemleri PKÖ'de olduğunda kişiyi kendilik ve nesne arasındaki sınırlarda daha ileri dağılmalardan korur (Moore ve Fine, 1990; Kernberg, 1980).

Burada ilkel ve olgun savunma düzeneklerinden bazılarının açıklamasına yer verilmiştir. İlkel savunma düzeneklerinden inkar, bölme, tüm güçlülük, tüm güçlü kontrol ve ilkel küçültme tanımlanırken olgun savunmalardan da ülküleştirme, küçültme, yalıtma, ussallaştırma, düşünselleştirme ve baskılama tanımlanmıştır. Tanımlanan savunmaların seçimi yapılırken bu çalışmada kullanılan kişilik örgütlenmesi tanı formunda yer alan savunma düzenekleri seçilmiştir.

2.5.2.2.1 İlkel Savunma Düzenekleri

- **İnkar**

İnkar, hangi düzeyde olursa olsun, tüm savunmalara eşlik eden, çok yaygın bir savunma düzeneğidir. Kişi genel olarak herhangi bir zamanda kendisine ya da diğerlerine ilişkin algılarının, düşüncelerinin ve duygularının farkında olmaz ya da başka bir zamanda tümüyle zıt düşüncelerinin ve duygularının olduğunun farkına varmaz. Bu zıtlıklar kişi tarafından aynı anda fark edildiğinde bu duygulara ilişkin emosyonel ilgi kaybolur ve bu zıtlıklar herhangi bir şekilde kişinin duygularını etkileyemez (Kernberg,1980).

- **Bölme**

İlkel savunmaların merkezini bölme oluşturur (Odağ, 1999). Bölmenin en açık görünümü, dış nesnelerin "bütünüyle iyi" ve "bütünüyle kötü" olarak ikiye ayrılması ve bununla birlikte bir nesnenin tamamının aniden bir uçtan bir uca iki

bölüm arasında arasında yer değiştirme olasılığın olmasıdır (Kernberg, 1996). Bölme, borderline ve psikotik örgütlenmelerin temel savunma düzeneğidir (Diguer ve ark., 2006).

- **Tüm güçlülük ve ilkel ülküleştirme**

Tüm güçlülük, diğerlerinin değersizleştirilmiş ve duygusal açıdan alçaltılmış temsilleriyle ilişkili olan, son derece şişirilmiş ve büyüklenmiş bir kendiliği yansıtan benlik durumlarının etkinleşmesiyle kendisini gösterir (Kernberg, 1996).

İlkel ülküleştirme, dış nesnelerin iyi özelliklerini abartarak bütünüyle iyi olarak görme eğilimidir. İlkel ülküleştirme ile gerçek olmayan, çok güçlü ve tümüyle-iyi görünümler yaratılır. İlkel ülküleştirme, tüm güçlülüğün ötekilere yönlendirilmesidir (Diguer ve ark., 2006).

- **Tüm güçlü kontrol**

Tüm güçlü kontrol kişinin nesne ilişkilerinde sıklıkla sömürü ilişkileri ile ortaya çıkar. Nesne üzerinde tam ve güçlü bir kontrol vardır ve bu nesne üzerindeki sömürücülüğe yöneliktir. Bu savunma düzeneği zaman zaman yüksek düzey BKÖ ya da düşük düzey BKÖ (prepsikotik tip) alt tiplerinde görülür (Diguer ve ark., 2006).

- **İlkel küçültme**

İlkel küçültme düzeneği kendiliğe yönelik olabildiği gibi nesnelere yönelik de olabilir; kişide dış nesneleri -yapay ve patolojik bir şekilde- bütünüyle kötü görme eğilimi artarak aşırılaşır. Nesneler küçümsenir ve duygusal olarak değerleri azaltılmış temsiller haline getirilir (Kernberg, 1975).

2.5.2.2.2 Olgun Savunma Düzenekleri

Olgun savunmalar, bastırma temellidir. Olgun savunma düzenekleri normal olarak NKÖ'yü akla getirir. Çoğunlukla ilkel savunmalar kadar çok katı değildirler ve gerçekliği güçlü bir şekilde çarpıtmazlar (Odağ, 1999).

- **Ülküleştirme**

Ülküleştirmenin nevrotik biçiminde kişi tarafından iç ve dış stresörlerin etkisi ile duygusal çatışmaya neden olan dış nesnenin "olumlu" özellikleri abartılır (APA,

1994). İlkel ülküleştirmeden farklı olarak kişi nesnenin mükemmel olmayan ve ülküleştirilmeyen görünümlerini de algılar (Diguer ve ark., 2006)

- **Küçültme**

Küçültmenin nevrotik biçiminde kişi tarafından iç ve dış stresörlerin etkisi ile duygusal çatışmaya neden olan dış nesnenin "olumsuz" özellikleri abartılır (APA, 1994). Buradaki küçültme bölmeye dayanmaz ve kişi nesnenin olumlu görünümlerini algılar (Diguer ve ark., 2006).

- **Yalıtma**

Yalıtma, duygusal çatışma yaşayan kişide, iç ve dış stresörlerin etkisi ile, temelde birbiri ile bağlantılı olan düşünce ve duyguların birbirinden ayrılmasıdır. Kişide, ifade ettiği düşünceler (söz gelimi, gerilimli ya da örseleyici bir olay) ile ilişkili bilişsel bileşenler (tanımlayıcı ayrıntılar) kalırken duygunun kaybolduğu gözlemlenir (APA, 1994).

- **Ussallaştırma ve düşünselleştirme**

Ussallaştırma kişilerin davranışlarına, düşüncelerine ya da duygularına, bunların bilinçdışı anlamlarını gizlemek için mantıksal ve akla uygun açıklamalar getirmektir. Ussallaştıran kişi çoğunlukla bilinçdışı motivasyonlardan ve anlamlardan habersizdir (Diguer ve ark., 2006). Düşünselleştirme ise kişinin duygularına mantıksal yoldan sonuca varan açıklamalar getirme süresidir (Laplanche ve Pontalis, 1967).

- **Baskılama (Supression)**

Baskılama kişinin, iç ve dış stresörlerin etkisi ile oluşan, duygusal olarak rahatsız edici sorunlar, istekler, duygular ve deneyimler üzerine düşünmekten amaçlı olarak kaçınmasıdır. Bu düzenek bastırma temellidir ve "asla" gerçeği inkar değildir, bilinçli olarak geri göndermedir (Diguer ve ark., 2006).

2.5.2.3 Gerçeği Değerlendirme

Gerçeği değerlendirme, kendilğin kendilik olmayandan ayırt edilmesiyle, algılamaların ve uyaranların kaynaklarının dışarıda mı iç dünya da mı olduğunun ayırt edilebilmesiyle ve kişinin kendi duygulanımını, davranışını ve düşünce içeriğini

sosyal normlar açısından gerçekçi olarak değerlendirebilme yetisinin varlığıyla tanımlanır (Kernberg, 1996). Her ne kadar BKÖ'lerin yaşamlarında, büyük ölçüde kullandıkları ilkel savunma düzeneklerinin etkisi ile (özellikle inkar ve bölme) geçici olarak gerçeği değerlendirmelerinin bozulduğu dönemler olsa da, NKÖ'ler ve BKÖ'ler yaşamlarında, PKÖ'lerin tersine gerçeği değerlendirme ile ilgili iyi bir sürdürüm gösterirler (Diguer ve ark., 2006)

2.5.2.4 Nesne İlişkileri Niteliği

Kişilik örgütlenmesi modelinin içinde nesne ilişkilerinin niteliğiyle ilgili olarak kişinin önemli ötekilerle ilişkilerindeki sabit ve derin (çoğunlukla bilinçdışı) ilişki kalıplarının tanımlandığı dört yapısal boyut bulunmaktadır (Kernberg, 1980). Bunlar; dağılma ve yok olma korkusu ile simbiyotik, düşük ve yüksek düzey borderline ve kastrasyon-depresyon korkusu ile ödipal nesne ilişkileri tipleridir (Clarkin ve ark., 2006).

a) **Dağılma ve yok olma korkusu ile simbiyotik nesne ilişkisi:** Bu tipin nesne ilişkileri psikotik düzeydedir ve yaşamın çok erken dönemlerindeki birincil narsisistik örgütlenmeye özgü eksiklikleri yansıtır. İyi ayrışmış dışsal bir nesne ile gerçekçi bir ilişki kurulması mümkün değildir. PKÖ'nün en gerilemiş olgularında, ilişki ne ikili ne de üçlüdür. Üstbenlik, temel işlemsel ya da çatışmacı rolü oynadığı düzeye henüz yükselmemiştir. Kendilik, asla bir bütünlük içinde değildir; parçalı haldedir. Bu dönemdeki temel acı, kastrasyon ya da nesnenin kaybına odaklı değil, daha çok dağılma-parçalanma, yok olma, patlamaya odaklıdır. Gerçeğin büyük bir parçası inkâr edildiğinde sanrılar oluşabilir. Sonra kişinin hayatta kalması için zorunlu olan saçma düşüncenin hakim olduğu, yeni ve uydurma bir gerçeklik bulma ihtiyacı ortaya çıkar (Bergeret, 1974).

b) **Borderline nesne ilişkileri** ikili ve anaklitiktir. Benlik sınırları genel olarak korunmuştur ve sürdürülür. Borderline kişiler sevgi, özsaygı, iç güvenlik, vb. gibi temel gereksinimlerinin doyumu için nesneye güvenirler. Genel olarak bu ilişkilerde yönlendirilme, sömürülme, terk edilme ve reddedilme korkuları olur. Erotik ve agresif dürtüler bütünleşmemiştir ve bölme temel savunma düzeneği olarak durmaktadır. Kernberg'e göre borderline nesne ilişkileri kendi içinde üç alt tipe ayrılmaktadır (1980):

1. ***Nesne korkusu ile düşük düzey borderline örgütlenme:*** Bu tipin nesne ilişkileri, aşırı kötü iç nesnelerin dış nesneler üzerindeki yaygın ve uzun süreli yansıtmalarını içerir. Kişi kimliğini kaybetme riskini içeren derin bir korku içindedir. Yakınlaştığında nesne tarafından yenilme yutulma gibi arkaik korkuların etkisinde kalır ve kimliğini tümüyle kaybetme korkusu yaşar; bu korkunun etkisiyle uzaklaştığında da çaresizce yalıtılmışlık hisseder. Bu tür nesne ilişkileri genel olarak paranoid, şizotipal ve şizoid KÖ alt tiplerine uyar.

2. ***Nesnenin kontrolü ve sömürücülük ile düşük düzey borderline örgütlenme:*** Bu tipin nesne ilişkileri, üstbenliğin çok arkaik, ülküleştirilmiş, persekutif ve sadistik öncüllerinin varlığına işaret etmektedir. Nesne ilişkisi temel olarak, nesne üzerinde tüm güçlü kontrol kazanmayı amaçlayan sömürücülük üzerinedir. Bu tip nesne ilişkileri tipik olarak kötücül narsisizm ve antisosyal KÖ alt tiplerine uyar.

3. ***Terk edilme korkusu ile yüksek düzey borderline örgütlenme:*** Kişi, terk edilmekten, yalnız bırakılacağından ya da reddedilmekten korktuğunu anlatır (ya da bunlara karşı koymaya yönelik savunmalar geliştirir). Bu tip nesne ilişkileri düzeyi sıklıkla borderline, narsisistik, sadomazoşistik, histrionik ve bağımlı KÖ alt tiplerine uyar.

Tablo 2:Nesne İlişkilerinin Niteliği

1 Dağılma ve yok olma korkusu ile simbiyotik
2a Nesne korkusu ile Düşük Düzey Borderline Örgütlenme ( ) Paranoid ( ) Şizoid ( ) Şizotipal
2b Nesne kontrolü ile Düşük Düzey Borderline Örgütlenme ( ) Kötücül narsisizm ( ) Antisosyal
2c Terk edilme korkusu ile Yüksek Düzey Borderline Örgütlenme ( ) Bağımlı ( ) Histrionik ( ) Sado-mazohistik ( ) Narsisistik ( ) Borderline
3 Kastrasyon-depresyon korkusu ile Ödipal Düzey Örgütlenme ( ) Histerik ( ) Depresif mazohistik ( ) Obsesif-kompulsif

(Diguer ve ark., 2006)

c) ***Kastrasyon-depresyon korkusu ile ödipal düzey nesne ilişkileri:*** Nevrotik düzeydedir. Nevrotik çatışma dürtüler ve üstbenlik arasındaki alanda yer alır ve bu çatışma benliği meşgul eder. NKÖ'de benlik bir bütündür ama hem ödipal dönemdeki sorunlar nedeniyle hem de daha sonradan genital ayrıntılar kazanacak preödipal fiksasyonlar nedeniyle benliğin işlevselliğinde çeşitli düzeylerde bozulmalar olabilir; ancak benlik asla bölünmez. Depresif-mazohistik, obsesif-kompulsif ve histerik KÖ'lerinde bu nesne ilişkileri tipi vardır (Kernberg, 1996).

2.5.3 Kavramın Tarihsel Gelişimi

Freud ilk defa 1923'te zihinsel yapıyı psikoanalitik açıdan tanımladığından beri ruhsal işleyişin örgütlenmesi, psişik süreç ve işlevlerin birbirleriyle ilişkisi ve bütün bu yapısal türevlerin hangi hiyerarşik düzende bir araya gelerek kişilik özelliklerine katkıda bulundukları birçok teorisyenin ilgisini çekmiş ve detaylı bir şekilde araştırılmıştır. Geçmişten bu yana kişilik kavramı, farklı teorisyenler tarafından farklı açılardan yaklaşılmış ve sınıflandırılmış olmakla beraber, genel anlamda bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkilerindeki farklılıkları belirleyen sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir (DSM-V-TR, 2014).

Psikanalitik kuramın kurucularından olan Freud'a göre çocukluğun özellikle ilk beş yaşı erişkin kişilik işlevlerinde önem taşımaktadır ve yaşamın erken dönemindeki cinsel dürtülerin çevresindeki psikososyal çatışmalar kişilik gelişimini şekillendiren başlıca etkendir. Freud cinsel dürtülerin gelişiminde biyolojik gelişme, çevresel ve sosyal yapının etkisinin önemini de vurgulamış ve oral, anal, fallik, latent, genital olarak psikoseksüel gelişim dönemlerini tanımlamıştır (Freud, 1924). Psikanalitik okulda yer alan Karl Abraham da karakter oluşumu üzerine odaklanarak anne ve çocuk arasındaki erken dönem ilişkilerin önemini vurgulamış ve Freud'un psikoseksüel gelişim dönemlerini daha ayrıntılı olarak tanımlamıştır. Kişilik gelişimi açısından psikanalitik okulda yaygın kabul gören Freud'un dürtü teorisini Horney, Fromm ve Sullivan kabul etmeyerek sosyal oryantasyon yapısı üzerine

odaklanmışlardır. Bu çerçevede Fromm karakter teorisi üzerine dört nevrotik mekanizma (mazoşizm, sadizm, yıkıcılık ve otomatik uygunluk) ve beş karakter tipi (kabullenici, istifci, tüketici, sömürücü ve üretici) tanımlamıştır (Diguer ve ark., 2006). İnsan gelişiminin yaşam boyu sürdüğü gözleminde bulunan Erikson ise kişiliğin gelişimini somatik düzeyde (organ-işlev), ego düzeyinde ve toplumsal düzeyde incelemiştir. Ek olarak kişilik sisteminin içine bireyin geçmişini, sosyolojik, antropolojik ve biyolojik bilgileri dâhil etmiş ve kişinin psikolojik gelişimindeki sekiz evre için zon, mod ve modalite kavramlarını kullanmıştır (Erikson, 1956).

Analitik kuramda Freud'dan ayrılan görüşlere sahip olan Jung benzer şekilde, kişilik kuramında analitik bakış açısından farklı olarak tipolojinin etkisine vurgu yapmıştır. Jung, kişiliğe yönelik içedönük (introvert) ve dışdönük (extrovert) bireyler tanımları getirerek tipolojiden boyutsal özelliklere geçiş niteliği taşıyan tanımlar getirmiştir. Bu özellikler, başta Eysenck tarafından olmak üzere birçok kişilik teorisyeni tarafından değiştirilerek kullanılmış ve kişilikle ilgili değerlendirmelerin tipolojiden boyutsal özelliklere geçişinde zemin oluşturmuştur (Eysenck, 1963). Gordon Allport ve Henry Odbert kişilikle ilgili özelliklerin bir sözlük niteliğinde ilk kapsamlı listesini oluşturarak boyutsal yaklaşımın temelini atmışlardır. Daha sonra yapılan çalışmalarla bu liste beş faktörde (big five) tanımlanacak biçimde şekillendirilmiştir. Beş faktör modeli (Five-Factor Model; FFM), aynı zamanda normal ve anormal kişilik yapısını anlamaya yönelik çalışmalar için de zemin oluşturmuştur.

Kernberg ise, kişilik patolojilerini psikodinamik yapı ile açıklayan, kategorik ve boyutsal özellikleri içeren bir sınıflandırma yapmıştır. Orta-düşük düzeyde karakter bozulması ile giden grup nörotik (histerik, obsesif kompulsif ve depresif kişilik bozuklukları), daha şiddetli olanlar borderline kişilik organizasyonu (narsisistik, pasif agresif, antisosyal, şizoid ve paranoid kişilik bozuklukları) ve en şiddetli uç psikotik sınıf olarak adlandırılmıştır (Kernberg, 1996).

2.5.4 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi

Kişilik örgütlenmesinin, tedavinin gidişini ve sonlanımını öngörmede anahtar rol oynuyor oluşu ve terapötik süreci anlamak için öncü bir etmen oluşu kişilik örgütlenmesi teorisinin destek aldığı çok önemli noktalardandır (Clarkin ve ark., 2006; McWilliams, 1994; Westen ve ark., 2006).

Geleneksel olarak, psikoanalitik teorisyenler yüksek düzeyde kişilik örgütlenmesi olan hastaların, daha düşük düzeyde kişilik örgütlenmesi olan hastalara kıyasla terapötik ilişkiyi kurabilme ve sürdürebilmelerini sağlayan daha fazla içgörü, içe bakış ve duygularını düzenleyebilme yeteneğine sahip olduğunu varsayagelmişlerdir (Clarkin ve ark., 2006; Gabbard, 2000; McWilliams, 1994). Kişilik örgütlenmesi düzeyinin önceden değerlendirilmesiyle tedavi planının oluşturulabileceğini ve bu sayede tedavinin beklenmedik erken sonlanımlarını veya olumlu gidişi öngörebileceğini düşünen birçok araştırmacı mevcuttur (Piper ve ark., 2002; Hilsenroth ve ark., 2007; Koelen ve ark., 2012).

Son yıllarda yapılan araştırmalara rağmen kişilik örgütlenmesinin, tedavinin gidişi ve tedavide kalım üzerine etkisi hakkında halen az veri bulunmaktadır (Huprich ve Greenberg, 2003; Eurelings-Bontekoe ve ark., 2008; 2010; Gamache ve ark., 2009; Stern ve ark., 2010; Koelen ve ark., 2012).

2.5.5 Kişilik Örgütlenmesinin Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar

Kernberg'in kuramının çeşitli boyutlarının ölçülmesine izin verecek şekilde bir kişilik örgütlenmesi tanısı oluşturulmasına olanak sağlayan çok az sayıda yardımcı araç bulunmaktadır.

Çok uzun bir süre kişilik örgütlenmesini ölçebilmek için ulaşılabilir tek araç Yapısal Görüşme (YG; Kernberg, 1984) idi. YG; kişinin kişilik yapısının ortaya çıkarılması amacıyla netleştirme, yüzleştirme ve yorumlama gibi psikodinamik tekniklerin kullanıldığı bir görüşmedir. YG'nin güvenilirliği çeşitli çalışmalarla (Derksen, Hummelen ve Bouwens, 1994) gösterilmiş olmasına rağmen yalnızca tecrübeli klinisyenlerce uygulanabilen zahmetli bir araçtır. Kernberg ve ark., bu sebeple, 1995 yılında Kişilik Örgütlenmesi Ölçeğini (KÖÖ) (Inventory of Personality Organization, IPO) geliştirmişlerdir (Kernberg, 1984; 1995; Oldham ve ark., 1985). Bu ölçekte, ilkel psikolojik savunmalar, gerçeği değerlendirme ve kişilik karmaşası olmak üzere üç özellik değerlendirilmektedir. Daha sonrasında bu üç özelliğe, agresyon ve ahlaki değerlerden oluşan iki ölçek daha eklenmiştir (Lenzenweger, 2001). KÖÖ'nün özbildirime dayalı olması sebebiyle uygulayanlar için daha az zahmetli ve YG'ye göre daha kolay uygulanan bir ölçek olmasının yanısıra, istatistiksel olarak da iç tutarlılığının ve bir aylık zaman dilimindeki tekrar uygulama sonuçlarına göre yeterli güvenirlik gösterdiği ortaya konulmuştur

(Lenzenweger, Clarkin, Kernberg ve Foelcsh, 2001; Weinryb, Rossel ve Asberg, 1991), öz bildirime dayalı ölçeklerin sınırlılıklarını da göz önünde bulundurarak, psikanalitik kurama dayanan ve görüşmecinin puanladığı bir araç olan Karolinska Psikodinamik Profili (KArolinska Psychodynamic Profile, KAPP)'ni geliştirmişlerdir. KAPP ile zihinsel işleyiş değerlendirilirken KÖ sadece bir madde ile ölçülmektedir.

Diguer ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen "Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu" (PODF; Personality Organization Diagnostic Form) ise Kernberg'in kuramı temelinde KÖ ve boyutlarının değerlendirilmesini amaçlayan bir puanlama sistemidir (Diguer, Normandin ve Hebert, 2001). Çeşitli kullanım alanları için tasarlanmış, klinisyen açısından kullanımı kolay bir ölçektir. KÖTF'ün, ilk geliştirilen şeklinin tatmin edici psikometrik özellikleri kapsadığı ve klinik araştırmalar için geçerli bir araç olduğu gösterilmiş olmasına (Diguer ve ark., 2004a; 2004b; 2001; Hebert ve ark., 2005; Larochelle ve ark., 2009) rağmen sonradan gelen önerilerle KÖTF, farklı KÖ'leri daha çok temsil edebilmeye ve her üç örgütlenme arasında ayırıcı tanı yapabilmeye izin verecek şekilde ayrıntılandırılmış ve yeniden hazırlanmıştır. Gamache (2003; 2009) ve Laverdiere (2004) yaptıkları ön çalışmalarda KÖTF'ün bu yeni şeklinin geçerli psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermişler ve Kernberg'in kuramı ile uyumlu bulmuşlardır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. (Yılmaz ve ark., 2012)

Bunlar dışında kişiliğin çok yönlü boyutlarını ölçmek için Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI-2), DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-II Shedler-Westen Değerlendirme Prosedürü-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure-200; SWAP-200), Standardize Kişilik Değerlendirmesi (Standardized Assessment of Personality; SAP), Eysenck Kişilik Anketi (Eysenck Personality Questionnaire; EPQ) gibi araçlar da klinikte kullanılmaktadır.

2.6 Nesne İlişkileri

2.6.1 Nesne İlişkileri Kavramı

Nesne ilişkileri kavramı psikodinamik kuramda önemli bir yer tutar. Nesne ilişkileri, içselleştirmiş kendilik ve nesne temsillerini içeren dinamik psikolojik yapılardan köken alır (Greenberg, 1983). Nesne ilişkilerinin temelinin, kişinin bakım veren ve diğerleriyle en erken dönem ilişkileri ve bunlara bağlı olarak gelişen temsilleri aracılığıyla atıldığı düşünülmektedir. Nesne ilişkileri teorisine göre; bu temsillerin bilinçli ve bilinçdışı kognitif, affektif ve deneyimsel bileşenleri bulunmaktadır (Blatt, Auerbach, & Aryan, 1998). Bu temsiller özneldir, yaşam boyunca yapılandırılmaktadır ve kişinin nasıl düşüneceği, hissedeceği, kendisi ve diğerlerine karşı nasıl davranacağını, diğerleriyle etkileşiminin nasıl olacağını büyük ölçüde belirlemektedirler (Blatt, 1974; Bowlby, 1969; Huprich & Greenberg, 2003; Jacobson, 1964; Kernberg, 1976; Huprich ve ark., 2007).

Kernberg tarafından yapılan nesne ilişkileri ile ilgili alternatif bir tanımda ise en erken ikili nesne ilişkilerinin klinik olarak aktarım ve karşı aktarım esnasında yeniden canlandırıldığından bahsedilmiş ve nesne ilişkilerini oluşturan öğelerin; içselleştirme, yapısallaştırma, motivasyonel (genetik ve gelişimsel), yapısal ve klinik formülasyonların merkezinde bulunduğu ifade edilmiştir. Kernberg'in ortaya attığı en önemli fikir; bebeğin ve çocuğun, önemli ebeveyn figürleriyle kurdukları bütün ilişkilerde içselleştirilenin; öteki (ya da nesne)'nin imgesi veya temsili değil, kendi ve ötekinin, kendilik imgesi veya kendilik temsili ve nesne imgesi veya nesne temsili ile kurduğu ilişki olduğudur (Kernberg, 1995). İçselleşenin nesnenin belirli yönlerinden ziyade ilişkinin kendisi olduğu dikkate alınarak nesne ilişkilerinin, dışsal kişilerarası ilişkilerin değil, intrapsişik alt organizasyonların bir ürünü olduğu düşünülmüştür (Azim ve ark., 1991; Mitchell ve Black, 2012). Sağlıklı nesne ilişkilerinin gelişimi için kendilik ve diğerleri arasında ayrışmanın kurulabilme ve sürdürülebilme kapasitesi, önemli ötekiler ile süreğen duygusal ilişkilerin kurulabilme ve sürdürülebilme kapasitesi ve bütünleşmiş, stabil bir kendilik temsilinin anahtar rol oynayacağı belirtilmiştir (Blatt, 1974;1995).

2.6.2 Kavramın Tarihsel Gelişimi

Freud'dan bu yana nesne ilişkileri ile ilgilenen birçok teorisyen, genel olarak dışsal nesnelerin, içsel psişik organizasyonun meydana gelişini nasıl etkilediğini açıklamaya çalışmışlardır. Tüm içsel nesnelerin oluşumunda temel görüş Freud'un; egonun dışsal nesnelerin kişilik ve fonksiyonlarını özümsediği normal süper ego gelişimi modelinden alınmıştır. Melanie Klein'in İngiltere'de yürüttüğü çalışmalar ise nesne ilişkileri kuramının doğuşuna zemin hazırlamıştır. Klein'a göre bütün çatışmaların kökeninde ölüm ve yaşam dürtülerinin arasındaki mücadele yatmaktadır, bunlar doğuştan gelen ve doğumda dahi etkili olan unsurlardır. Öyle ki, doğumun kendisi yoğun bir travma olarak deneyimlenmekte ve dış dünyaya karşı persekütif kaygılar duyulmasına yol açmaktadır. Ancak günümüzde çoğunluğun kabulünü almış bulunan nesne ilişkileri kuramı Klein'ın görüşlerinden oldukça farklılaşmıştır.

Nesne İlişkileri kuramına önemli katkıları olan bir teorisyen Kernberg'dir. Amaçladığı iki hedef doğrultusunda; nesne ilişkileri teoremini, psikanalitik dürtü teorisi ile entegre etmeye çalışmış ve ikinci olarak da borderline durumları, özellikle de narsisistik kişiliği, bu entegrasyonu sağlamış olan kavramsal model ile anlamaya çalışmıştır. Kernberg, insanların sosyal varlıklar olduğuna ve bu yüzden, Freud'un aksine, nesnenin dürtüden önce geldiğine inanmıştır. Bu görüşüne göre psişik yapı, id'in gerçeklikle başa çıkma çabasından değil ilişkisel deneyimler ile oluşmaktadır. Kernberg'in teorisi, bazı araştırmacılar tarafından, dürtü teorisi ve nesne ilişkileri teorisinin bir sentezi olmaktan ziyade dürtü teorisinin kendi fikirlerine uyacak biçimde yeniden şekillenmesi olarak da yorumlanmaktadır (Mitchell ve Black, 2012). Nesne ilişkileri kuramcılarından Fairbairn de, Kernberg'e benzer şekilde, içselleşenin nesne temsillerinden çok nesnelerle ilişkinin olduğunu belirtmiştir (Azim ve ark., 1991).

Araştırmalar devam ettikçe, Azim ve ark. (1991) tarafından "Nesne İlişkileri Niteliği (NİN)" kavramı önerilmiştir. Nesne İlişkileri Niteliği; bir bireyin, belirli türde ilişkiler kurmasına yönelik ilkelden olguna genel bir boyut boyunca uzanan içsel sürdürebilir eğilim olarak tanımlanmıştır (Azim ve ark., 1991). Nesne ilişkileri niteliğine dair, olgun, üçgen, kontrolcü, araştırıcı ve ilkel olmak üzere beş örgütlenme düzeyi ve her düzey için dört alanda düzenlenmiş kriterler (davranışsal

görünüm, duygu düzenlemesi, özsaygı düzenlemesi, önceleyenler/etyolojik nedenler) tanımlanmıştır. Bu dört alan ilişki modelleri açısından tanımlanmıştır. Davranışsal görünüm, kişinin tipik ilişki modellerinden oluşur. Duygu düzenlemesi, kişinin anksiyetesini azaltmak ve/veya doyum yaşamak için bilinçli ya da bilinçdışı arzuladığı ve uğraştığı kişiler arası ilişkileri olarak tanımlanır. Aynı biçimde, öz saygı düzenlemesi de benlik saygısını yücelten veya aşağılanmasını azaltan; arzulanan, hayal edilen ve davranışsal olarak ifade edilen kişilerarası ilişkiler olarak tanımlanmıştır. Önceleyenler, klinik veya teorik olarak verilen düzeye yatkınlaştıran geçmiş olaylar veya ilişkiler olarak düşünülmüştür. Kişinin nesne ilişkileri niteliğini değerlendirilirken, davranışsal görünüme daha fazla ağırlık verilir çünkü bunlar yakın deneyimlerdir, gözlenebilir ve genellikle görüşmeci-görüşen ilişkisinde ortaya çıkarlar. Nispeten deneyimden uzak olmaları, onları değerlendirmek için çıkarıma daha fazla ihtiyaç olması nedeniyle duygu regülasyonu, öz saygı regülasyonu ve önceleyenlere daha az ağırlık verilmektedir (Azim ve ark, 1991). Nesne İlişkileri Niteliği yalnızca yeni kurulan ilişkileri nitelendirmemekte, yaşam boyu ilişki kurma paterninden bahsetmektedir.

2.6.3 Psikoterapide Kalım ile İlişkisi

Literatürde hastanın nesne ilişkileri niteliği ile hastanın psikoterapiye uyumu ve psikoterapide kalımının pozitif yönde ilişkili olduğunu savunan birçok çalışma mevcuttur (Ryan ve Cicchetti, 1985; Piper ve ark., 1991; Le Bloc'h ve ark., 2006; Errazuriz ve ark., 2015). Hastaların nesne ilişkilerindeki hem intrapsişik hem de kişilerarası karakteristikleri psikoterapiye gösterdikleri uyumla ilişkili bulunmuştur (Constantino ve ark., 2010). İntrapsişik düzeyden incelendiğinde; hastanın, kendi gelişimi için olumlu yöndeki beklentileri, tedavi için motivasyonu, tedaviye duygusal katılımı ve psikolojik zihinliliği psikoterapiye uyumunun niteliği ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Hastanın psikoterapiye gösterdiği yüksek düzeyde uyumu psikoterapide daha uzun süre kalımını da beraberinde getirmektedir. Hastanın mükemmeliyetçiliğinin, kaçınmalarının ve depresifleştirici inanışlarının ise psikoterapiye uyumu ve dolayısıyla psikoterapide kalımı ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Constantino ve ark., 2010).

Kişilerarası açıdan bakıldığında ise; daha fazla genel kişilerarası sorunları olan hastaların olumlu bir tedavi uyumu ve uzun süre psikoterapide kalımı sağlamada

daha fazla zorlandıkları görülmüştür. Özellikle tanımlanırsa, daha dirençli, soğuk, saldırgan, savunucu veya negativist tutumlu hastaların psikoterapide; daha sıcak, ilgili ve katılımcı olan hastalara göre daha kötü terapötik ilişkiler kurdukları belirtilmiştir (Constantino ve ark., 2010). Bu bağlamda, terapist ile ilişkinin niteliğinin, tedavi süresini etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir (Constantino ve ark., 2010; Errazuriz ve ark., 2015). Konuyla ilgili yapılan çalışmaların ortak sonucunda; nesne ilişkileri niteliğindeki artışın, kendini tedaviye uyum niteliği ve psikoterapide kalım olarak gösteren terapistin daha olgun bir temsiline sahip olabilme kapasitesinde de artışa yol açacağı fikri oluşturmaktadır (Bell, 1995; Errazuriz ve ark., 2015). Piper ve ark., (2004) ise yaptıkları çalışmada, nesne ilişkileri niteliği'nin kısa süreli bireysel psikoterapide esas değişkenler arasındaki ilişkilerin düzenleyicisi olarak önemini kanıtlamışlar ve ortalama terapötik işbiriliği ile yüksek nesne ilişkileri niteliği olan hastalarda olumlu tedavi sonuçları ile doğrudan ilişki saptamışlardır. Düşük Nesne İlişkileri olan hastalarda bu ilişki saptanmamıştır. (Piper ve ark., 1995)

Hastaların hatırlayabildikleri en erken dönem hatıralarını anlattıkları yazılı materyallerin değerlendirildiği çalışmalar da benzer şekilde, bireyin kendisi ve diğerlerine ait temsillerinin niteliğinin tedaviye uyumun gelişmesi ve psikoterapide kalımın sağlanmasında önemli rolü olduğunu göstermiştir. Psikodinamik yönelimli psikoterapiye devam eden hastaların değerlendirildiği bu çalışmalarda, erken dönem kendilik ve diğerlerinin temsillerinde daha fazla birbirinden ayrışma, kendi içinde çeşitlilik ve ilişkililik saptanmıştır (Pinsker-Aspen, Stein, & Hilsenroth, 2007).

Nesne ilişkileri ve psikoterapide kalım arasındaki pozitif yöndeki ilişkiye kanıt oluşturan giderek artan sayıdaki çalışmaya rağmen bu ilişkiyi gösterememiş olan çalışmalar da mevcuttur (Goldman & Anderson, 2007; Mallinckrodt, Porter, & Kivlighan, 2005). Fakat bu çalışmalar az sayıdaki örneklem grubu, uygun ve geçerli ölçek kullanmama sebebiyle kıyaslanabilir olmama ve terapist çeşitliliği yönlerinden eleştirilmiş olup konunun daha fazla araştırılması gerekmektedir (Errazuriz ve ark., 2015).

2.6.4 Nesne İlişkilerinin Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar

Nesne ilişkileri niteliğinin, hem kısa ve uzun süreli dinamik psikoterapiler hem de grup psikoterapilerinde terapi süresinin arzu edildiği gibi yürümesi ve alınan

iyi sonuçlarla doğrudan anlamlı ilişkili bulunması sebebiyle nesne ilişkileri niteliğini ölçen çeşitli ölçekler geliştirilmeye çalışılmıştır (Piper ve Duncan, 1999; Horvath ve Symonds, 1991; Martin ve ark., 2000; Orlinsky ve ark., 2004).

Nesne İlişkileri Niteliği Ölçeği (NİNÖ; The Quality of Object Relations Scale, QORS) bu amaçla Azim ve ark. (1991) tarafından geliştirilmiştir. Hasta ile 1 saat süren yarı yapılandırılmış görüşme ile nesne ilişkilerinin niteliği ve düzeyine ilişkin bilgi toplanması amaçlanmıştır. NİNÖ boyutsal olarak düzenlenmiş olup, beş düzeyi bu boyutun bileşenleri olarak olgundan ilkele doğru sıralanmıştır. Tüm puan, değerlendirici tarafından 100 puanın nesne ilişkilerinin 5 düzeyi (olgun, üçgen, kontrolcü, araştırıcı ve ilkel) arasında dağıtılmasıyla verilir. Her boyutun kriteri 4 alanda değerlendirilir: davranışsal görünüm, duygu düzenlemesi, öz saygı düzenlemesi ve önceleyen etkenler. Aritmetik formül işaretlenmiş 4 alanın değerlendirilmesi ve bunların tüm nesne ilişkileri olgunluk düzeyini gösteren birleşik puana çevrilmesiyle hesaplanır. Birleşik puan 1 ve 9 arasındadır. 4,5 ve üzerindeki puanlar yüksek (olgun) nesne ilişkileri niteliğini yani her iki cinsiyetten nesnelere de şevkat, ilgi ve sevgi duyabilen, eşit ilişkilerden keyif alabilme kapasitesi olan aynı zamanda kayıp ya da erişilebilir olmayan ilişkiler ve nesneler için yas tutabilen hastaları ifade eder. 4,5 ve altındaki puanlar düşük (ilkel) nesne ilişkileri niteliğini yani nesneden ayrılma ya da nesnenin kaybına, nesne tarafından onaylanmama ya da reddedilmeye karşı yoğun anksiyete ve etkilenme yaşayan hastalar için ifade edilir (Piper ve Duncan, 1999). Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, geçerlik ve güvenirliği Saygılı ve ark tarafından (2012) yapılmıştır.

3 YÖNTEM ve GEREÇLER

3.1 Örneklem

Çalışmamıza Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine 2015 mart-ekim tarihleri arasında başvuran, ayaktan terapi programına uygun bulunan ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikoterapi Merkezi'nde ayaktan haftada bir sıklıkla bir yıl süreyle psikoterapi almak üzere tedavisine başlanan hastalardan, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden, 53 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

1. Özbildirime dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okur yazar olmak
2. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olma
3. Erenköy Psikoterapi Merkezi'nde ayaktan kısa süreli psikoterapi programına alınmış olma

Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

1. 18 yaşından küçük olma
2. Yönergelerle ilgili doğru yorum yapabilecek mental kapasiteye sahip olmayı engeller kişisel beyanı veya değerlendirmede anlaşılır düzeyde olan; okur-yazar olmama, sekel bırakan nörolojik bir hastalık ya da kafa travması geçirmiş olma, demans veya organik bir mental bozukluk olması
3. DSM 5'e göre şizofreni veya diğer psikotik bozukluklardan birinin varlığı

3.2 Gereçler

3.2.1 Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Bu form; araştırmacılar tarafından bu çalışma için geliştirilmiş olup çalışmaya katılanların; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzeyi, medeni durumu, yalnız yaşama durumu, fiziksel ve psikiyatrik hastalık öyküsü, toplam hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, kaç yıl tedavi gördüğü, psikoterapi öyküsü, intihar öyküsü,

self mutilatif davranış öyküsü, hastaneye yatış durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı bilgilerini içermektedir.

3.2.2 Erenköy Kişilik Örgütlenmesi Tanısal Formu (ErKÖTF)

Kernberg'in modeline göre kişilik örgütlenmesini ölçmek üzere geliştirilmiş (Diguer ve ark. 2006) gözlemcinin puanladığını bir ölçektir. Kişilik örgütlenmesi tanı formu, terapi seansları, nesne ve kendilik tanımlamaları, psikiyatrik ve psikolojik değerlendirme, ilişki anlatıları vb, farklı tipte klinik materyalleri temel alarak puanlanabilmektedir. Kişilik örgütlenmesi tanı formu 21 maddeli bir ölçektir ve beş farklı kişilik örgütlenmesi boyutunu değerlendirir: kimlik, ilkel savunma mekanizmaları, olgun savunma mekanizmaları, gerçeği değerlendirme ve nesne ilişkileri. Her bir boyut belirli bir sayıda madde içermektedir.

3.2.3 Erenköy Nesne İlişkileri Niteliği Ölçeği (ErNİNÖ)

Ölçek, nesne ilişkilerinin niteliği ve düzeyine ilişkin bilgi toplanmasını sağlayan bir görüşme düzeni sunmaktadır (Azim,1991). Ölçek temel olarak bir saatlik tek bir oturumda uygulanmakta ve iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hastanın önemli ilişkilerine dair görüşme akışı içerisinde bilgi toplanır, ikinci bölüm kişinin nesne ilişkilerini daha yakından anlamaya yöneliktir ve daha yapılandırılmış bir yol izlenir (Piper, 2001). Uygulama sonunda değerlendirilen kişi beş düzeyde (ilkel, araştırıcı, kontrolcü, üçgen ve olgun) ayrı ayrı yüzdelik olarak puanlanır. Bu puanların hesaplanması ile 1 ve 9 arasında bir puan elde edilir. Bu değerin 5,5'in üzerinde olması genellikle hastanın ruhsal sağaltıma yatkın olduğunu düşündürmektedir.

3.2.4 Psikolojik Zihinliligin Dengelenmis Dizini (PZDD)

Psikolojik zihinliliği ölçmek üzere Nyklicek ve Denollet (2009) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 14 maddeden oluşmaktadır. "Doğru değil" ve "çok doğru" uçlarında 5 birimli likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçek, ilgi ve içgörü olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Yüksek ölçek puanları psikolojik zihinliliğin yüksek olduğunu belirtmektedir.

3.2.5 Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30)

Cartwright-Hatton ve Wells (1997), tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal formuna uygun olarak ÜBÖ-30 Türkçe formu beş faktörden oluşmaktadır. ÜBÖ-30'daki her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, dört birimli likert tipi derecelendirme ölçeği üzerinden yanıtlanır. ÜBÖ-30'daki maddeler beş faktöre (olumlu inançlar, kontrol edilmezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) dağılmaktadır ve bu dağılım uzun formdakiyle özdeştir. Olumlu inançlar; endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir. Aynı zamanda bu faktöre göre endişe, arzu edilir bir kişilik özelliğidir. Kontrol edilemezlik ve tehlike iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, 'insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir' şeklindeki inançtır. Diğeri, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır. Bilişsel güven kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı; batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir. Bilişsel farkındalık ise kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade eder. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi olumsuz tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder.

3.2.6 İçe bakış ve İçgörü Ölçeği (İBİÖ)

Daha çok psikodinamik yaklaşımda yer bulan içe bakış ve içgörü değişkenlerinin klinik görünümlerdeki etkinliğini değerlendirmeye yönelik geliştirilen araçlardan birisi de İçe bakış ve İçgörü Ölçeği'dir (Self reflection and Insight Scale, SRIS). Ölçek "içe bakış", "içe-bakışa ihtiyaç",'' içe bakışa odak'' ve "içgörü" olmak üzere dört alt faktörden oluşmaktadır. 20 sorudan oluşan ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Saygılı ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Yüksek puan alınması, içe bakış ve içgörünün iyi olduğunu gösterir.

3.2.7 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve ark (1988) tarafından geliştirilen bu ölçek 21 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir ve yüksek puanlar anksiyete yakınmalarındaki artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir.

3.2.8 Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçmek üzere Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen bu ölçek 21 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmekte olup ölçeğin toplam puanı 0-63 arasında değişebilmektedir. Yirmi bir ve üzerindeki puanlar orta şiddette ya da ağır depresyonun varlığına işaret etmektedir.

3.2.9 SCL-90 Belirti Tarama Testi

Derogatis (1977) tarafından geliştirilen özbildirime dayalı bir psikiyatrik belirti tarama aracıdır. Ölçeğin, psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesi içinde yalnızca somatizasyon belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere kullanılmıştır.

3.3 Uygulama

Bu çalışma kapsamında 40'ı kadın, 13'ü erkek toplam 53 hasta ile görüşme yapılmıştır. Hasta grubunun tamamını, hastanemiz polikliniklerinden klinisyenlerin değerlendirmeleri sonucunda psikoterapiye uygun olduğu düşünülerek Erenköy Psikoterapi Merkezi'ne yönlendirilen ve ayaktan kısa süreli psikoterapi programına alınmış, araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı tedavi öncesi kabul etmiş olan hastalar oluşturmuştur. Çalışmaya katılan hastaların tamamının psikoterapileri süpervizyon altında gerçekleştirilmiş olup, ilk 6 ay süresince haftada bir sıklıkta, sonraki 6 ay boyunca iki haftada bir sıklıkta olan 45 dakikalık seanlar ile görüşülmüştür. Hastaların sosyodemografik verileri, önceki psikiyatrik tanıları ve önceki psikoterapi deneyimleri, hastalık başlangıç yaşı, intihar ve kendine zarar verici davranış öyküsü, medikal hastalık eş tanısı varlığı, alkol-madde kullanım öyküsü gibi klinik değişkenleri değerlendirmek amacı ile Sosyodemografik Veri Formu uygulanmıştır. Ardından hastaların psikolojik zihinlilik düzeyini ölçmek için

PZDD, üstbiliş düzeyini ölçmek için ÜBÖ-30, içgörü seviyesini ölçmek için İçe bakış ve İçgörü Ölçeği, psikiyatrik belirtilerini değerlendirebilmek amacıyla da Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve Scl Belirti Tarama Listesi özbildirime dayalı olarak uygulanmıştır. Son olarak, Erenköy Nesne İlişkileri Niteliği Ölçeği ve Erenköy Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu araştırmacı tarafından Erenköy Kişilik Laboratuvarının bu ölçeklere yönelik geliştirmiş olduğu yarı yapılandırılmış, yaklaşık 1 saat süren bir görüşme ile doldurulmuştur. Tüm bu veri toplama araçları çalışma süresince, psikoterapi başlangıcından hemen önce ve psikoterapi sonlandıktan sonra (12.ay) uygulanmıştır.

3.4 Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS v.21 paket programı ile yapılmış ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak dikkate alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde, tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma olarak tablo halinde verilmiştir. Kategorik değişkenler, sayı ve yüzde olarak özetlenmiş, Fisher exact testi ile bağıntılar incelenmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir.

Psikoterapide kalımı öngören en az sayıda değişken ile oluşturulacak çok değişkenli modeli (parsimonious model) tanımlamak için stepwise backward eliminasyon yöntemi ($p<0.1$) ile çoklu lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

4 BULGULAR

4.1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 3'de çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması verildi. Bu çalışmaya 40'ı (%75) kadın, 13'ü (%25) erkek, toplamda 53 hasta, bir yıl sürmesi planlanan dinamik yönelimli psikoterapiye alınmıştır. Hastaların %38'i tedaviye 1 yıl boyunca devam etmişken (devam eden grubu), %62'si tedaviye 1 yıldan önce kendi iradeleriyle son vermiştir (devam etmeyen grubu). Devam eden grubunun %70'i kadın, %30'u erkek, devam etmeyen grubun %78.8'i kadın, %21.2'si erkek idi. Devam eden grubunun yaş ortalaması 39.2±9.6, devam etmeyen grubunun yaş ortalaması ise 37.1±8.7 idi. Devam eden grubunun ortalama eğitim süresi 11.9±4.2 yıl, devam etmeyen grubunun ise 13.5±2.5 idi. Medeni durum incelendiğinde; devam eden grubunda evlilik oranı daha yüksek iken (%60.0), devam etmeyen grubunda bekar, boşanmış veya dul olma oranı daha yüksek saptandı (%81.8). Devam eden grubundaki hastaların %55.0'ı çocuk sahibi iken, devam etmeyen grubunda bu oran %45.5 idi. Devam eden grubundaki hastaların hiçbiri yalnız yaşamıyor iken, devam etmeyen gruptaki hastalarda yalnız yaşama oranı %15.2 bulunmuştur. Hastalar ekonomik durum açısından 3 gruba ayrılıp (iyi orta kötü), devam eden hasta grubundaki hastalarında %70.0'ı orta gelir düzeyinde bulunmuştur. Bu oran devam etmeyen hasta grubunda ise %57.6 olarak saptanmıştır. Sosyodemografik verilerde devam eden ve devam etmeyen hasta grupları arasında sadece medeni durum değişkeni istatistiksel olarak birbirinden farklı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 3). Diğer sosyodemografik verilerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların sosyodemografik özellikleri

Hasta Özellikleri	Bütün hastalar (N=53)	1 yıl süreyle terapiye devam durumu: Devam etmeyen (N = 33)	Devam eden (N = 20)	F	P-Değeri
Yaş, ortalama ± SS	37.9 ± 8.9	37.1 ± 8.7	39.2 ± 9.6	0.475	0.415
Eğitim yılı, ortalama ± SS	12.9 ± 3.3	13.5 ± 2.5	11.9 ± 4.2	8.150	0.084
Cinsiyet, N (%)					
Kadın	40 (75.5)	26 (78.8)	14 (70.0)	0.519	0.471
Erkek	13 (24.5)	7 (21.2)	6 (30.0)		
Medeni durum, N (%)					
Evli	18 (34.0)	6 (18.2)	12 (60.0)	9.710	**0.002**
Dul, boşanmış, bekar	35 (66.0)	27 (81.8)	8 (40.0)		
Çocuk sayısı, N (%)					
Yok	27 (50.9)	18 (54.5)	9 (45.0)	0.454	0.500
Var	26 (49.1)	15 (45.5)	11 (55.0)		
Yalnız yaşama, N (%)					
Evet	5 (9.4)	5 (15.2)	0 (0)	3.346	0.067
Hayır	48 (90.6)	28 (84.8)	20 (100)		
Ekonomik durum, N (%)					
İyi	11 (20.8)	7 (21.2)	4 (20.0)	1.239	0.538
Orta	33 (62.3)	19 (57.6)	14 (70.0)		
Kötü	9 (16.9)	7 (21.2)	2 (10.0)		

Koyu renkli değerler için $p<0.05$

4.2 Hastaların Eşlik Eden Diğer Özellikleri

Hastaların eşlik eden diğer özellikleri incelendiğinde devam eden grubundaki hastaların hiçbirinde self mutilatif davranış saptanmamış iken, devam etmeyen hasta grubunda %27.3 oranında self mutilatif davranışlar eşlik etmemektedir. Devam eden hasta grubundaki hastaların %95.0'ında intihar girişimi öyküsü bulunmazken, devam etmeyen hasta grubunda bu oran %72.7 olarak bulunmuştur. Hastaların eşlik eden diğer özelliklerinde devam eden ve devam etmeyen hasta grupları arasında self mutilatif davranış ve intihar girişimi değişkenlerinin istatistiksel olarak birbirinden farklı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 4). Geri kalan özellikler de incelendiğinde, devam eden ve devam etmeyen gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı, ilk tedaviye başvurulan yaş, toplam tedavi görülen süre (yıl) ve toplam hastalık süreleri (yıl) ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4). Benzer şekilde fiziksel hastalık öyküsü, diğer psikiyatrik hastalık varlığı, psikiyatrik tedavi öyküsü, psikoterapi öyküsü, hastanede yatış öyküsü, alkol, sigara ve psikoaktif madde kullanımı için de hasta grupları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0.05$, Tablo 4).

Tablo 4:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların eşlik eden özellikleri

Tablo 4. Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların eşlik eden özellikleri

	1 yıl süreyle terapiye devam durumu			
Hasta Özellikleri	**Devam etmeyen (N = 33)**	**Devam eden (N = 20)**	**F**	**P- Değeri**
***Hastalık başlangıç yaşı*, ortalama ± SS**	30.3 ± 10.9	29.1 ± 9.7	0.248	0.682
***İlk tedaviye başvurulan yaş*, ortalama ± SS**	32.1 ± 10.1	30.7 ± 9.4	0.121	0.607
***Toplam tedavi görülen süre, yıl*, ortalama ± SS**	4.1 ± 4.3	5.5 ± 5.6	1.546	0.324
***Toplam hastalık süresi, yıl*, ortalama ± SS**	6.3 ± 6.2	9.0 ± 8.9	3.877	0.190
Fiziksel hastalık, N (%)				
Yok	23 (69.7)	14 (70.0)	0.001	0.981
Var	10 (30.3)	6 (30.0)		
Diğer psikiyatrik hastalıklar, N (%)				
Yok	12 (36.4)	5 (25.0)	0.738	0.390
Var	21 (63.6)	15 (75.0)		
Psikiyatrik tedavi öyküsü, N (%)				
Yok	12 (36.4)	5 (25.0)	0.738	0.390
Var	21 (63.6)	15 (75.0)		
Psikoterapi öyküsü, N (%)				
Yok	21 (63.6)	13 (65.0)	0.010	0.920
Var	12 (36.4)	7 (35.0)		
Self mutilatif davranışlar, N (%)				
Yok	24 (72.7)	20 (100)	6.570	**0.010**
Var	9 (27.3)	0 (0)		
İntihar girişimi, N (%)				
Yok	24 (72.7)	19 (95.0)	4.036	**0.045**
Var	9 (27.3)	1 (5.0)		
Hastanede yatış, N (%)				
Yok	23 (69.7)	17 (85.0)	1.575	0.209
Var	10 (30.3)	3 (15.0)		
Alkol kullanım öyküsü, N (%)				
Yok	25 (75.8)	15 (75.0)	0.004	0.950
Var	8 (24.2)	5 (25.0)		
Psikoaktif madde kullanım öyküsü, N (%)				
Yok	29 (87.9)	19 (95.0)	0.739	0.390
Var	4 (12.1)	1 (5.0)		
Sigara kullanım öyküsü, N (%)				
Yok	13 (39.4)	12 (60.0)	2.122	0.145
Var	20 (60.6)	8 (40.0)		

Koyu renkli değerler için p<0.05

4.3 Hastaların ölçek puanlarının karşılaştırması

Bu bölümde hastaların klinik, kişilik ve özbildirime dayalı ölçek puanları ayrı ayrı karşılaştırılmıştır.

4.3.1 Klinik ölçek puanlarının karşılaştırması

Devam eden ve devam etmeyen hasta grupları Beck anksiyete, Beck depresyon ve Scl-90 tarama testi puanları açısından karşılaştırılmış ve Beck anksiyete ölçeğinin ortalaması devam etmeyen grubunda (23.1±15.0) devam eden

grubuna göre (14.8±11.7) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05, Tablo 5). Beck depresyon ve Scl-90 tarama testi puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (p>0.05, Tablo 5).

Tablo 5:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların klinik ölçek puanlarının karşılaştırması

	Grup İstatistikleri					
	Devam etmeyen (N = 33)		**Devam eden (N = 20)**		**İstatistiki Değerler**	
	Ortalama	**(SS)**	**Ortalama**	**(SS)**	**F**	**P-değeri**
Beck anksiyete ölçeği toplam puanı	23.1	(15.0)	14.8	(11.7)	2.925	**0.038**
Beck depresyon ölçeği toplam puanı	24.6	(14.9)	19.7	(10.1)	3.362	0.200
ScI-90 tarama testi toplam puanı	147.0	(69.5)	123.0	(57.5)	0.972	0.200

SS: Standart sapma

4.3.2 Kişilik ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 6'te görüldüğü gibi, her iki grubun ErKÖFT kimlik bütünlüğü, ilkel ve olgun savunma puanları, ErNİNÖ toplam puanı ve alt boyutlarına (ilkel düzey, araştırıcı düzey, kontrolcü düzey, triangüler düzey, olgun düzey) ilişkin yüzdelik puanları karşılaştırılmış, devam eden ile devam etmeyen grupları arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Çalışmaya katılan hastalardan %2'si psikotik düzeyde, %58'i borderline düzeyde ve %40'ı nevrotik düzeyde örgütlenmiş idi (Tablo 7). Devam eden ve devam etmeyen grupları arasında kişilik örgütlenmeleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Nesne ilişkileri düzeyi açısından incelendiğinde devam grubunun %45.0'ı terk edilme korkusu ile yüksek düzey borderline, %55.0'ı kastrasyon-depresyon korkusu ile ödipal nesne ilişkisine sahipken, devam etmeyen grubunda bu oranlar sırasıyla %63.6 ve %30.4 idi. Her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 8'de hastaların nesne ilişkileri tipleri karşılaştırılmıştır. Devam etmeyen grubunun %24.2'si histerionik, %21.2'si narsisistik tipte iken, devam grubunda çoğunluğu oluşturan tipler bağımlı (%20.0), narsisistik (%20.0), histerik (%15.0) ve depresif-mazohistik (%15.0) idi (p<0.05).

Tablo 6:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların ErKÖTF ve ErNİNÖ ölçek puanlarının karşılaştırması

	Grup İstatistikleri					
	Devam etmeyen N = 33		Devam eden N = 20		İstatistiki Değerler	
Ölçekler	**(SS)**	**(SS)**	**Ortalama**	**(SS)**	**F**	**P-değeri**
ErKÖTF						
Kimlik bütünlüğü	-0.4	(9.7)	1.9	(9.0)	0.539	0.413
İlkel savunmalar	8.5	(2.7)	7.7	(3.2)	0.920	0.326
Olgun savunmalar	7.5	(2.9)	7.3	(2.7)	0.064	0.792
ErNİNÖ						
İlkel düzey yüzdelik puanı	24.4	(14.4)	19.2	(10.3)	2.877	0.169
Araştırıcı düzey yüzdelik puanı	17.4	(15.2)	18.0	(15.2)	0.022	0.894
Kontrolcü düzey yüzdelik puanı	30.2	(15.4)	32.8	(17.0)	0.206	0.570
Triangüler düzey yüzdelik puanı	15.9	(12.0)	16.3	(11.2)	0.082	0.918
Olgun düzey yüzdelik puanı	12.0	(10.0)	11.5	(9.0)	0.809	0.864
Toplam puanı	4.5	(1.1)	4.7	(1.0)	0.667	0.549

SS: Standart sapma
ErKÖTF: Kişilik örgütlenmesi tanısal formu
ErNİNÖ: Nesne ilişkileri niteliği ölçeği

Tablo 7: Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların kişilik örgütlenme düzeylerinin karşılaştırılması

	1 yıl süreyle terapiye devam durumu		
Hasta Özellikleri	**Devam etmeyen N = 33**	**Devam eden N = 20**	**P- Değeri**
Global kişilik örgütlenmesi, N (%)			
Psikotik	1 (3.0)	0 (0)	0.172
Borderline	22 (66.7)	9 (45.0)	
Nevrotik	10 (30.3)	11 (55.0)	
Nesne ilişkileri düzeyi*, N (%)			
1	1 (3.0)	0 (0)	0.273
2a	1 (3.0)	0 (0)	
2c	21 (63.6)	9 (45.0)	
3	10 (30.4)	11 (55.0)	

*1: Simbiyotik Nesne İlişkisi, 2a: Nesne Korkusu ile Düşük Düzey Borderline Nesne İlişkisi, 2c: Terk Edilme Korkusu ile Yüksek Düzey Borderline, 3: Kastrasyon-Depresyon Korkusu ile Ödipal Nesne İlişkisi

Tablo 8:Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların nesne ilişkileri tiplerinin karşılaştırması

Nesne ilişkisi tipi	1 yıl süreyle terapiye devam durumu			
	Devam etmeyen (N = 33)	**Devam eden (N = 20)**	**F/ X**	**P-Değeri**
Psikotik, N (%)	1 (3.0)	0 (0)	20.141	**0.017**
Şizoid, N (%)	1 (3.0)	0 (0)		
Bağımlı, N (%)	1 (3.0)	4 (20.0)		
Histerionik, N (%)	8 (24.2)	0 (0)		
Sado-mazohistik, N (%)	0 (0)	1 (5.0)		
Narsisistik, N (%)	7 (21.2)	4 (20.0)		
Borderline, N (%)	5 (15.2)	0 (0)		
Histerik, N (%)	5 (15.2)	3 (15.0)		
Depresif-mazohistik, N (%)	0 (0)	3 (15.0)		
Obsesif-kompulsif, N (%)	5 (15.2)	5 (25.0)		

Koyu renkli değerler için $p<0.05$

4.3.3 Özbildirime dayalı ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 9'da hastaların ÜBÖ toplam puan ve alt boyutlarına ilişkin puanları karşılaştırılmış ve devam grubundaki hastaların "bilişsel farkındalık" alt ölçeği puanı ortalamasının (18.3±3.2) devam etmeyen grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

PZDD ve İBİÖ ölçeği toplam puan ve alt boyutlarına ilişkin puanlar incelendiğinde ise devam eden ve devam etmeyen hasta grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 9).

Tablo 9:Psikoterapiye devam eden ve etmeyen hastaların özbildirime dayalı ölçek puanlarının karşılaştırması

	Grup İstatistikleri					
	Devam etmeyen N = 33		Devam eden N = 20		İstatistiki Değerler	
Ölçekler	**Ortalama**	**(SS)**	**Ortalama**	**(SS)**	**F**	**P-değeri**
ÜBÖ						
Olumlu inançlar alt ölçeği puanı	10.8	(3.3)	12.5	(3.7)	0.691	0.100
Bilişsel güven alt ölçeği puanı	14.9	(5.1)	16.0	(4.8)	0.241	0.501
Kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeği puanı	15.5	(4.5)	15.7	(4.1)	0.126	0.874
Bilişsel farkındalık alt ölçeği puanı	15.9	(3.6)	18.3	(3.2)	1.536	**0.019**
Düşünceleri kontrol alt ölçeği puanı	18.5	(3.6)	17.2	(5.0)	0.960	0.265
Toplam puanı	75.6	(11.8)	79.4	(13.1)	0.690	0.277
PZDD						
İlgi alt ölçeği puanı	12.4	(4.8)	15.2	(5.3)	1.272	0.055
İçgörü alt ölçeği puanı	20.7	(6.0)	18.4	(9.5)	8.992	0.283
Toplam puanı	33.1	(8.7)	33.6	(11.0)	1.144	0.867
İBİÖ						
İçe bakışa odak alt ölçeği puanı	24.5	(5.4)	25.0	(5.0)	0.054	0.786
İçe bakış ihtiyacı alt ölçeği puanı	26.3	(6.4)	27.5	(6.3)	0.136	0.526
İçe bakış alt ölçeği toplam puanı	50.8	(11.2)	52.4	(10.6)	0.017	0.620
İçgörü alt ölçeği toplam puanı	28.0	(6.8)	29.8	(8.4)	0.304	0.404
Toplam puanı	78.9	(12.6)	82.2	(16.0)	0.996	0.406

Koyu renkli değerler için p<0.05
SS: Standart sapma

4.3.4 Psikoterapiye devam eden hastaların ölçek puanlarının karşılaştırması

4.3.4.1 Psikoterapiye devam eden hastaların klinik ölçek puanlarının karşılaştırması

Tablo 10'da psikoterapiye devam eden hasta grubunda, hastaların psikoterapinin başında ve birinci yıl sonundaki Beck anksiyete, Beck depresyon ve Scl-90 tarama testi toplam puanlarının karşılaştırması incelendi.

Scl-90 tarama testi toplam puanları açısından incelendiğinde, psikoterapi öncesinde ortalama 123.0±57.5, bir yıl süreli psikoterapi sonrasında ise ortalama 89.5±56.3 olarak bulundu. Buna göre; hastaların bir yıl süreli psikoterapi sonrasındaki Scl-90 tarama testi toplam puanları, psikoterapi öncesindeki puanlarına göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0.001 Tablo 10).

Beck anksiyete ve Beck depresyon ölçeği toplam puanları açısından incelendiğinde, psikoterapinin öncesi ile birinci yıl sonundaki değerlerin ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p<0.05$, Tablo 10).

Tablo 10:Psikoterapiye devam eden hastaların başlangıç ve 1.yıl Beck Anksiyete, Beck Depresyon ve Scl-90 puanları

	Grup İstatistikleri N = 20				
	Tedavi Öncesi (T0)		**Tedavi Sonrası (T1)**		
Ölçekler	**Ortalama**	**(SS)**	**Ortalama**	**(SS)**	**P-değeri**
Beck anksiyete ölçeği toplam puanı	14.8	(11.7)	13.2	(10.9)	0.316
Beck depresyon ölçeği toplam puanı	19.7	(10.1)	16.0	(11.5)	0.086
Scl-90 tarama testi toplam puanı	123.0	(57.5)	89.5	(56.3)	**0.001**

Koyu renkli değerler için $p<0.05$
SS: Standart sapma

4.3.4.2 Psikoterapiye devam eden hastaların kişilik ölçek puanlarının karşılaştırması

Tablo 11'de psikoterapiye devam eden hasta grubunda, hastaların psikoterapinin başında ve bir yıl sonundaki ErKÖFT kimlik bütünlüğü, ilkel ve olgun savunma puanları, ErNİNÖ toplam puanı ve alt boyutlarına (ilkel düzey, araştırıcı düzey, kontrolcü düzey, triangüler düzey, olgun düzey) ilişkin yüzdelik puanlarının karşılaştırması incelendi.

ErKÖTF açısından incelendiğinde, "kimlik bütünlüğü" boyutunun toplam puanı psikoterapi öncesinde 1.9±9.0, bir yıl süreli psikoterapi sonrasında 4.6±9.5 olarak bulundu. Hastaların bir yıl süreli psikoterapi sonrasındaki ErKÖTF kimlik bütünlüğü toplam puanları, psikoterapi öncesindeki puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.02$, Tablo 11).

"İlkel savunmalar" boyutunun toplam puanı psikoterapi öncesinde 7.7±3.2, bir yıl süreli psikoterapi sonrasında 6.0±3.3 olarak bulundu. Hastaların bir yıl süreli psikoterapi sonrasındaki ErKÖTF ilkel savunmalar toplam puanları, psikoterapi öncesindeki puanlarına göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0.001$, Tablo 11).

"Olgun savunmalar" boyutunun toplam puanı psikoterapi öncesinde 7.3±2.7, bir yıl süreli psikoterapi sonrasında 8.3±2.9 olarak bulundu. Hastaların bir yıl süreli

psikoterapi sonrasındaki ErKÖTF olgun savunmalar toplam puanları, psikoterapi öncesindeki puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.025, Tablo 11).

ErNİNÖ açısından incelendiğinde, "ilkel düzey" yüzdelik puanları psikoterapi öncesinde 13.3±10.3, bir yıl süreli psikoterapi sonrasında 14.8±9.7 olarak bulundu. Hastaların bir yıl süreli psikoterapi sonrasındaki ErNİNÖ ilkel düzey yüzdelik puanları, psikoterapi öncesindeki puanlarına göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (p<0.001, Tablo 11).

"Olgun düzey" yüzdelik puanları psikoterapi öncesinde 11.5±9.0, bir yıl süreli psikoterapi sonrasında 17.3±12.0 olarak bulundu. Hastaların bir yıl süreli psikoterapi sonrasındaki ErNİNÖ olgun düzey yüzdelik puanları, psikoterapi öncesindeki puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.002, Tablo 11).

ErNİNÖ toplam puanları psikoterapi öncesinde 4.7±1.0, bir yıl süreli psikoterapi sonrasında 5.0±1.1 olarak bulundu. Hastaların bir yıl süreli psikoterapi sonrasındaki ErNİNÖ toplam puanları, psikoterapi öncesindeki puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.001, Tablo 11).

ErNİNÖ araştırıcı düzey, kontrolcü düzey ve triangüler düzey yüzdelik puanları açısından, psikoterapi öncesi ile 1 yıl süreli psikoterapi sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05, Tablo 11).

Tablo 11:Psikoterapiye devam eden hastaların başlangıç ve 1.yıl kişilik ölçek puanlarının karşılaştırması

	Grup İstatistikleri N = 20				
	Tedavi Öncesi (T0)		Tedavi Sonrası (T1)		
Ölçekler	**Ortalama**	**(SS)**	**Ortalama**	**(SS)**	**P-değeri**
ErKÖTF					
Kimlik bütünlüğü	1.9	9.0	4.6	9.5	**0.020**
İlkel savunmalar	7.7	3.2	6.0	3.3	**<0.001**
Olgun savunmalar	7.3	2.7	8.3	2.9	**0.025**
ErNİNÖ					
İlkel düzey yüzdelik puanı	19.3	10.3	14.8	9.7	**<0.001**
Araştırıcı düzey yüzdelik puanı	18.0	15.2	19.3	16.2	0.398
Kontrolcü düzey yüzdelik puanı	32.8	17.0	33.8	16.0	0.770
Triangüler düzey yüzdelik puanı	16.3	11.2	15.0	9.2	0.349
Olgun düzey yüzdelik puanı	11.5	9.0	17.3	12.0	**0.002**
Toplam puanı	4.7	1.0	5.0	1.1	**0.001**

Koyu renkli değerler için p<0.05
SS: Standart sapma
ErKÖTF: Kişilik örgütlenmesi tanısal formu
ErNİNÖ: Nesne ilişkileri niteliği ölçeği

4.3.4.3 Psikoterapiye devam eden hastaların özbildirime dayalı ölçek puanlarının karşılaştırması

Tablo 12'de psikoterapiye devam eden hasta grubunda, hastaların psikoterapi öncesi ile bir yıl süreli psikoterapi sonrasındaki ÜBO toplam ve alt ölçek puanları, İBİÖ toplam ve alt ölçek puanları ve PZDD toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırması incelendi. Psikoterapi öncesi ile 1 yıl süreli psikoterapi sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 12:Psikoterapiye devam eden hastaların başlangıç ve 1.yıl özbildirime dayalı ölçek puanları

Ölçekler	Grup İstatistikleri N = 20				
	Tedavi Öncesi (T0)		Tedavi Sonrası (T1)		
	Ortalama	(SS)	Ortalama	(SS)	P-değeri
ÜBÖ					
Olumlu inançlar alt ölçeği puanı	12.5	3.7	13.0	3.1	0.482
Bilişsel güven alt ölçeği puanı	15.9	4.8	15.5	4.8	0.582
Kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeği puanı	15.7	4.1	15.5	4.1	0.824
Bilişsel farkındalık alt ölçeği puanı	18.3	3.2	17.6	3.1	0.388
Düşünceleri kontrol alt ölçeği puanı	17.2	5.0	16.9	5.5	0.785
Toplam puanı	79.4	13.1	78.3	13.9	0.624
PZDD					
İlgi alt ölçeği puanı	15.2	5.3	15.8	5.1	0.630
İçgörü alt ölçeği puanı	18.4	9.5	21.0	4.7	0.165
Toplam puanı	33.6	11.0	36.8	7.0	0.163
İBİÖ					
İçe bakışa odak alt ölçeği puanı	25.0	5.0	24.7	5.7	0.763
İçe bakış ihtiyacı alt ölçeği puanı	27.5	6.3	27.2	5.5	0.843
İçe bakış alt ölçeği toplam puanı	52.4	10.6	51.9	9.8	0.742
İçgörü alt ölçeği toplam puanı	29.8	8.4	30.5	7.0	0.693
Toplam puanı	82.2	16.1	82.3	11.7	0.971

SS: Standart sapma
ÜBO: Üstbiliş ölçeği
PZDD: Psikolojik zihinliliğin dengelenmiş dizini
İBİÖ: İçe bakış ve içgörü ölçeği

4.3.5 Psikoterapiye alınan hastalarda ölçekler arasındaki ilişkiler

4.3.5.1 Psikoterapiye alınan hastalarda, PZDD ile ÜBÖ, İBİÖ ve Klinik Ölçekler Arasındaki İlişkiler

Tablo 13'de görüldüğü üzere, bireylerin PZDD ölçeği toplam puan ve alt boyutları ile ÜBÖ toplam puan ve alt boyutları, İBİÖ toplam puan ve alt boyutları, Beck anksiyete, Beck depresyon, Scl-90 tarama testi puanları arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığı araştırılmak istenmiştir.

Buna göre, olumlu inanç (ÜBÖ) ile ilgi (PZDD) arasında aynı yönlü, zayıf ve doğrusal bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır ($r=0.275$, $p<0.05$). Kontrol edilmezlik ve tehlike (ÜBÖ) ile içgörü (PZDD) arasında ters yönlü ve orta düzeyde ($r=-0.506$, $p<0.01$), PZDD toplam puanı arasında ters yönlü ve orta düzeyde ($r=-0.375$, $p<0.01$) doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Kontrol ihtiyacı (ÜBÖ) ile içgörü (PZDD)

arasında anlamlı düzeyde ters yönlü ve orta düzeyde (r=-0.550, p<0.01), PZDD toplam puanı arasında anlamlı düzeyde ters yönlü ve orta düzeyde (r=-0.489, p<0.01) ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bilişsel farkındalık (ÜBO) ile ilgi (PZDD) arasında aynı yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0.329, p<.005). ÜBÖ toplam puanı ile içgörü (PZDD) ve PZDD toplam puanı arasında ters yönlü ve orta düzeyde doğrusal bir ilişki bulunduğu görülmüştür (r=-0.508, p<0.01, r=-0.323, p<0.05).

İçe bakış ihtiyacı (İBİÖ) ile ilgi (PZDD) arasında anlamlı düzeyde aynı yönlü ve orta düzeyde (r=0.303, p<0.005), içe bakış (İBİÖ) ile ilgi (PZDD) arasında aynı yönlü ve zayıf düzeyde (r=0.272, p<0.005) ilişki olduğu görülmüştür. İBİÖ ölçeğinin alt boyutu olan içgörü ile ilgi (PZDD), içgörü (PZDD) ve PZDD toplam puanları arasında aynı yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (r=0.324, r=0.583, r=0.636, p<0.01), İBİÖ toplam puanı ile PZDD ölçeğinin alt boyutu olan ilgi, içgörü ve PZDD toplam puanları arasında aynı yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu sonucuna varılmıştır (r=0.385, r=0.414, r=0.534, p<0.01). İBİÖ ölçeğinin içgörü boyutu ile Beck anksiyete, Beck depresyon ve Scl-90 puanları arasında anlamlı düzeyde ters yönlü ve orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür (r=0.407, r=0.479, r=0.597, p<0.01).

Beck anksiyete, Beck depresyon ve Scl-90 tarama testi toplam puanları ile PZDD ölçeği toplam puan ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde ise; Beck anksiyete toplam puanı ile PZDD'nin içgörü alt boyutu ve toplam puanı arasında ters yönde orta düzeyde (r=-0.378, r=0.-328, p<0.05); Beck depresyon toplam puanı ile PZDD'nin içgörü alt boyutu ve toplam puanı arasında ters yönde orta düzeyde (r=-0.450, r=0.-405, p<0.01); Scl-90 tarama testi toplam puanı ile PZDD'nin içgörü alt boyutu ve toplam puanı arasında da yine ters yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0.619, r=0.-557, p<0.01)

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 13:Psikoterapiye alınan hastalarda, PZDD ile İBİÖ, ÜBÖ ve klinik belirti ölçeklerinin ilişkisi

	PZDD ilgi	PZDD içgörü	PZDD toplam
ÜBO-30			
Olumlu inanç	**0.275***	-0.058	0.102
Tehlike	0.048	**-0.506****	**-0.375****
Bilişsel güven	-0.025	-0.238	-0.202
Kontrol ihtiyacı	-0.101	**-0.550****	**-0.489****
Farkındalık	**0.329***	-0.109	0.091
Toplam	0.147	**-0.508****	**-0.323***
İBİÖ			
Odak	0.202	0.201	0.267
İhtiyaç	**0.303***	0.064	0.214
İçebakış	**0.272***	0.133	0.251
İçgörü	**0.324***	**0.583****	**0.636****
Toplam	**0.385****	**0.414****	**0.534****
Diğer ölçekler			
Beck Anksiyete	-0.054	**-0.378****	**-0.328***
Beck Depresyon	-0.089	**-0.450****	**-0.405****
Scl-90	-0.125	**-0.619****	**-0.557****

**Koyu ve ***: p<.05 **Koyu ve ****: p<.01
PZDD: psikolojik zihinliliğin dengelenmiş dizini, İBİÖ: iç görü ve içe bakış ölçeği, ÜBO-30: üst biliş ölçeği kısa formu

4.3.5.2 Psikoterapiye alınan hastalarda, ErKÖTF ile PZDD, ÜBÖ, İBİÖ ve Klinik Ölçekler Arasındaki İlişkiler

Tablo 14'de görüldüğü üzere, bireylerin ErKÖTF ölçeği alt boyutları ile ÜBÖ toplam puan ve alt boyutları, İBİÖ toplam puan ve alt boyutları, PZDD toplam puan ve alt boyutları, Beck anksiyete, Beck depresyon, Scl-90 tarama testi puanları arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığı araştırılmak istenmiştir.

Buna göre, kontrol ihtiyacı (ÜBÖ-30) ile olgun savunmalar (ErKÖTF) arasında ters yönlü, zayıf ve doğrusal bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır ($r=-0.291$, $p<0.05$). İBİÖ ölçeğinin içgörü alt boyutu ile kimlik bütünlüğü (ErKÖTF) arasında aynı yönde ve zayıf düzeyde ($r=0.275$, $p<0.05$), olgun savunmalar (ErKÖTF) arasında aynı yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.319$, $p<0.05$). İBİÖ toplam puanı ile kimlik bütünlüğü (ErKÖTF) ve olgun savunmalar (ErKÖTF) arasında aynı yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.329$, $r=0.306$, $p<0.05$). İçgörü (PZDD) ile olgun savunmalar (ErKÖTF) arasında aynı yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.450$, $p<0.01$). İlgi (PZDD) ile ilkel savunmalar (ErKÖTF) arasında ters yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.295$, $p<0.05$). PZDD toplam puanı ile kimlik bütünlüğü (ErKÖTF), ilkel savunmalar (ErKÖTF), olgun savunmalar (ErKÖTF) arasında aynı

yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0.383, p<0.01, r=0.336, p<0.01, r=0.478, p<0.05). Olgun savunmalar (ErKÖTF) ile Beck anksiyete arasında ters yönde ve zayıf düzeyde (r=-0.293, , p<0.05), Scl-90 arasında ters yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür (r=-0.370, p<0.01).

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 14:Psikoterapiye alınan hastalarda, KÖTF'ün; PZDD, İBİÖ, ÜBO ve klinik belirti ölçekleri ile olan ilişkisi

	ErKÖTF		
	Kimlik Bütünlüğü	**İlkel Savunmalar**	**Olgun Savunmalar**
ÜBO-30			
Olumlu inanç	0.039	-0.058	0.035
Tehlike	-0.129	-0.014	-0.269
Bilişsel güven	-0.104	-0.004	-0.119
Kontrol ihtiyacı	-0.162	-.0.080	**-0.291***
Farkındalık	0.102	-0.070	-0.088
Toplam	-0.101	-0.071	-0.257
İBİÖ			
Odak	0.215	0.013	0.161
İhtiyaç	0.228	-0.129	0.169
İçebakış	0.235	-0.069	0.175
İçgörü	**0.275***	-0.086	**0.319***
Toplam	**0.329***	-0.099	**0.306***
PZDD			
İçgörü	**0.327***	-0.224	**0.450****
İlgi	0.231	**-0.295***	0.225
Toplam	**0.383****	**-0.336***	**0.478****
Diğer Ölçekler			
Beck Anksiyete	-0.189	0.174	**-0.293***
Beck Depresyon	0.248	0.202	-0.248
Scl-90	-0.260	0.141	**-0.370****

**Koyu ve ***: p<.05 **Koyu ve ****: p<.01
PZDD: psikolojik zihinliliğin dengelenmiş dizini, İBİÖ: içgörü ve içe bakış ölçeği, ÜBO-30: üstbiliş ölçeği kısa formu, ErKÖTF: kişilik örgütlenmesi tanısal formu.

4.3.5.3 Psikoterapiye alınan hastalarda, ErNİNÖ ile PZDD, ÜBÖ, İBİÖ ve Klinik Ölçekler Arasındaki İlişkiler

Tablo 15'de, bireylerin ErNİNÖ ölçeği alt boyutları ile ÜBÖ toplam puan ve alt boyutları, İBİÖ toplam puan ve alt boyutları, PZDD toplam puan ve alt boyutları, Beck anksiyete, Beck depresyon, Scl-90 tarama testi puanları arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığı araştırılmak istenmiştir.

PZDD ölçeğinin içgörü alt boyutu ile ilkel düzey (ErNİNÖ) arasında ters yönde ve orta düzeyde ($r=-0.303$, $p<0.05$), araştırıcı düzey (ErNİNÖ) arasında ters yönde ve zayıf düzeyde ($r=-0.281$, $p<0.05$), triangüler düzey (ErNİNÖ) arasında aynı yönde, zayıf düzeyde ($r=0.281$, $p<0.05$), ErNİNÖ toplam puanı ile aynı yönde ve orta düzeyde doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.372$, $p<0.01$). PZDD toplam puanı ile ilkel düzey (ErNİNÖ) arasında ters yönde ve orta düzeyde ($r=-0.331$, $p<0.05$), ErNİNÖ toplam puanı ile aynı yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğı saptanmıştır ($r=0.364$, $p<0.01$).

Beck anksiyete ile ilkel düzey (ErNİNÖ) arasında aynı yönde ve orta düzeyde ($r=0.311$, $p<0.05$), olgun düzey (ErNİNÖ) ve ErNİNÖ toplam puanı arasında ters yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0.312$, $r=-0.317$, $p<0.05$). Beck depresyon ile araştırıcı düzey (ErNİNÖ) arasında aynı yönde ve orta düzeyde ($r=0.322$, $p<0.05$), olgun düzey (ErNİNÖ) ve ErNİNÖ toplam puanı arasında ters yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0.353$, $r=-0.371$, $p<0.01$). Scl-90 ile ilkel düzey (ErNİNÖ) arasında aynı yönde ve orta düzeyde ($r=0.318$, $p<0.05$), olgun düzey (ErNİNÖ) arasında ters yönde ve zayıf düzeyde ($r=-0.283$, $p<0.05$), ErNİNÖ toplam puanı arasında ters yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır ($r=-0.322$, $p<0.05$).

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>.05$, tablo 15).

Tablo 15: Psikoterapiye alınan hastalarda, ErNİNÖ'nün; PZDD, İBİÖ, ÜBO ve klinik belirti ölçekleri ile olan ilişkisi

	ErNİNÖ					
	İlkel düzey	**Araştırıcı düzey**	**Kontrolcü düzey**	**Triangüler düzey**	**Olgun düzey**	**ErNİNÖ Toplam**
ÜBO-30						
Olumlu inanç	-0.097	0.045	0.005	-0.021	-0.004	0.018
Tehlike	0.087	0.168	-0.246	0.105	-0.183	-0.137
Bilişsel güven	0.053	-0.030	0.168	-0.209	-0.143	-0.105
Kontrol ihtiyacı	0.106	0.068	-0.053	-0.055	-0.095	-0.101
Farkındalık	0.044	-0.033	0.094	-0.058	0.015	-0.034
Toplam	0.073	0.073	-0.007	-0.090	-0.151	-0.130
İBİÖ						
Odak	-0.062	-0.073	0.043	0.127	-0.095	0.040
İhtiyaç	-0.096	-0.133	0.040	0.107	0.045	0.116
İçebakış	-0.086	-0.112	0.044	0.122	-0.020	0.087
İçgörü	-0.259	-0.065	0.031	0.092	0.194	0.212
Toplam	-0.204	-0.122	0.051	0.145	0.088	0.181
PZDD						
İçgörü	**-0.303***	**-0.281***	0.096	**0.281***	0.266	**0.372****
İlgi	-0.170	-0.029	-0.023	0.085	0.078	0.130
Toplam	**-0.331***	-0.238	0.063	0.268	0.253	**0.364****
Diğer Ölçekler						
Beck Anksiyete	**0.311***	0.127	-0.123	-0.066	**-0.312***	**-0.317***
Beck Depresyon	0.244	**0.322***	-0.222	-0.126	**-0.353****	**-0.371****
Scl-90	**0.318***	0.147	-0.110	-0.138	**-0.283***	**-0.322***

**Koyu ve ***: p<.05 **Koyu ve ****: p<.01
PZDD: psikolojik zihinliliğin dengelenmiş dizini, İBİÖ: içgörü ve içe bakış ölçeği, ÜBO-30: üstbiliş ölçeği kısa formu, ErNİNÖ: Erenköy nesne ilişkileri niteliği ölçeği.

4.3.6 PZDD ölçeğinin İBİÖ, ErKÖTF ve ErNİNÖ Ölçeklerindeki Artış ile Arasındaki İlişki

Tablo 16'da, psikoterapiye devam eden bireylerin PZDD ölçeği toplam puanı ve alt boyutları ile ÜBÖ toplam puan ve alt boyutları, İBİÖ toplam puan ve alt boyutları, ErNİNÖ toplam puan ve alt boyutları, ErKÖTF ölçeği alt boyutları, Beck anksiyete, Beck depresyon ve Scl-90 tarama testi puanlarındaki psikoterapi sonrası ile öncesi farkları arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığı araştırılmak istenmiştir.

Bilişsel güven (ÜBÖ-30) farkı ile ilgi (PZDD) ve PZDD toplam puanı arasında ters yönde ve orta düzeyde doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0.543$, $r=-0.547$, $p<0.05$). ÜBO-30 toplam puanı farkı ile PZDD ölçeğinin ilgi alt boyutu arasında ters yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0.585$, $p<0.01$).

İçe bakış (İBİÖ) farkı ile PZDD toplam puanı arasında ters yönde ve orta düzeyde ($r=-0.454$, $p<0.05$), İBİÖ toplam puan farkı ile PZDD toplam puanı arasında ters yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0.470$, $p<0.05$).

Kimlik bütünlüğü (ErKÖTF) farkı ile içgörü (PZDD) arasında aynı yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır ($r=0.487$, $p<0.05$). ErNİNÖ, Beck anksiyete, Beck depresyon ve Scl-90 tarama testi farkları ile PZDD ölçeği toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 16)

Tablo 16:Psikoterapiye devam eden hastalarda, PZDD'nin klinik ölçeklerdeki değişim ile ilişkisi

	PZDD		
Fark değerleri[a]	**İlgi**	**İçgörü**	**Toplam**
ÜBÖ-30			
Olumlu inanç	0.060	0.024	0.050
Tehlike	-0.382	0.180	-0.030
Bilişsel güven	**-0.543***	-0.324	**-0.547***
Kontrol ihtiyacı	-0.239	0.056	-0.068
Farkındalık	-0.431	-0.156	-0.346
Toplam	**-0.585****	-0.071	-0.347
İBİÖ			
Odak	-0.435	-0.114	-0.312
İhtiyaç	-0.067	-0.371	-0.356
İçebakış	-0.310	-0.348	**-0.454***
İçgörü	-0.061	-0.326	-0.314
Toplam	-0.228	-0.412	**-0.470***
ErNİNÖ			
İlkel düzey	-0.085	-0.192	-0.209
Araştırıcı düzey	-0.107	-0.250	-0.270
Kontrolcü düzey	0.346	0.206	0.348
Triangüler düzey	-0.186	-0.030	-0.117
Olgun düzey	-0.071	0.192	0.133
Toplam puan	-0.034	0.279	0.227
ErKÖTF			
Kimlik bütünlüğü	0.014	**0.487***	0.431
İlkel savunmalar	0.154	-0.144	-0.050
Olgun savunmalar	-0.113	0.270	0.181
Gerçeği değerlendirme	0.015	-0.133	-0.108
Diğer Ölçekler			
Beck Anksiyete	-0.124	0.092	0.020
Beck Depresyon	-0.008	-0.175	-0.156
Scl-90	-0.190	0.253	0.127

**Koyu ve ***: p<.05 **Koyu ve ****: p<.01
Fark değerleri[a] : psikoterapi sonrasındaki puan – psikoterapi öncesindeki puan
PZDD: psikolojik zihinliliğin dengelenmiş dizini, İBİÖ: içgörü ve içe bakış ölçeği, ÜBO-30: üstbiliş ölçeği kısa formu, KÖTF: kişilik örgütlenmesi tanısal formu, NİNÖ: nesne ilişkileri niteliği ölçeği.

4.3.7 Psikoterapi Hastalarında Değişkenlerin Psikoterapide Kalım Üzerine Öngörücü Etkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda psikoterapide kalım üzerine etki eden etmenlerin ortaya konulabilmesi için univariate modelde istatistiksel olarak anlamlı bulduğumuz değişkenlere multivariate stepwise backward modeli kullanılarak lojistik regresyon uygulandı ve en küçük anlamlı model oluşturulmaya çalışıldı ($p<0.1$). Bunun uygulama sonucunda, en küçük modelin 8 değişkenden (hastalık süresi, self mutilasyon, Beck anksiyete, ErKÖTF ilkel ve olgun savunmalar, ÜBÖ bilişsel farkındalık, ÜBÖ düşünceleri kontrol ve PZDD içgörü) oluştuğu görülmüştür. Bu analiz sonucunda, hastalık süresi ve ÜBÖ bilişsel farkındalıktaki artışın hastaların

psikoterapiye devam etme olasılığını artırdığı; ÜBÖ düşünceleri kontrol, PZDD içgörü, ErKÖTF ilkel ve olgun savunmalar ve Beck anksiyetedeki artış ile self mutilasyon öyküsü olan hastaların ise psikoterapiye devam etme olasılığının azaldığı saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Multivariate Lojistik regresyon modelinde psikoterapide kalımı öngörebilen değişkenler

	İstatistik parametreler			
Değişkenler	**B**	**S.E.**	**Wald**	**Sig**
Hastalık süresi	81.487	1633.499	0.002	0.960
Self mutilasyon	-1423.680	30199.143	0.002	0.962
Beck anksiyete	-28.543	523.150	0.003	0.956
ErKÖTF ilkel savunmalar	-201.806	3849.858	0.003	0.958
ErKÖTF olgun savunmalar	-110.933	2150.547	0.003	0.959
PZDD içgörü	-95.691	1731.224	0.003	0.956
ÜBO bilişsel farkındalık	89.538	1490.776	0.004	0.952
ÜBO düşünceleri kontrol	-150.068	2525.116	0.004	0.953
Sabit Katsayı	4833.525	87002.863	0.003	0.956

PZDD_1: psikolojik zihinliliğin dengelenmiş dizini,
ÜBO: üstbiliş ölçeği,
ErKÖTF: erenköy kişilik örgütlenmesi tanısal formu

5 TARTIŞMA

Bu çalışmada psikiyatride kullanılan tedavi yöntemleri arasında seçkin bir yöntem olan psikoterapilerin, kanıta dayalı ilkelerle olabildiğince etkin bir şekilde sağlanabilmesi ve kaynakların akılcı kullanılması gerekliliği göz önünde bulundurularak, hastaların bu tedavi yönteminden faydalanabilme durumlarının önceden tespit edilebilmesi amaçlanmıştır. Buna ek olarak, psikoterapi sürecine devam eden hastaların hangi özelliklerinin bu duruma katkısının olduğunun da araştırılması hedeflenmiştir. Bu amaçla, hastaların, psikoterapide kalım ve terapiden yararlanımda anahtar rolü olduğu düşünülen psikolojik zihinlilik düzeyleri ve bunun içgörü, içe bakış, üstbiliş, kişilik örgütlenmesi ve nesne ilişkileri niteliği düzeyleri ile ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca, hastaların psikolojik zihinliliklerinin hem psikiyatrik semptom hem de kişilik özellikleri bakımından iyileşmeleri üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Psikoterapilerde kalım ve kalımı öngörebilecek faktörler ile ilgili ülkemizde yapılmış çalışma sayısının oldukça az olması nedeniyle çalışmamızın sonuçları literatüre katkı açısından önem arz etmektedir.

Çalışma kapsamında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikoterapi Merkezi'nde ayaktan haftada bir sıklıkla bir yıl süreyle psikoterapi almak üzere tedavisine başlanan 40 kadın, 13 erkek toplam 53 hasta alınmıştır. Çalışmaya katılan bütün hastalar ile psikoterapi süreci başlamadan hemen önce ve psikoterapi sürecine devam eden hastalar ile de psikoterapi süreçleri sonlandıktan sonra görüşme yapılmıştır. Çalışmamızda, psikoterapiye alınan hastalarda, psikolojik zihinlilik, içe bakış ve içgörü, üstbiliş, kişilik örgütlenmesi, nesne ilişkileri düzeyi ve psikiyatrik semptomların durumu araştırılmış olup, bulgular psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hasta grupları arasında karşılaştırılmıştır.

Sosyodemografik veriler incelendiğinde; çalışmaya katılan hastaların %62'sinin tedaviye 1 yıldan önce kendi istekleriyle son verdiği (devam etmeyen grubu) görülmüştür. Çalışmamızda saptanan psikoterapiden ayrılma oranı literatürde saptanan oranlara (%42.9 -%50.8) göre yüksek bulunmakla beraber (Olfson, 2009, Wierzbicki, 1993), bu durumun farklı çalışmalarda farklı uygulama ve yöntemlerin kullanılması, hastaya ve psikoterapistlere ait çok fazla sayıda değişken olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, devam etmeyen grubunun %78.8'si kadın olmasına rağmen cinsiyet açısından anlamlı bir ilişki bulunamaması (p = 0.47) literatür ile uyumlu bir bulgudur (Martin, 2000; Laaksonen, 2012). Kadınların tedaviyi bırakma eğilimlerinin yüksek olduğunun bilinmesine (Brown ve Kosterlitz, 1964; Cartwright, 1955; Baekeland ve Lundwall, 1975) rağmen literatürdeki diğer çalışmalarda da cinsiyet ile psikoterapide kalım arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Olfson, 2009; Johansson, 2011).

Çalışmamıza dahil olan hastaların yaş ortalamaları 37.9±8.9 olarak bulunmuştur. Bulduğumuz bu değer, psikoterapi arayışında olan / psikoterapiye yönlendirilen 100 hastanın incelendiği bir çalışma ile (36.9±9.3) ile uyumludur (Johansson, 2011). Psikoterapiye uygunluğun değerlendirildiği başka bir çalışmada yaş ortalaması 32.3±6.9 olarak bulunmuştur (Laaksonen, 2012). Çalışmamızda, devam etmeyen hasta grubunun yaş ortalamasının (37.0±8.7), devam edenlere göre (39.2±9.5) düşük olması, literatürdeki daha genç yaşlarda tedaviden ayrılma oranlarının daha fazla olduğunu belirten geniş katılımcı sayılı çalışmalar ile uyumlu bir bulgudur (Baekeland ve Lundwall, 1975; Barrett ve ark., 2008; Olfson, 2009; Wierzbicki, 1993). Yine de, yaş açısından psikoterapide kalımı öngörebilmesi ile ilgili olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamız eğitim süresi açısından incelendiğinde, devam eden grubunun ortalama eğitim süresi 11.9±4.2 yıl, devam etmeyen grubunun ise 13,5±2,4 olarak bulunmuş, fakat anlamlı farklılık gösterilememiştir (p = 0.084). 15 yıldan az olan toplam eğitim süresinin tedaviye devam etmeme oranlarını arttırdığını belirten çalışmalar olsa da (Olfson, 2009); çalışmamızla çelişkili olarak, eğitim süresi yükseldikçe psikoterapiden ayrılma oranlarının düştüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur (Howard, 1996; Nakao, 2001). Bu fark çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki sosyoekonomik farktan kaynaklanıyor olabilir. Literatürde, çalışmamızdaki gibi, eğitim düzeyi ile psikoterapide kalım arasında direkt bir bağlantı gösterilememiş olan çalışmalar da mevcuttur (Piper ve Azim, 1990; Olfson, 2009).

Çalışmaya dahil edilen hasta grupları medeni durum açısından değerlendirildiğinde; devam eden grubunda evli olanların oranı (%60.0) istatiksel olarak daha yüksek saptanmıştır (p=0.02). Bekar, dul veya boşanmış olanların oranı (%81.8) ise devam etmeyen grubunda istatiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu

bulgunun evli olma oranlarının psikoterapiye devam eden hastalarda daha yüksek olduğunu gösteren literatür bilgisiyle uyumlu olduğu görülmüştür (Baekeland ve Lundwall, 1975; Keil, 1982; Johansson, 2011). Bu durumun, evli olan bireylerin nesne ilişkileri düzeylerinde, ilişki sürdürebilme ve bağlanma kapasitelerindeki olası yükseklik sebebiyle terapiye de devam oranlarının yüksek olması şeklinde yorumlanabileceği düşünülmüştür (Baekeland ve Lundwall, 1975). Medeni duruma benzer şekilde, yalnız yaşayan hastaların tamamının devam etmeyen grubunda olduğu, çalışmaya dahil edilen hastaların %90.6'sının yalnız yaşamadığı saptanmıştır ($p = 0.067$). Çalışmamızda saptanan bu oran literatüre göre (%51.2) daha yüksek bulunmuş olup (Laaksonen, 2012), sosyal izolasyonun terapiyi bırakmada güçlü bir öngörücü olduğunu belirten çalışmalar vardır (Baekeland ve Lundwall, 1975). Levison ve Zax (1961) terapiye devam etmeyenlerin daha yüksek oranda bekar olduklarını, evli olsalar bile eşleri ile birlikte yaşamadıklarını belirtmiştir. Goldfried (1969), benzer şekilde, bekar veya boşanmış olma durumunun, Baekeland ve ark. (1973) yalnız yaşamanın terapiyi bırakmayı öngörebileceğini ifade etmiştir. Tüm bu bilgiler ışığında, evliliğin veya yalnız yaşamamanın daha stabil ilişkiler yaşamaya olanak verdiği, kişinin yaşantısında bu yönden bir düzen barındırdığı ve bunun terapötik ilişkiye yansıyabileceği yorumunda bulunulabilir. Literatürde, hastaların çocuk sahibi olma durumu ile ilgili bir bilgiye rastlanmamış olup, çalışmamızda devam eden grubundaki hastaların %55'inin çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Hasta grupları arasında çocuk sahibi olma açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Çalışmaya katılan hastalar ekonomik durum açısından incelendiğinde, 3 gruba ayrılmış (iyi, orta, kötü) ve psikoterapiye devam eden hastaların %70'inin orta gelir düzeyinde olduğu, bu oranın devam etmeyen hasta grubunda %57.6 olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, hasta grupları arasındaki fark bu konuda istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamasına rağmen bulgularımız, düşük ve çok yüksek gelir düzeyindeki hastaların daha çok psikoterapiyi bırakma eğiliminde oldukları literatür bilgisiyle uyumlu bulunmuştur (Garfield, 1986; Hillis ve ark., 1993; Reis ve Brown, 1999; Olfson, 2009).

Çalışmamızda, hastalık başlangıç yaşı, ilk tedaviye başvurulan yaş, toplam hastalık süresi ve toplam tedavi görülen süre açısından hastaların psikoterapiye devam durumları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu literatür ile uyumludur (Gallagher ve Kanter, 1961; Garfield ve Affleck, 1959; Katz ve Solomon,

1958; Rosenthal ve Frank, 1958). Psikoterapiye alınan hastalarda ek psikiyatrik hastalık tanısı olmasının tedaviden ayrılma oranını arttırdığını ifade eden literatür bilgisi ile çelişkili olarak, çalışmamızda her iki hasta grubunda da ek başka bir psikiyatrik hastalığı olanlar çoğunluktadır (Olfson,2009). Bu durumun, çoğunlukla semptom düzeyinde psikiyatrik yakınmaları olan bireylerin hastanemiz Psikoterapi Merkezi'ne yönlendirilmeleri ve çalışmamıza dahil olmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamız geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü açısından incelendiğinde, psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen gruplarının her ikisinde de hastaların çoğunun daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü olduğu görülmüştür. Bu oran devam eden hasta grubunda devam etmeyen hasta grubuna göre, literatürdeki bazı çalışmalar ile uyumlu olarak, daha yüksek bulunmuştur (Bailey ve ark., 1959; Katz ve Solomon, 1958; Olfson, 2009). Fakat, bizim çalışmamızdaki gibi, istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanamamış olan çalışmalar da vardır (Piper, 1993; 1999). Çalışmamız psikiyatrik sebeple hastaneye yatış öyküsü açısından incelendiğinde; hasta grupları arasında anlamlı fark saptanamamış olup, bu bulgu literatür ile uyumludur (Piper, 1999).

Çalışmamız alkol ve madde kullanımı açısından incelendiğinde, psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen grupları arasında anlamlı fark saptanamamıştır. Literatür incelendiğinde alkol kullanımının terapiyi bırakma oranlarını arttırdığı görülmüştür (Straker ve ark., 1967; Baekeland ve Lundwall, 1975; Dubinsky, 1986). Benzer şekilde, madde kullanımı da literatürde terapiyi bırakmaya etki eden faktörler arasında gösterilmiştir (Dubinsky, 1986; Ford ve ark., 1991; Cusky ve ark., 1971; Raynes ve Patch, 1971). Bu çelişkinin, çalışmamıza aktif alkol ve madde kullanımı olan hastaların dahil edilmemesi ve hasta örnekleminin küçük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamız self mutilatif davranış açısından incelendiğinde, self mutilatif davranışları olan bütün hastaların psikoterapiye devam etmeyen grupta yer aldıkları ve devam etmeyen hasta grubundaki bireylerin %27.3'ünde self mutilatif davranışların olduğu görülmüştür ($p=0.01$). Self mutilatif davranışları olan bireylerin psikoterapiye devam etmeme oranlarının yüksek oluşu literatür ile uyumlu bir bulgudur (Gunderson ve ark., 1989; Doering, 2010). Ayrıca, borderline kişilik

örgütlenmesine sahip hastalarda self mutilatif davranışların sıklıkla görüldüğü bilinmektedir (Linehan ve ark, 2006; Bateman ve Fonagy, 1999; 2001; Doering, 2010). Öyle ki, literatürde, bu hasta grubunun psikoterapiden gördüğü faydayı self mutilatif davranış sayısındaki azalma ile ölçen birçok çalışma mevcuttur (Linehan ve ark, 2006; Bateman ve Fonagy, 1999; 2001; Doering, 2010). Bizim çalışmamızda da çalışmaya dahil edilen hastaların %58.5'i borderline örgütlenme göstermektedir. Bu yüksek oran psikoterapiye devam etmeyen hasta grubundaki self mutilatif davranışların varlığını açıklayabilir.

Çalışmamız intihar girişimi öyküsü açısından incelendiğinde, intihar girişimi olmuş olan hastaların, 1'i dışında, hepsinin psikoterapiye devam etmeyen grubunda yer aldığı, terapiye devam edenlerin %95'inde intihar girişimi öyküsü bulunmadığı görülmüştür. İntihar girişimi açısından hasta grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.045$). Self mutilatif davranışlardaki duruma benzer şekilde, intihar girişiminde bulunan hastaların sıklıkla tedaviyi yarıda bırakmaya meyilli oldukları bilgisi literatür ile uyumlu olan beklenen bir bulgudur. (Clarkin ve ark., 2001; 2006; Lieb ve ark, 2004). Sıklıkla intihar girişiminde bulunan hastaların, kimliklerinde bütünlüğün gelişmemiş olduğu, daha ilkel savunmalar kullanan, duygulanım disregülasyonu olan borderline kişilik örgütlenmesine sahip bireyler olduğu ve psikoterapiyi sürdürmekte zorlandıkları çalışmamızda da gösterilmiştir. Ayrıca, borderline kişilik örgütlenmesine sahip hastaların bir diğer temel özelliği olarak bilinen dürtüselliğin de (Links ve ark., 1998) hem self mutilatif davranışlar hem de intihar girişimlerine katkısının olduğu düşünülebilir. Yakın zamanda yapılan bir derlemede borderline kişilik örgütlenmesi olan hastalarda dürtüselliğin artışının hastaların tedaviyi yarıda bırakma oranlarını arttırdığı görülmüştür (Barnicot ve ark., 2010). Hastaların dürtüselliğine yönelik tedavi ile borderline kişilik örgütlenmelerinin olumlu gidişine (daha az self mutilatif davranış, daha az intihar girişimi vb.) katkıda bulunulabileceği literatürde belirtilmiştir (Links ve ark., 1998).

Çalışmamız Beck anksiyete ölçeği puanları açısından incelendiğinde, Beck anksiyete ölçeğinin ortalamasının devam etmeyen hasta grubunda (23.1 ± 15.0) devam eden hasta grubuna göre (14.8 ± 11.7) anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu görülmüştür ($p<0.05$). Çalışmamızda bulduğumuz; anksiyete semptomları yüksek düzeyde olan hastaların, semptomları daha düşük düzeyde olan hastalara göre tedaviyi bırakmaya daha fazla meyilli oldukları sonucu literatür ile uyumlu bir

bulgudur (Baekeland ve Lundwall, 1975). Baekeland ve Lundwall (1975) bu çalışmalarında anksiyete ve depresyon semptomlarının hafif düzeyde olmasının bireyleri tedavi arayışına iten, motivasyon sağlayan ve dolayısıyla tedavide kalımı arttıran bir faktör olduğunu; fakat, bu semptomların düzeyinin çok şiddetli olması durumunda hastaların tedavide kalımlarını zorlaştıran bir faktör haline geldiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda bulunan sonuçlar anksiyete semptomları açısından bu görüş ile paraleldir. Depresif semptomlar açısından ise çalışmamızda, devam etmeyen hasta grubunun Beck depresyon ölçeği ortalaması (24.6±14.9) devam eden hasta grubuna göre (19.7±10.1) yine yüksek bulunmuş fakat bu fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde saptanamamış olup (p=0.20) ortalamalar birbirine yakın bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, semptom şiddeti ile tedavide kalım arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu belirten çalışmaların yanısıra (Baekeland ve Lundwall, 1975), İssakidis (2004) depresif şikayetleri olan hastaların anksiyete şikayetleri olanlara göre tedaviye başlamakta daha çok zorlandıklarını, depresyonu olan hastaların yarıdan çoğunun önerildiği halde psikoterapiye başlamadığını, depresif yakınmaları daha fazla olanların anksiyete yakınmaları olanlara göre daha en başında tedaviyi reddetmeye daha fazla meyilli olduklarını belirtmiştir (Hiler, 1958; Straker ve ark., 1967; Bebbington, 1998; İssakidis, 2004). Çalışmamızda, depresif semptom düzeyi açısından hasta grupları arasında anlamlı fark saptanamamasında sebep olarak; bu literatür bilgisiyle uyumlu olarak, anlamlı farkı yaratabilecek yüksek seviyede depresif semptomları olan hastaların çalışmamıza dahil edilmemiş olabileceği düşünülmüştür. Depresif semptom düzeyleri yüksek olan bu hastalara ayaktan tedavi yerine yatış önerilmiş veya bu hastaların psikoterapiyi daha baştan reddetmiş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamız Scl-90 belirti tarama testi toplam puanları açısından incelendiğine ise, devam eden ve devam etmeyen hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0.20). Literatürde bu konuda fikir birliği sağlanamamış olup hem daha fazla psikiyatrik semptomu olan, hastalık şiddeti daha fazla düzeyde olan hastaların tedaviyi daha fazla oranda bıraktıklarını belirten yayınlar (Baekeland ve Lundwall, 1975) hem de daha az düzeyde ve sayıda psikiyatrik semptomu olan hastaların tedaviyi daha fazla oranda bıraktıklarını, psikiyatrik semptomların şiddetli olmasının hastayı terapide tutan bir faktör olduğunu belirten yayınlar vardır (Turner, 1996; Frank ve ark., 1957; Hiler ve ark., 1958; Lorr ve ark., 1958; Straker ve ark.,

1967; Taulbee, 1958). Bu çalışmada belirti şiddetinin tedavide kalım üzerine etkisiyle ilgili anlamlı farklılık saptanamamış olmasına rağmen devam etmeyen hasta grubunun ortalaması, devam eden hasta grubuna göre yüksektir. Bu konuda örneklem sayısının arttırılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamız kişilik örgütlenmesi açısından incelendiğinde, psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır. Literatürde kişilik örgütlenmesini değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan farklı ölçeklerle yapılan çalışmalarda kişilik örgütlenmesi düzeyinin tedavi sonuçları ile olan ilişkisi çoğunlukla araştırılmış iken, kişilik örgütlenmesini oluşturan komponentlerin tedavide kalımı ne ölçüde etkilediği detaylıca incelenmemiştir. Sadece, son yıllarda yapılan bir çalışmada; psikotik durumlar yaşamaya daha yatkın olan psikotik düzey ve düşük düzey borderline örgütlenmedeki hastaların, diğer seviyedeki hastalara göre tedaviyi bırakmaya üç kat daha fazla meyilli olduğundan bahsedilmiştir (Eurelings-Bontekoe ve ark., 2009). Fakat ErKÖTF'te yer alan alt boyutlar (kimlik bütünlüğünün derecesi, ilkel ve olgun savunmaların ne oranda kullanıldıkları) açısından tedavide kalımın incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yine de mevcut literatür bilgisinden çıkarılabileceği şekilde, ErKÖTF alt boyutlarından kimlik bütünlüğü ve ilkel savunma puanlarının tedaviye devam eden hastalarda daha düşük, olgun savanma puanlarının ise daha yüksek olması beklenmekte iken (Koelen, 2012) çalışmamızda bu yönde anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Buna rağmen çalışmamız ErKÖTF'ün global kişilik örgütlenmesi açısından incelendiğinde; Eurelings-Bontekoe ve ark.'nın (2009) bulgularına benzer şekilde, psikoterapiye devam etmeyen hastaların çoğunun (%66.7'si) borderline örgütlenme düzeyinde, psikoterapiye devam eden hastaların çoğunun (%55'i) ise nevrotik örgütlenme düzeyinde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlılık sınırına yakın bulunmuştur. Bu durum literatürde oldukça ilgi çekmiş bir konu olup sıklıkla araştırılmıştır (Yeomans ve ark., 1994; Barnicot ve ark., 2011). Ayrıca çalışmamızda borderline örgütlenme düzeyine sahip hastaların %71'inin tedaviye devam etmediği görülmüştür. Bu bilgi literatür ile uyumlu olup, farklı çalışmalarda farklı oranlar bildirilmiştir (Skodol ve ark., 1983; Gunderson ve ark., 1989; Budman ve ark., 1996). Borderline örgütlenme düzeyindeki hastaların psikoterapiyi bırakma oranını 3 aylık takip süresi sonunda Skodol ve ark. (1983) %63, 6 aylık bir takip süresi sonunda Gunderson ve ark.

(1989) %67, Martino ve ark. (2012) ise çoğu ilk 2 ayda olmak üzere %51.3 olarak bulmuştur. Çalışmamızdaki takip süresinin 1 yıl olmasının, bulduğumuz oranın literatürdekinden daha yüksek oluşunu açıklayabileceği düşünülmüştür. Yine, psikoterapiye devam durumları açısından borderline kişilik örgütlenmesine sahip kadın hastaların incelendiği bir çalışmada, kişilik bozukluğu olan hastaların 2/3'ünün terapiye devam etmedikleri (Crawford ve ark., 2007), psikoterapiye devam etmeyenlerin kişilik bozukluğu tiplerinin daha karmaşık (A, B, C tipi kişilik kümelerinden birden fazla tipoloji içeriyor) olduğu, kişilik örgütlenme düzeylerinin daha alt düzeyde olduğu bildirilmiş, fakat hangi tip kişilik patolojisinin terapiyi daha yüksek oranda bıraktığına dair bir yorumda bulunulmamıştır (Karterud ve ark., 2003; Webb ve Mcmurran, 2009). Bizim çalışmamızda bu açıdan anlamlı farklılık saptanmış olup; devam etmeyen hasta grubunun çoğunluğunu histerionik (%24.2) ve narsisistik (%21.2) tip oluştururken, devam eden hasta grubunun çoğunluğunu ise bağımlı (%20.0), narsisistik (%20.0), histerik (%15.0) ve depresif-mazohistik (%15.0) tiplerin oluşturduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bu konuda yapılmış yakın zamanlı bir gözden geçirme çalışmasında; borderline, histirionik, bağımlı ve antisosyal kişilik bozukluğu olanların grup terapisini yarıda bırakmaya daha meyilli oldukları, ilginç bir şekilde kaçıngan tipte kişilik bozukluğu olanların ise terapiye daha yüksek oranda devam ettikleri (Ogrodniczuk ve ark., 2008); bağımlı ya da obsesif-kompulsif tipte kişilik bozukluğu olanların daha yüksek oranda uzun süreli psikodinamik yönelimli bireysel psikoterapiye devam ettikleri (Perry ve ark., 2007); narsisistik, histirionik ve antisosyal kişilik bozukluklarının hem destekleyici hem açıklayıcı psikoterapilere daha yüksek oranda devam etmedikleri (Thormahlen ve ark., 2003) belirtilmiştir. Çalışmamızdaki bulgular literatür ile uyumlu olarak bulunmasına rağmen bu konuda farklı sonuçları olan çok sayıda çalışma olması, konunun daha detaylı ve daha fazla hasta sayısı ile incelenmesini gerektirmektedir (Coid ve ark., 2006).

Çalışmamız nesne ilişkileri niteliği açısından incelendiğinde, ErNİNÖ toplam puanı ve alt boyutları (ilkel düzey, araştırıcı düzey, kontrolcü düzey, triangüler düzey, olgun düzey) açısından psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanamamış olup, yalnızca ilkel yüzey açısından fark dikkat çekmektedir. İlkel düzey yüzdelik puanı ortalaması terapiye devam etmeyen hasta grubunda (24.4±14.4) iken devam eden hasta grubunda (19.2±10.3)

olarak bulunmuştur (p=0.169). Nesne ilişkileri niteliğinin ilkel düzeyinde değerlendirilen durağan olmayan duygulanım, gelişmemiş duygu davranış bütünlüğü, boşluk duygusu, yansıtmalı özdeşim, nesnelerin sürekliliğinin olmaması, özsaygıda uygunsuz büyüklük veya küçüklük gibi özellikleri olan bireylerin psikoterapinin esas gerekliliklerinden biri olan terapötik uyumu kuramadıkları veya bunu uzun süre sürdüremedikleri bilinmektedir (Azim ve ark., 1991; Piper ve ark., 1995; Piper ve Duncan, 1999; Constantino ve ark., 2010). Literatürde de bu hastaların psikoterapide olağan düzeydeki früstrasyon, yüzleştirme ve yorumlara karşı fazla kırılgan veya tepkisel oldukları belirtilmiştir (Marmor, 1979; Hoglend ve Piper, 1995; Piper ve Ogrodniczuk, 2004). Tüm bu özellikleri sebebiyle daha düşük düzeyde nesne ilişkileri olan bireylerin psikoterapi çalışmasında kalmakta zorlanabilecekleri literatür bilgisiyle uyumlu olarak, çalışmamızda nesne ilişkilerini ölçmekte kullanılan ErNİNÖ ilkel düzey puanının hastaların terapide kalma durumu hakkında bilgi verebileceği çalışmamız sonuçlarında gösterilmiştir.

Çalışmamız psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastaların özbildirime dayalı ölçeklerinin karşılaştırması açısından incelendiğinde, son yıllarda hem klinik dışı alanda (psikoloji, sosyoloji) hem de diğer psikiyatrik hastalıklarda sıklıkla çalışılmış olan fakat dinamik yönelimli psikoterapi alanında detaylıca araştırılmamış olan üstbiliş kavramı ile ilgili olarak ÜBÖ-30'da anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamızda, ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık alt ölçeği ortalaması psikoterapiye devam etmeyen hastalarda daha düşük (15.9±3.6) iken, devam eden hastalarda daha yüksek (18.3±3.2) saptanmıştır (p=0.019). Bireylerin kendi düşünce süreçlerine odaklanma seviyelerini ölçen bilişsel farkındalık alt ölçeğinde gözlenen bu farklılık, literatürde de hastaların psikoterapiye gösterdikleri uyum ve psikoterapiden faydalanma düzeylerini araştıran çalışmalarda üzerine dikkat çekilmiş bir konudur (Gwilliam ve ark. 2004; Dimaggio ve ark, 2009). Psikoterapiye başvuran hastalardan psikoterapiyi sürdüremeyenlerin çoğunun, kendi zihinlerini ve düşünme süreçlerini yansıtmakta zorlandığı, istek, arzu ve affektlerinden temel alan davranışlarını tespit edebilmekte ve sosyal ilişkileri düzenleme, stresle başa çıkma gibi durumlarda psikolojik bilgilerini kullanmakta zorlandıkları belirtilmiştir (Dimaggio ve ark, 2009; Dimaggio ve ark., 2010). Literatürde, içsel psikolojik durumlarına ulaşmakta kısıtlılık gösteren, diğer bir deyişle, bilişsel farkındalıkları düşük olan bu hastaların; kendi bilişsel süreçlerinin nasıl işlediği ve nelerden

etkilendiğini anlama süreci olarak da yorumlanabilecek olan psikoterapide kalma oranlarının düşük olduğuna işaret eden çok sayıda çalışma mevcuttur (Fonagy ve ark., 2002; Lysaker ve ark., 2010; Dimaggio, 2010; Davis, 2011). Çalışmamızda bulduğumuz sonuç da bu literatür bilgisiyle uyumludur.

Çalışmamızda, hem psikolojik zihinlilik düzeyi ile psikoterapide kalımın ilişkili olduğunu savunan ilk hipotezimizle hem de literatür bilgisi ile paralel bir şekilde, PZDD ilgi alt ölçeği ve toplam puanı ortalamaları psikoterapiye devam eden hastalarda, devam etmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Psikolojik zihinliliğin, psikoterapide kalımın güçlü bir öngörücüsü olduğu bilinmektedir (Appelbaum, 1973). Psikolojik zihinlilik düzeyi düşük olan hastaların psikodinamik yönelimli psikoterapilerin gerektirdiklerine uyum sağlayamadıkları için terapiyi bırakıyor olabilecekleri düşünülmüştür (McCallum, 1992). Çalışmamızda da bu bilgiler ile benzer şekilde, psikoterapiye devam etmeyen hastaların psikolojik zihinlilik düzeyleri psikoterapiye devam eden hastalara göre daha düşük seyretme eğilimi göstermiş, fakat bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumun psikoterapi alan hasta sayımızdaki düşüklüğe bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamız psikoterapiye devam eden hastalarda, psikoterapinin başındaki ve 1 yılın sonundaki Beck anksiyete, Beck depresyon ve SCL-90 psikiyatrik belirti tarama testi toplam puanları açısından incelendiğinde; psikoterapide kalan hastalarda bir yılın sonunda SCL-90 ile ölçülen psikiyatrik belirtilerinde anlamlı azalma saptanmıştır ($p=0.001$). Beck anksiyete ve Beck depresyon ölçek puanlarında ise azalma eğilimi saptanmış ($p>0,05$), Beck depresyon ölçeği için bu fark anlamlılık sınırına yakın olarak bulunmuştur ($p=0.086$). Hastaların dinamik yönelimli psikoterapiden gördükleri klinik fayda literatürde hem kontrol grubunun kullanıldığı hem de farklı psikoterapi modaliteleri ile kıyaslamaların yapıldığı bir çok çalışma ile gösterilmiştir (Piper ve ark., 1990; Linehan ve ark., 1993; Shapiro, 1994; Martin, 2000), 19 kişilik borderline kişilik örgütlenmesine sahip hasta grubu ve 19 kişilik tedavisine henüz başlanmamış kontrol grubu ile yapılan 18 ay takip süreli bir çalışmada, psikoterapinin 6.ayından itibaren hastaların SCL-90 puanlarında, 9.ayından itibaren ise Beck depresyon puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı azalma saptamıştır. Bu çalışmada ayrıca pozitif olan semptomların hem sayı hem şiddetinde azalma olduğu, hatta bu azalmanın terapi sonlandıktan sonra da sürdüğü

belirtilmiştir (Bateman ve Fonagy, 1999). Piper ve Azim (1990), psikiyatrik belirti ve şikayetlerdeki bu azalmayı hastaların başlangıç nesne ilişkileri niteliğine bağlayarak göstermiştir. Yine, Piper ve ark., (1998) daha sonra yaptıkları başka bir çalışmada bu iyileşmeyi hastaların kişilik örgütlenmesine bağlayarak göstermiş, anksiyete ve depresyon belirtilerinde azalma saptamış fakat genel psikiyatrik semptomlarda azalma saptayamamıştır. Çalışmamızda da tüm bu literatür bilgisiyle uyumlu olarak psikoterapinin hastaların psikiyatrik belirtileri üzerine olan olumlu yöndeki etkisi gösterilmiştir.

Çalışmamız psikoterapiye devam eden hastalarda ErKÖTF ile ölçülen kişilik örgütlenmeleri açısından psikoterapinin başındaki ve bir yılın sonundaki kimlik bütünlüğü, ilkel savunmalar ve olgun savunmalar toplam puanları incelendiğinde; psikoterapide kalan hastaların bir yılın sonunda anlamlı düzeyde daha az ilkel savunmalar kullanan, daha bütüncül kimlikli ve daha fazla olgun savunmalar kullanan bireyler haline geldikleri saptanmıştır ($p<0.05$). Literatüre bakıldığında, bireylerin kişilik örgütlenmesini değerlendirmek üzere birçok araştırmacı tarafından birçok farklı aracın geliştirildiği görülmektedir (Koelen, 2012). Çalışmalarda bu amaçla farklı ölçeklerin kullanılmasına rağmen bulunan sonuçlar benzerdir. Piper ve ark. (1998) psikoterapi ile hastaların kullandıkları olgun savunmaların arttığını göstermişlerdir. Piper (2001) ayrıca, kişilik örgütlenmesi bileşenlerinin psikoterapi ile artmasının yanısıra, psikoterapide kullanılan müdaheleler açısından (yorumlayıcı/destekleyici) kişilik örgütlenmesi ve savunma mekanizmalarının önemini vurgulamıştır. Bir yıl süreli psikoterapi ile hastaların takip edildiği başka çalışmalarda kimlik bütünlüğü gelişmemiş, daha çok ilkel savunmalar kullanan kişilik örgütlenme düzeyi düşük olan hastaların tedaviden gördükleri fayda gösterilmiştir (Beutel ve ark., 2005; Vermote ve ark., 2009). Bizim çalışmamız da, tüm bu literatür bilgisine paralel olarak psikodinamik yönelimli psikoterapi ile hastaların kimlik bütünlüğünde ve kullandıkları olgun savunmalarda anlamlı bir artış, ilkel savunmalarında ise anlamlı bir azalış gösterilmiştir (sırasıyla; $p=0.020$, $p=0.025$, $p<0.01$)

Çalışmamız psikoterapiye devam eden hastaların ErNİNÖ ile ölçülen nesne ilişkileri niteliği düzeylerinin toplam puanları açısından incelendiğinde; bir yıl süren dinamik yönelimli psikoterapi sonunda ilkel düzey yüzdelik puan ortalamalarının psikoterapinin başındaki ortalamalarına göre anlamlı derecede düşük olduğu

($p<0.01$), olgun düzey yüzdelik puan ve ErNİNÖ toplam puan ortalamalarının ise psikoterapinin başındaki ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0.02$, $p=0.01$) görülmektedir. Çalışmamızdaki bu bulgu literatür ile uyumludur. Literatürde, geleneksel olarak psikodinamik formülasyonun bir parçasını oluşturan, bireyin intrapsişik ve kişilerarası ilişki özelliklerini saptamaya çalışan nesne ilişkileri niteliğini araştırmak için birçok farklı araştırmacı tarafından geliştirilen birçok farklı ölçek yer almaktadır (Luborsky ve Crits-Christoph, 1988; Horowitz, 1993; Silberschatz ve ark., 1989; Perry ve ark., 1987). Hem bu farklı ölçeklerle yapılan çalışmalarda hem de daha basit puanlama sistemine sahip oluşuyla diğerleri arasından sıyrılan NİNÖ ile yapılan çalışmalarda ortak olarak; bireyin nesne ilişkileri niteliğinin psikoterapiden göreceği fayda hakkında öngörücü olduğu ve hem uzun hem kısa süreli psikodinamik psikoterapiler ile bireylerin ilişki paternlerinde ve dolayısıyla nesne ilişkileri niteliği puanlarında olumlu yönde artış saptandığı, psikoterapi ilişkisinde kurulan terapötik işbirliği ve aktarım ilişkisi sayesinde daha az ilkel özellikler taşıyan daha olgun düzeye yakın ilişkiler kurulabildiği, hastaların daha yüksek düzeyde nesne ilişkileri niteliği geliştikçe aktarım ile ilgili yorumlara daha iyi yanıtlı hale geldikleri ve geri dönüşümlü olarak da sonuçta; psikodinamik yönelimli psikoterapinin, hem terapi süresi boyunca hem de terapi sonrası takiplerde hastaların nesne ilişkileri niteliği düzeyini arttırmakta etkili olduğu belirtilmiştir (Horowitz ve ark., 1984; Piper ve ark., 1985; 1991; Piper ve Duncan, 1999; Huprich, 2003; Lindfors, 2014). Bizim çalışmamızla paralel olan bu bilgilere ek olarak, kullanılan psikoterapi tekniği ve süresinin de hastaların nesne ilişkileri niteliği ile ilgili olarak terapiden gördükleri faydayı ve NİNÖ puanlarındaki farkı değiştirebileceğinden de bahsedilmiştir. Hoglend ve ark. (1993; 2008) daha düşük düzeyli nesne ilişkileri niteliği olan hastaların kısa süreli çözüm odaklı psikoterapiden faydalanamadıkları, hem kısa hem uzun süreli psikodinamik yönelimli psikoterapide ise düşük ya da yüksek düzey nesne ilişkileri niteliğine sahip olma açısından böyle bir etki saptanmadığı, her iki düzeye de benzer oranda olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir (Hagtvet ve Hoglend, 2008). Bizim çalışmamız, bir yıl süre ile sınırlandırılmış olup, toplam hasta sayısının azlığından dolayı psikoterapide geçen süre farklılığı açısından hasta grupları incelenememiştir. Fakat, literatür ile uyumlu olarak, psikodinamik yönelimli psikoterapinin hastaların nesne ilişkileri niteliği ilkel düzey, olgun düzey ve toplam puanını olumlu yönde etkilediği istatistiksel olarak gösterilmiştir.

Çalışmamız psikoterapiye devam eden hastaların psikolojik zihinlilik düzeylerini ölçen PZDD alt boyut ve toplam puanları açısından incelendiğinde; bir yıl süren dinamik yönelimli psikoterapi sonunda PZDD'nin hem alt boyut (ilgi ve içgörü) hem de toplam puanlarında artma eğilimi olduğu saptanmıştır. Psikolojik zihinliliği yüksek olan bireylerin psikoterapide kalma oranlarının daha fazla olduğu literatür bilgisiyle uyumlu olarak (McCallum, 1992; Conte, 1990), psikoterapiye devam eden hastalar incelendiğinde de psikolojik zihinlilikleri yüksek olan bu hastaların terapiden daha fazla fayda görmeleri, terapi sayesinde edindikleri kendi duygu, düşünce ve davranışlarına yönelik farkındalıklarının ve içgörülerinin artması sonucunda psikolojik zihinlilik düzeylerinin artması beklenen bir bulgudur (McCallum, 2003; Giromini, 2015). Çalışmamızda, psikolojik zihinlilik düzeylerindeki artışın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde saptanamamış olmasının örneklem sayısının azlığına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, psikoterapide kalım üzerine etkili olduğunu düşündüğümüz faktörler ile psikolojik zihinliliğin ne ölçüde ilişkili olduğunu araştırmak istedik. Daha önce üzerinde pek durulmamış olan bu konuyu psikolojik zihinlilik açısından ele aldığımızda, üstbiliş ölçeği puanları ile PZDD puanları arasında ters yönde bir ilişki olduğunu savunan hipotezimizle parelel bir şekilde, ÜBÖ-30 toplam puanı ve 'kontrol edilmezlik ve tehlike' alt boyutu ile PZDD içgörü alt boyutu arasında ve ÜBÖ-30 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutu ile PZDD toplam puanı ve 'içgörü' alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatüre baktığımızda psikolojik zihinliliğin bilişsel bir süreç olarak değerlendirildiği çalışmalara rastlanmaktadır (Beitel, Ferrer, ve Cecero, 2004). Benzer şekilde Grant (2001), psikolojik zihinliliği üstbilişin bir formu olarak tanımlamış ve "bireyin kendisinin ya da diğerlerinin nasıl ve neden o şekilde davrandığını, düşündüğünü ve hissettiğini sorgulamaya dönük duygusal ve zihinsel bir yatkınlık" olduğunu belirtmiştir. Bu yönüyle, psikolojik zihinliliğin içgörü bileşenini oluşturan; bireyin kendi duygu, davranış ve düşüncelerine dair farkındalıklarının artmasının, bireyin kendi zihinsel süreçlerine dair üstbilişlerini de arttırdığı söylenebilir. Fakat, bu üstbilişler patolojik düzeyde arttığında bireyde endişelere, endişe etmezse işlerin yolunda gitmeyeceği ve bu endişeleri kontrol etmezse zarar verici sonuçları olacağı inancına, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançlara dönüşüyor ve bunları kontrol altına alma ihtiyacı

doğuruyor olabilir. Patolojik düzeyde artmış üstbilişsel faaliyetin anksiyöz ve depresif belirtilerine sebep olduğu ya da arttırdığı literatürde de gösterilmiştir (Hjemdal ve ark., 2013; Halvorsen ve ark., 2015). Tüm bu bilgiler ışığında, bireyin, düşünceleri kontrol ihtiyacı ile kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutlarından yüksek puan almasına sebep olan üstbilişsel yetersizliğinin, bireyin psikoterapi sürecinde işlevsel bir şekilde devam eden içgörü ve sonuç olarak zihinliliğindeki artış üzerine olumsuz bir etkisi olduğu düşünülebilir. Literatürde de, üstbilişin öz farkındalığı içerdiğini söyleyerek, bu alanda meydana gelebilecek yetersizliklerin, öz farkındalığın bir bileşeni olan içgörünün düşük olması ile sonuçlanacağını ileri süren bir çalışma vardır (Torres ve ark., 2016). Çalışmamızın bulguları bu iki kavram arasındaki negatif yöndeki ilişkililik açısından literatür ile uyumludur. Psikoterapinin hedeflerinden birinin, bireyin psikolojik zihinliliğini arttırmak, kazılan içgörü ile birlikte bireyin kendi bilişlerine olan güvenini arttırmak, endişelenmenin kendisine fayda sağlamadığı, bu nedenle de düşüncelerini kontrol etme ihtiyacının azalabileceğini göstermek ve bu negatif yöndeki ilişkililiği değiştirmek olması gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızın bir diğer amacı, psikoterapiye alınan hastaların, içe bakış ve içgörü durumlarının psikolojik zihinlilik düzeyi (PZDD) ile ilişkisi olup olmadığını ortaya koymaktı. Ulaştığımız sonuçlara göre, içe bakış ve içgörü ölçeğinin toplam puanı ve içgörü alt boyutu ile psikolojik zihinliliğe ait toplam puan ve içgörü alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişkililik bulunmuştur. İçgörü ve içe bakış ölçeği puanları ile PZDD puanları arasında pozitif yönden bir ilişki olduğunu savunan hipotezimizle ve literatür ile paralel bir şekilde, hastalardaki psikolojik zihinlilik düzeyindeki artışın içgörü düzeyini de arttıracağı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında psikolojik zihinliliğin; içgörü, içe bakış, öz farkındalık, kendini gözleme yetisi, özbilinç ve kendine odaklanma gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir (McCallum ve Piper, 1996). Nyklicek ve Denollet ise (2009), konuya getirdikleri en son tanımlamalarında psikolojik zihinliliği, bireyin psikolojik durumu ve içsel süreçlerinin farkında olmasına dönük bir ilgi ve yetenek olarak açıklamış ve bunların farkında olmaya dair yeteneğinin, yani psikolojik zihinliliğinin, içgörü ile sonuçlanacağını ileri sürmüşlerdir. Bu tanımlamaya göre, içe bakış ve içgörü ölçeğinde yer alan içgörü kavramı ile psikolojik zihinliliği oluşturan içgörü bileşeni birbirini etkileyen ve benzer iki kavramdır. Her iki ölçeğin içgörü alt ölçekleri

incelendiğinde de benzer maddelerin oluşu, ikisinin de kişinin kendisi hakkındaki farkındalığını, kendi bilgisini, duygularını, değerlerini, ihtiyaçlarını ve kendisi ile diğerleri hakkındaki yorumlarını, anlayışını kapsayan içgörü kavramını ölçüyor oluşu çalışmamızdaki bulguyu destekler niteliktedir.

Çalışmamız, psikoterapide kalım üzerine etkili olduğunu düşündüğümüz faktörlerden hastaların psikiyatrik belirtilerinin düzeyi ile psikolojik zihinliliklerinin ne ölçüde ilişkili olduğunu araştırmak üzere incelendiğinde; psikiyatrik belirti ölçek puanları ile PZDD puanları arasında ters yönde bir ilişki olduğunu savunan hipotezimizle paralel bir şekilde, Beck depresyon ve Scl-90 puanlarındaki artışın psikolojik zihinlilikte hem içgörü alt boyutunda hem de toplam puanında azalış ile orta düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatürde psikoterapinin sonuçlarını incelemek amacıyla hastaların psikolojik zihinlilik düzeyi ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişki sıklıkla incelenmiş (Kernberg ve ark., 1972; McCallum ve Piper, 1990; 1996; Piper, Joyce ve Azim, 2015) ve özellikle son zamanlarda yapılan araştırmalarda psikolojik zihinliliğin, psikiyatrik semptomlar ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Lumley ve ark., 1996; Subic-Wrana ve ark., 2005; Giromini ve ark., 2015). Çalışmamızda da, literatür ile uyumlu olarak, daha yüksek psikolojik zihinliliğe sahip hastaların daha az psikiyatrik belirtileri olduğu görülmüştür. Ayrıca, daha önce bahsi geçen bulgularımız arasında yer alan, psikiyatrik belirti ölçeklerinden Scl-90 ve Beck depresyon puanlarının psikoterapi ile anlamlı azalma gösteriyor oluşu ve psikoterapi sonucunda hastaların psikolojik zihinliliklerinde artış eğilimi görülüyor olmasının da bu bulgumuz ile uyumlu olduğu düşünülmüştür. Literatürde, bireylerin içgörü kazanımına odaklanan dinamik yönelimli psikoterapilerde hastaların daha az psikiyatrik belirtili hale gelmeleri ile tanımlanan daha iyi tedavi sonuçlarının, hastaların başlangıçtaki psikolojik zihinlilik düzeyleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da düşünüldüğünde (Piper ve ark., 1984; McCallum ve Piper, 1996), zihinlilik düzeyi düşük hastaların kendi duygu, düşünce ve davranışlarını yönlendiren sebepleri tanımlayabilme yetenekleri ve bu anlamlandırma çabasında ilgili ve istekli olma durumunu yerine getiremeyen, intrapsişik durumlarını psikiyatrik belirtileri yoluyla ifade etmeye meyilli kişiler oldukları söylenebilir.

Psikolojik zihinlilik ile kişilik örgütlenmesi arasındaki ilişki incelendiğinde, PZDD'nin içgörü alt ölçeği ve toplam puanı ile ErKÖTF'ün olgun savunmalar puanı

arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. PZDD ile ErKÖTF'ün kimlik bütünlüğü arasında pozitif, ilkel savunmaları arasında negatif fakat zayıf düzeyde anlamlı ilişkililik bulunmuştur. Literatürde, ölçeklerin geliştirildiği halleriyle, BIPM ile PODF arasındaki ilişkinin incelendiği bir yanına rastlanmamış olup; hastaların kişilik örgütlenmesi düzeylerinin psikoterapideki değişimi ve bunu etkileyen psikolojik zihinliliğe benzer faktörler ise sıklıkla araştırılmıştır (Cook ve ark., 1995; Ford ve ark., 1997; Piper ve ark., 1998; Vermote ve ark., 2009). Kişinin kendiliğine ve diğerlerine dair tutum, duruş ve davranışlarının nasıl belirlendiği, kişilerarası davranışlarını belirleyen intrapsişik süreçlerin nasıl işlediğinin araştırıldığı bir çalışmada, kısa süreli dinamik yönelimli psikoterapi ile gerçekleşen intrapsişik değişim ile kişilik örgütlenmesi arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Alpher, Henry ve Strupp, 1990). Bu intrapsişik değişimin oluşmasında gerekli olan etmenler ile psikolojik zihinliliği oluşturan "bireyin psikolojik durumu ve içsel süreçlerinin farkına varmaya dair yeteneği" (içgörü) ve "bireyin kendini anlaması, davranış ve motivasyonlarını araştırmaya dair merakı" (ilgi) kavramlarının ilişkili olduğu düşünülebilir. Çok yakın zamanda yapılmış başka bir çalışmada ise, bireylerin kendi psikolojik durumlarını yansıtabilme fonksiyonları ile kişilik örgütlenmesi düzeylerinin ilişkisi araştırılmış (Nazzaro, 2017), daha düşük düzeydeki kişilik örgütlenmesinin daha az içsel durumlarını yansıtabilme yeteneği ile sonuçlandığı görülmüştür. Temel insani psikolojik işlevselliğin bir fonksiyonu olarak görülen ve altta yatan zihinsel durum ve amaçlar ışığında davranışı anlamaya yönelik bir kapasite olan yansıtabilme yeteneğinin (Fonagi ve ark., 1991), psikolojik zihinlilik ile mentalizasyon temelinde benzerlik gösterdiği düşünülebilir. Çalışmamızda bulduğumuz, daha az ilkel savunmalar kullanan, daha bütünleşmiş kimlikli ve daha çok olgun savunmalar kullanan hastaların daha yüksek düzeyde psikolojik zihinli oldukları sonucu, bu açıdan literatür ile uyumludur. Bunlara ek olarak, olgun savunmalardaki artış ile diğerlerinin düşünce ve duygularını anlamadaki esnekliğin arttığı, kişinin kendisi ve diğerlerinin intrapsişik durumlarına dair sahip olduğu yapısal içselleştirilmiş modeli daha iyi tanımlayabilip, kendi farkındalığına dair artmış içgörüsü ve artmış zihinliliğiyle psikoterapiden daha fazla faydalanabilir hale geldiğini savunan çalışmaların da sayısı oldukça fazladır (Cook ve ark., 1995; Piper ve ark., 1998; Joyce ve ark., 2007; Beutel ve ark., 2005; Koelen, 2012).

Psikolojik zihinlilik ile nesne ilişkileri niteliği arasındaki ilişki incelendiğinde, PZDD toplam ve alt ölçekleri ile ErNİNÖ toplam ve alt boyutları arasında orta düzey güçte anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bulunan ilişkilerin hepsi zayıf düzeyde olup, ErNİNÖ'nün ilkel düzeyi ile PZDD içgörü alt ölçeği ve toplam puanı arasında negatif yönde, araştırıcı düzey ile içgörü arasında negatif yönde, üçgen" düzey ile içgörü arasında pozitif yönde ve ErNİNÖ toplam puanı ile PZDD içgörü alt ölçeği ve toplam puanı arasında pozitif yönde ilişkililik saptanmıştır. Bu konudaki literatür incelendiğinde, tedavi sonuçlarını öngörmeye yönelik yapılan birçok araştırmada nesne ilişkileri niteliği ile psikolojik zihinliliğin ayrı ayrı öne çıktığı görülmektedir (Piper ve ark., 1985; 1991; 1996; Piper ve Duncan, 1999; Huprich, 2003; McCallum, 2003; Giromini, 2015). Hastaların psikoterapiden faydalanma düzeyleri ile bu derece sıkı ilişki içerisinde olan iki ayrı kavramın birbiri ile de ilişkililik göstermesi beklenen bir bulgudur (Piper ve ark., 1991). Psikoanalitik teoride gelişimsel olarak düzenlenmiş intrapsişik ve duygusal olarak önemli ilişki deneyimlerini, içselleştirmiş kendilik ve nesne temsillerini içeren dinamik psikolojik yapılara dayanan nesne ilişkileri (Greenberg, 1983), kişinin bakım veren ve diğerleriyle erken dönem ilişkilerine bağlı olarak gelişir. Nesne ilişkileri niteliğinin; içerdiği temsillerin öznel olmasıyla, içsel temsil dünyası ile çeşitli kendilik ve nesne temsillerinin niteliklerini ve bunların dinamik ve afektif etkileşimlerini kapsamasıyla (Mitchell ve Black, 2012) ve sonuç olarak bireyin diğerleriyle etkileşiminin nasıl olacağını büyük ölçüde belirliyor oluşu (Huprich ve ark, 2017) ile; psikodinamik düşünme biçiminden köken alan, bireyin, kendisi ve diğerlerinin davranış ve hislerinin altında yatan intrapsişik bileşenleri tanımlayabilme, bunları kişinin yaşadığı zorluklar çerçevesinde ilişkilendirebilme (McCallum ve Piper, 1990; Piper ve ark., 1994), bu farkına vardığı bilişleri hakkında düşünebilme (Appelbaum, 1973) ve bu hem bilişsel hem duygusal yeteneklerinin üzerine kurulu karmaşık kapasitesi aracılığıyla kendilik ve dış dünya ile olan ilişkisine yön verici işlevi olan (Hatcher ve hatcher, 1997) psikolojik zihinlilik kavramı ile ilişkili özellikler taşıdığı düşünülmektedir (Conte ve ark., 1995). Literatürde de, insan ilişkilerinde daha uyum sağlayıcı, kabullenici, ilişkide eşitlikçi, empatik, açık, girişken, dışa dönük, daha az negativist tutumları olan, inkar, bölme ve yansıtma gibi ilkel savunmaları daha az kullanan, benlik saygısını dış desteklerden bağımsız olarak sürdürebilen daha olgun düzeye yakın kişilerin psikolojik zihinlilik düzeylerinin daha yüksek olduğunu, bu kişilerin yaşamın güçlükleri ile baş edebilme güçlerinin daha fazla olduğunu belirten

çok sayıda çalışma vardır (Conte ve ark., 1995; Beitel ve Cecero, 2003; Nyklicek ve Poot, 2010). Tüm bu bilgiler ışığında, nesne ilişkileri niteliği düzeyinde ilkelden olgun düzeye doğru gidildiğinde, bireylerin psikolojik zihinlilik düzeylerinde artış olması, hem literatür hem de bu konudaki hipotezimiz ile uyumlu olarak, çalışmamızda saptadığımız bir bulgudur. Bu ilişkinin zayıf düzeyde bulunmasının hasta sayımızın azlığından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızın amaçları arasında, daha önce incelenmemiş olan ve klinik uygulamaya büyük katkısı olacağını düşündüğümüz, dinamik yönelimli psikoterapi sonucunda bireylerin hem kişilik ölçeklerinde hem de klinik belirti ölçeklerindeki yüksek iyileşme/düzelme miktarlarının, bireylerin başlangıçtaki yüksek psikolojik zihinlilik düzeyleri ile ilişkili olup olmadığını ortaya koymak bulunmakta idi. Bu ilişkiyi araştırmak için, psikoterapinin dolaylı etkisini de gösteren, ölçeklerin psikoterapi sonrası ile öncesi arasındaki fark değerleri alınarak istatistiksel incelemeler yapılmıştır. Ulaştığımız sonuçlara göre, ÜBÖ-30'un bilişsel güven alt boyutundaki fark ile psikolojik zihinliliğe ait toplam puan ve ilgi alt boyutu arasında, ÜBÖ-30'un toplam puanındaki fark ile psikolojik zihinliliğe ait ilgi alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ÜBÖ-30 puanlarındaki psikoterapi sonrası ve öncesi arasındaki farkın fazla olmasının, yani başlangıçtaki üstbilişleri patolojik düzeyde fazla olan ve/veya psikoterapiden gördüğü fayda az olan bireylerin psikolojik zihinlilik düzeylerinin de az olması ile anlamlı ilişkili olduğu bulgusu literatürde de, bu açıdan çalışılmamış olmasına rağmen, üzerine dikkat çekilmiş bir noktadır (Giromini ve ark., 2015). PZDD'nin psikometrik olarak geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu belirten bir çalışmada; PZDD, zihinsellik, duygusal zeka, öz farkındalık, aleksitimi ve duyguların düzenlenmesindeki zorluklar ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (Beitel ve ark., 2005; Giromini ve ark., 2015). Bu açıdan bakıldığında, psikolojik anlamda güçlülüğün ve dayanıklılığın bir göstergesi olarak da kabul edilen psikolojik zihinlilik kavramının, kişinin kendi biliş ve bunlar hakkındaki üstbilişlerine olan güvenine zemin hazırlayan bir yapı olduğu düşünülebilir (Conte ve ark., 1996; Grant, 2001). Bireyin, kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgili olan bilişsel güven alt boyutunun (Wells, 2004) puanının artması; bireyin kendini anlaması, davranış ve motivasyonlarını araştırmaya dair merakının (ilgi alt boyutu) azalmasına yol açıyor olabilir. Benzer şekilde, kendi üstbilişsel süreçlerine ve bellek

ve dikkat yeteneklerine güvenleri olmayan hastaların, psikoterapiden de faydalanımlarının beklenen ölçüde olmadığı, psikoterapi ile bilişsel güven puanlarında anlamlı bir değişiklik olmadığı çalışmamızda da saptanan bir bulgudur. Buradan da hareketle, son yıllardaki yayınlarda bireylerin üstbilişsel süreçlerini de kullanmalarını gerektiren içgörü odaklı psikoterapilerde başarılı tedavi sonuçlarının bir ön şartı olarak değerlendirilen psikolojik zihinliliğin, ÜBÖ-30 değerlerindeki fark ile negatif yönde ilişkili olması literatür ile uyumlu bir bulgudur.

Çalışmamızın sonuçları, psikolojik zihinlilik düzeyleri ile içgörü ve içe bakış ölçeğinde psikoterapi sonucunda görülen fark değerleri arasındaki ilişki açısından incelendiğinde, İBİÖ'nün toplam puanlarındaki ve içe bakış alt boyut puanlarındaki fark ile PZDD'nin toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. İBİÖ toplam ve içe bakış alt boyut puanlarındaki psikoterapi sonrası ve öncesi arasındaki farkın az olmasının, bireyin psikolojik zihinlilik düzeyindeki artış ile sonuçlanıyor olması; çalışmamızda daha önce bahsedilen bulgular ve literatür ile uyumlu olan içgörü ve içe bakış puanlarının psikolojik zihinlilik puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu bilgisi de göz önüne alındığında (Abramowitz ve Abramowitz, 1974; McCallum ve Piper, 1996; Grant, 2001; Nyklicek ve Denollet, 2009), psikolojik zihinliliği yüksek hastalarda 1 yıllık dinamik yönelimli psikoterapinin hastaların içgörü ve içe bakış puanlarını arttırmaya yeterli olmayarak psikoterapi ile elde edilen farkın az olması ile açıklanabilir. Psikoterapinin sonuçları ile psikolojik zihinlilik arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, başarılı tedavi sonuçları ile psikolojik zihinlilik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış ve bunun sebebinin psikoterapi süresinin yetersizliğinden kaynaklanıyor olabileceğinden bahsedilmesine karşın (McCallum ve Piper, 1990), bu açıdan içgörü ve içe bakış hakkında yorum yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda literatür bilgisi yetersiz olup, daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın sonuçları arasında bir diğer dikkat çekici bulgu ise; psikolojik zihinlilik düzeyleri ile kişilik örgütlenmesinin boyutlarının psikoterapi sonucunda görülen fark değerleri arasındaki ilişki açısından incelendiğinde, kimlik bütünlüğü puanlarındaki fark ile PZDD'nin içgörü alt ölçek puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmasıdır. Kimlik bütünlüğünde psikoterapi sonrası ve öncesi arasındaki farkın, bireyin psikolojik zihinliliğe ait içgörü düzeyi ile aynı yönde artıyor ya da azalıyor olması; çalışmamızda daha önce bahsedilen PZDD'nin

toplam ve alt boyutları ile ErKÖTF'ün alt boyutları arasında saptanan orta düzeydeki anlamlı ilişkililik de göz önüne alındığında, çalışmamızda beklenen bir bulgudur. Psikolojik zihinliliğin hastaların psikoterapiyi devam ettirmesindeki pozitif etkisi (McCallum, 1992; Reis ve Brown, 1999), psikiyatrik semptomlardaki azalma şeklinde kendini gösteren psikoterapi sonucundaki başarılı sonuçlar ile olan anlamlı ilişkililiği (Conte ve ark., 1990; 1996; Piper ve ark. 1994; McCallum ve ark., 2003) daha önce de birçok çalışma ile gösterilmiştir. Bunların yanında, otonom işlevsellik, ego gücü ve kimlik bütünlüğü ile de ilişkili olduğu, sadece psikoterapiye alınan klinik popülasyonda değil sağlıklı bireylerde de bu açılardan bireylerin psikolojik sağlıklarına katkısı olduğu belirtilmiştir (Conte ve ark., 1995; McCallum & Piper, 1990; Taylor ve ark., 1989; Nyclicek ve Poot, 2010). Erken yaşantıların etkisi ile oluşan dinamik bir yapı olarak tanımlanan ve psikolojik sağlıklılıkta anahtar rol oynadığı düşünülen başka bir kavram olan kişilik örgütlenmesi (Kernberg, 1996; Caligor ve ark., 2007) ise kişiliğin doğasına ve ruhsallığın işleyişine ilişkin güncel akademik tartışmalarda ilgi çeken bir konu olmuştur (Gamache, 2009). Erken çocukluk döneminde önemli öteki ile ikili ilişkide temeli atılan ve sonrasında kişinin hayatı boyunca hem kendisiyle hem de diğerleriyle kurduğu ilişki kalıplarında kendini belli eden kimlik bütünlüğü kavramının; bireyin kendilik algısı, nesne algısı, bunların iyi ve kötü temsillerinin ne derecede bütünleşmiş olup olmadığı, bireyin kendi duyguları ile davranışları arasındaki bağlılığı ne derece kurabildiği ve bunu nasıl yansıttığı, empati ile başkalarının duygu ve davranışlarını ne derecede anlayabildiğini içermesi bakımından bireyin içsel psikolojik süreçlerine dair entelektüel ve duygusal farkındalığını içeren psikolojik zihinlilik kavramı ve içgörü alt boyutu ile örtüşen noktalarının olduğu öne sürülebilir. Bu yakınlık Conte ve ark. tarafından (1995) da psikolojik zihinliliğin ego'nun bir fonksiyonu olduğu söylenerek belirtilmiştir. Bütün bu bilgilerden hareketle, bir kapasite veya yetenek olarak da değerlendirilen psikolojik zihinliliğin (Baekeland ve Lundwall, 1975; Hatcher ve Hatcher, 1997) düzeyinin yüksek olmasının, kimlik bütünlüğü çok fazla gelişmemiş olan bireylerde, psikolojik zihinliliği daha düşük olanlara göre psikoterapiden daha fazla faydalanarak kimlik bütünlüklerinin düzeyini arttırmada daha avantajlı oldukları yorumu yapılabilir. Benzer şekilde, çalışmamızın bu sonucu, psikolojik zihinliliği az olan bireylerin, psikoterapiden gördükleri faydanın da az olması sonucu kişilik örgütlenmelerini, özellikle de kimlik bütünlülüklerini, beklenen düzeyde arttıramamaları ve sonuçta kimlik bütünlüğü fark puanlarının da az olması

şeklinde açıklanabilir. Literatürde, bu ilişkinin daha fazla irdelenmesine ihtiyaç vardır.

Psikoterapide kalım üzerine birçok faktörün etki ettiği bilindiği üzere, çalışmamızda sosyodemografik değişkenler, üstbiliş, psikolojik zihinlilik ve içe bakış ve içgörü, klinik belirti ölçekleri ve kişilik ölçeklerinden hangisi veya hangilerinin psikoterapide kalımı ne oranda öngördüğünü saptayabilmek için lojistik bir regresyon modeli kuruldu. Bu modelde, univariate modelde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlere multivariate stepwise backward modeli kullanılarak lojistik regresyon uygulandı ve en küçük anlamlı model oluşturulmaya çalışıldı ($p<0.1$). Bu uygulama sonucunda, en küçük modelin 8 değişkenden (hastalık süresi, self mutilasyon, Beck anksiyete, ErKÖTF ilkel ve olgun savunmalar, ÜBÖ bilişsel farkındalık, ÜBÖ düşünceleri kontrol ve PZDD içgörü) oluştuğu görüldü. Böylece, çalışmamızda bu 8 değişkenin birbirinden bağımsız bir şekilde psikoterapide kalımı öngörebildikleri saptanmıştır.

Psikoterapide kalımı öngörebilecek değişkenleri saptamak amacıyla kurduğumuz modele uyguladığımız lojistik regresyon analizi sonrası istatistiksel olarak anlamlı bulunanlar arasında yer alan toplam hastalık süresine dair çalışmamızda yaptığımız incelemede; toplam hastalık süresindeki artışın hastalarda psikoterapiye devam etme yönünde bir eğilim oluşturduğu görülmüştür ($p=0.190$). Literatürde toplam hastalık süresi ile psikoterapide kalımın birlikte değerlendirildiği benzer bir çalışmaya rastlanmamakla beraber bu eğilimin toplam hastalık süresi arttıkça bireylerin tedavi arayışına girmeleri ve iyileşme yönündeki motivasyonları sayesinde psikoterapiyi sürdürmeleri ile açıklanabileceği düşünülmüştür. Anlamlı bulunan değişkenler arasında yer alan self mutilasyon öyküsünün varlığı, hem literatür hem de çalışmamızın sonuçlarıyla paralel bir şekilde psikoterapide kalımı öngörebilmektedir. Self mutilatif davranışları olan hastaların psikoterapiye devam etme olasılığının azalması ve psikoterapiye devam etmeyen hastaların çoğunda self mutilatif davranışlar bulunması beklenen bir bulgudur (Gunderson ve ark., 1989; Doering, 2010). Beck anksiyete puanlarındaki artışın da, benzer şekilde, psikoterapiye devam etme olasılığını azaltan ve psikoterapide kalımı öngören bir faktör olduğu saptanmıştır. Anksiyete düzeyleri yüksek olan hastaların psikoterapiyi bırakmaya daha meyilli oldukları, terapinin en başında bu özelliğin öngörücü olabileceği literatürde de belirtilmiştir (Baekeland ve Lundwall, 1975). Çalışmamızın

sonuçları ErKÖTF açısından incelendiğinde şaşırtıcı sonuçlar çıkmıştır. Psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hasta grupları arasında anlamlı fark saptanamamış olmasına rağmen terapiye devam eden hasta gruplarında terapinin sonunda anlamlı düzeyde iyileşme (daha bütüncül kimlik, daha az ilkel savunmalar ve daha fazla olgun savunmalar) saptanmıştır. Kurduğumuz modele uyguladığımız lojistik regresyon analizine göre ise ErKÖTF'ün ilkel ve olgun savunmalardaki azlığının hastaların psikoterapiye devam etme olasılığını arttırdığı, en başta düşük düzeyde olan ilkel ve olgun savunmaların psikoterapide kalımı öngörebileceği bulunmuştur. Hastaların kimlik bütünlüğüne dair böyle bir öngörücülük, beklendiği halde saptanamamıştır. Literatürde, kişilik örgütlenmesi düşük düzeyde olan hastaların tedaviyi daha sıklıkla erken sonlandırdıkları (Eurelings-Bontekoe ve ark., 2009) ve ilkel savunmaların azlığının, olgun savunmaların ise fazlalığının psikoterapide kalımı öngörebileceğini belirten yayınlar mevcuttur (Koelen, 2012). Kurduğumuz modele göre ayrıca, PZDD içgörü alt boyutunun psikoterapinin en başında kalımı öngörebileceği bulunmuştur. Psikolojik zihinliliğin içgörü boyutunun fazla olmasının psikoterapiye devam etme olasılığını azaltıyor olması, ErKÖTF olgun savunmalardaki duruma benzer şekilde, bu daha yüksek düzeyde psikolojik zihinli olan ve daha yüksek düzeyde kişilik örgütlenmesine sahip olan hastaların, bu ölçeklerden yüksek puan almalarına sebep olan kendileri ile ilgili entelektüel düzeyde kalan içgörülerinin, psikoterapi sürecinde direnç yaratarak psikoterapide kalımı olumsuz etkiliyor olabilmeleri ile açıklanabilir.

Psikoterapide kalımı öngörebilecek değişkenleri saptamak amacıyla kurduğumuz modele uyguladığımız lojistik regresyon analizi sonrası istatistiksel olarak anlamlı bulunan son değişkenler ise, ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleridir. ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık alt ölçeğindeki en baştaki yüksekliğin hastaların psikoterapiye devam etme olasılığını artırdığı; ÜBÖ-30'un düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeğindeki en baştaki düşüklüğün ise hastaların psikoterapiye devam etme olasılığını azalttığı saptanmıştır. Çalışmamızda da literatür ile paralel şekilde, bilişsel farkındalık alt ölçeğinde psikoterapiye devam eden ve devam etmeyen hastalar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Gwilliam ve ark., 2004; Dimaggio ve ark., 2009; Dimaggio ve Lysaker, 2010). Kendi bilişsel süreçlerinin nasıl işlediği ve nelerden etkilendiğine dair farkındalıkları fazla olan hastaların, içsel psikolojik durumlarına ulaşma pratiği

olarak da yorumlanabilen psikoterapiye daha uyumlu olmaları ve en başta, bu hastaların psikoterapide kalma olasılıklarının daha fazla olduğu söylenebilir. ÜBÖ-30'un düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeğinin fazla olmasının ise Beck anksiyete ile benzer şekilde, psikoterapiye devam etme olasılığını azalttığı; bu hastaların patolojik düzeyde fazla endişelenme, bilişleri üzerine düşünme ve olumsuz inançlarını kontrol altına alma ihtiyaçlarının psikoterapide kalımlarını olumsuz etkileyerek (Halvorsen ve ark., 2015) psikoterapide kalımın bir öngörücüsü olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza hastanemiz psikiyatri polikliniklerinden takip edilen, psikoterapiden fayda görebileceği ve tedavi uyumunun görece iyi olabileceği düşünülen hastaların psikoterapi merkezimize yönlendirilerek dahil edilmiş olmaları, hem yönlendirilen klinisyen ve değerlendirme farklılığı hem de bu değerlendirmede standardize bir yöntem kullanılmamış olması göz önüne alındığında, "psikoterapi için başvuran" hasta popülasyonunun genel özelliklerini yansıtmıyor olabileceği çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak kabul edilebilir. Buna ek olarak, kendi talebi doğrultusunda psikoterapi arayışında olan hastalar ile psikiyatristler tarafından kendisine psikoterapi önerilmiş olan hastaların motivasyon ve katılımlarının farklı olabileceği, bu durumun psikoterapide kalım oranını etkileyebileceği göz önünde bulundurulduğunda, bu ayrımın çalışmamızda dikkate alınmamış olması çalışmamızdaki bir başka kısıtlılık olabilir. Çalışmamızda değerlendirilen psikoterapide kalım oranlarına, çalışmayı yürüttüğümüz psikoterapi merkezimizin tedavi ve eğitim programının işleyişinin de etkisi olmuş olabileceği, daha yoğun sıklıkta (haftada bir) seansların olduğu ilk 6 aylık süreden daha az sıklıkta (iki haftada bir) seansların olduğu ikinci 6 aylık süreye geçişin tedaviyi yarıda bırakma yönünde bazı hastaları etkileyebileceği bir başka kısıtlılık olarak sayılabilir. Yine de bu durumun olası sebepleri, bazı hastaların neden diğerlerine göre daha fazla etkileniyor oluşu çalışmamızda psikoterapide kalımı etkileyen faktörler olarak tartışılmıştır. Örneklem büyüklüğünün (53 hasta) az olması, sonuçları etkileyebileceğinden sayıca daha fazla katılımcı ile yapılmış daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda kendi istekleri doğrultusunda psikoterapiyi erken sonlandıran hastalar ile ikinci bir görüşmenin sağlanamamış olması, psikoterapiye devam eden ve bir yıllık süreyi tamamlayan hastalar ile takip görüşmelerinin yapılamamış olması çalışmamızın zayıf yanları olabilir. Ayrıca bir diğer kısıtlılık da kontrol grubunun olmamasıdır.

Tüm bu kısıtlılıklara rağmen çalışmamızın bazı üstünlükleri de bulunmaktadır. Bu çalışmada ülkemizde üzerinde yeterince çalışılmamış olan psikolojik zihinlilik kavramı incelenmiş, üzerinde çalışılması güç bir konu olan psikoterapilerde kalım ve kalımı arttırabilmek üzere öngörücü faktörler araştırılmış ve psikoterapiler gibi görece uzun süreli tedavi yöntemlerinin kayda değer kaynak gerektirmeleri ve bu kaynakların akılcı kullanılması gerekliliği sebebiyle hem hastaya uygun psikoterapi şekli hem de psikoterapiye uygun hasta seçilmesinin önemi vurgulanarak bu ilgi çeken ve sıklıkla da tartışılan konu detaylıca incelenmiştir. Literatür incelendiğinde, ülkemizde, çevresel faktörlerin de kısıtlılığından dolayı psikoterapilerin fazla hasta sayısı ile ve bir yıl gibi görece uzun sürelerde sürdürülerek yapıldığı klinik çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu açıdan çalışmamız bir ilk niteliği taşımakta ve hem konuyla ilişkili bilgilere katkı sağlaması hem de psikoterapi seanslarına devamlılığın arttırılması, belirli hasta özelliklerinin saptanmasıyla ve bunlara yönelik müdahelelerin yapılabilmesiyle psikoterapinin yarıda bırakılması olasılığının azaltılarak tedavinin olumlu sonuçlanma olasılığının arttırılması yönünde klinisyenlere büyük fayda sağlaması açılarından önemli ve yol göstericidir. Bu konuda daha fazla merkezde, daha fazla sayıda hastanın daha uzun sürelerde takip edilmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6 SONUÇLAR

- Self mutilasyon ve intihar girişimi öyküsü olan hastaların psikoterapiye devam etmeme oranlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalarda self mutilatif davranışların varlığının, diğer değişkenlerden bağımsız olarak psikoterapide kalım hakkında öngörücü olduğu görülmüştür.

- Psikoterapiye devam eden ve etmeyen hastalar arasında, ErKÖTF ve ErNİNÖ toplam puanları ve 5 nesne ilişkileri niteliği düzeyinden aldıkları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır. Fakat, psikoterapiye devam eden hastalar tedavi öncesi ve tedavi sonrasındaki kişilik örgütlenmeleri açısından değerlendirildiğinde; psikoterapinin hastaların kimlik bütünlükleri ve kullandıkları olgun savunmalarında artış, ilkel savunmalarında ise azalış sağladığı saptanmıştır.

- Benzer şekilde, psikoterapiye devam eden hastalar tedavi öncesi ve tedavi sonrasındaki nesne ilişkileri niteliği açısından değerlendirildiğinde; ilkel düzey yüzdelik puanlarının psikoterapi sonrasında azaldığı, olgun düzey yüzdelik puanlarının ve ErNİNÖ toplam puanlarının ise arttığı görülmüştür.

- Psikoterapiye devam eden hasta grubunda en sık görülen nesne ilişkisine bağlı kişilik tiplerinin 'bağımlı', 'narsisistik', 'histerik' ve 'depresif-mazohistik' olduğu; devam etmeyen hasta grubunda en sık görülen kişiliklerin ise 'histerionik' ve 'narsistik' olduğu bulunmuştur.

- Çalışmamızda, psikoterapiye devam etmeyen hasta grubunun anksiyete belirtilerinin devam eden hasta grubuna göre daha fazla olduğu; buna ek olarak, 1 yıl süreyle psikoterapiye devam eden hastaların, psikoterapi sonrasındaki Scl-90 belirti tarama testi ile ölçülen psikiyatrik semptomlarının psikoterapi öncesindekine göre anlamlı ölçüde azaldığı, depresif semptomlarının ise azalma eğilimi gösterdiği bulunmuştur.

- Psikoterapiye devam eden hastalar ile devam etmeyenler arasında özbildirime dayalı ölçekler açısından sadece ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmış olup, İBİÖ ve PZDD'de anlamlı farklılık saptanmamıştır.

- Çalışmamızdaki hipotezlerle paralel bir şekilde, ÜBÖ-30 toplam puanı ve 'kontrol edilmezlik ve tehlike' alt boyutu ile PZDD içgörü alt boyutu arasında ve ÜBÖ-30 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutu ile PZDD 'içgörü' alt boyutu ve toplam puanı arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır.

- İçe bakış ve içgörü ölçeğinin toplam puanı ve içgörü alt boyutu ile psikolojik zihinliliğe ait toplam puan ve içgörü alt boyutu arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki olduğu bulunmuştur.

- Beck depresyon ve Scl-90 puanlarındaki artış ile psikolojik zihinliliğin hem içgörü alt boyutunda hem de toplam puanında azalış arasında doğrusal bir ilişkili olduğu saptanmıştır.

- PZDD'nin içgörü alt ölçeği ve toplam puanı ile ErKÖTF'ün olgun savunmalar puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür.

- ÜBÖ-30'un bilişsel güven alt boyutunun psikoterapi öncesi ve sonrası arasındaki farkı ile psikolojik zihinliliğe ait toplam puan ve ilgi alt boyutu arasında negatif yönde; ÜBÖ-30'un toplam puanındaki psikoterapi öncesi ve sonrası arasındaki farkı ile psikolojik zihinliliğe ait ilgi alt boyutu arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür.

- İBİÖ'nün içe bakış alt boyut ve toplam puanlarındaki psikoterapi öncesi ve sonrası arasındaki farkı ile PZDD'nin toplam puanları arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır.

- ErKÖTF'ün kimlik bütünlüğü puanlarındaki psikoterapi öncesi ve sonrası arasındaki farkı ile PZDD'nin içgörü alt ölçek puanları arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki olduğu bulunmuştur.

- Toplam hastalık süresi ve ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık alt boyutundaki artışın hastaların psikoterapiye devam etme olasılığını artırdığı; ÜBÖ-30'un düşünceleri kontrol alt boyutu, PZDD'nin içgörü alt boyutu, ErKÖTF'ün ilkel ve olgun savunmalar alt boyutu ve Beck anksiyete puanlarındaki artış ile self mutilasyon öyküsü varlığının ise hastaların psikoterapiye devam etme olasılığını azalttığı saptanmıştır.

7 KAYNAKLAR

Abramowitz, S. I., & Abramowitz, C. V. (1974). Psychological-mindedness and benefit from insight-oriented group therapy. Archives of General Psychiatry, 30(5), 610-615.

Akdoğan, R., & Türküm, A. S. (2014). Psikolojik Yardım Sürecinde Terapötik Bir Hedef Olarak İçgörü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(4).

Akpunar, B. (2011). Biliş ve üstbiliş (metabiliş) kavramlarının zihin felsefesi açısından analizi. Electronic Turkish Studies, 6(4).

Akturk, A. O., & Sahin, I. (2011). Literature review on metacognition and its measurement. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 15, 3731-3736.

Alpher, V. S., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1990). Dynamic factors in patient assessment and prediction of change in short-term dynamic psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27(3), 350.

Altındağ, M. (2008). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Yürütücü Biliş Becerileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry, 51(10), 826-36.

Amador Xsavier David A.S. (2004). Insight and Psychosis Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders. Second Edition. Oxford Univ Pr.

American Psychiatric Association, APA (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5). Köroğlu E (Çeviri editörü), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1094-1098.

American Psychiatric Association. (1996). APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4.

Appelbaum, S. A. (1973). Psychological-mindedness: Word, concept and essence. The International journal of psycho-analysis, 54, 35.

Aslan, S., & Altınöz, A. E. (2010). İçgörü kavramı ve şizofreni. Tekrarlayıcı Nitelikte Bir Travma Olarak Aile İçi Şiddetin Psikoz İle İlişkisi, 23.

Azim HFA, Piper WE, Segal PM, Nixon GWH, Duncan SC. (1991). The Quality of Object Relations Scale. Bull Menninger Clin 55, 323–343.

Bachrach HM, Leaff LA. (1978). Analyzability: a systematic review of the clinical and quantitative literature. J Am Psychoanal Assoc 26, 881–920.

Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. Psychological bulletin, 82(5), 738.

Baekeland, F., Lundwall, L., & Shanahan, T. J. (1973). Correlates of patient attrition in the outpatient treatment of alcoholism. Journal of Nervous and Mental Disease, 157, 99-107.

Bailey, M. A., Warshaw, L., & Eichler, R. M. (1959). A study of factors related to length of stay in psychotherapy. Journal of Clinical Psychology. 15, 442-444.

Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder–a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 123(5), 327-338.

Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45(2), 247.

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. American journal of Psychiatry, 156(10), 1563-1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. American Journal of psychiatry, 158(1), 36-42.

Bebbington PE, Marsden L, Brewin CR. The treatment of psychiatric disorder in the community: report from the Camberwell Needs for Care Survey. J Ment Health 1999;8:7–17.

Beck AT, Barunch E, Balter JM, et al. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. Schizophrenia Research 68, 319– 329.

Beck, N. C., Lamberti, J., Gamache, M., Lake, E. A., Fraps, C. L., McReynolds, W. T., ... & Dunn, J. (1987). Situational factors and behavioral self-predictions in the identification of clients at high risk to drop out of psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 43(5), 511-520.

Beitel, M., & Cecero, J. J. (2003). Predicting psychological mindedness from personality style and attachment security. Journal of Clinical Psychology, 59(1), 163-172.

Beitel, M., Ferrer, E., & Cecero, J. J. (2004). Psychological mindedness and cognitive style. Journal of clinical psychology, 60(6), 567-582.

Beitel, M., Ferrer, E., & Cecero, J. J. (2005). Psychological mindedness and awareness of self and others. Journal of clinical psychology, 61(6), 739-750.

Bell, M. D. (1995). Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI) manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part I: A review of theory and methods. Journal of Personality Assessment, 93(4), 332-346.

Beutel, M. E., Höflich, A., Kurth, R. A., & Reimer, C. (2005). Who benefits from inpatient short-term psychotherapy in the long run? Patients' evaluations, outpatient after-care and determinants of outcome. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78(2), 219-234.

Björgvinsson, T., & Hart, J. (2006). Cognitive behavioral therapy promotes mentalizing. Handbook of mentalization-based treatment, 157-170.

Blatt, S. J., & Ritzler, B. A. (1974). Thought disorder and boundary disturbances in psychosis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 370-381.

Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Aryan, M. (1998). Representational structures and the therapeutic process. In R. F. Bornstein, & J. M. Masling (Eds.), Empirical studies of the therapeutic hour (pp. 63-107). Washington, DC: American Psychological Association.

Bloch S. (1979). Assessment of patients for psychotherapy. Br J Psychiatry 135, 193–208.

Bora E, Özdemir F, Özaşkınlı S. (2006). Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği'nin Kısaltılmış Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. Türkiye'de Psikiyatri 8(2), 74-80.

Bora, E., Özdemir, F., & Özaşkınlı, S. (2006). Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiyede Psikiyatri, 8(2), 74-80.

Brandt, L. W. (1965). Studies of" Dropout" patients in psychotherapy: A review of findings. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 2(1), 6.

Britt, T. W. (1992). The Self-Consciousness Scale: On the stability of the three-factor structure. Personality and Social Psychology Bulletin, 18(6), 748-755.

Brown, A. L. (1978). "Knowing When, Where and How to Remember: A Problem of metacognition", In R. Glaser (Ed.). Advences in Instructional Psychology (p.77-165). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Brown, A. L. (1987). "Executive Control, Self-Regulation, and Other More Mysterious Mechanisms". In F. E. Weinert and R. Kluwe (Eds.). Metacognition, Motivation, and Understanding (pp.65-116). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Brown, A. L., Bransford, J. D., Ferrara, R. A. and Campione, J. C. (1983). "Learning, Remembering, and Understanding". In P. H. Mussen (Ed.). Handbook of Child Psychology (pp.77-166). New York: John Wiley.

Brown, J. S., & Kosterlitz, N. (1964). Selection and treatment of psychiatric outpatients: Determined by their personal and social characteristics. Archives of General Psychiatry, 11(4), 425-438.

Budak S. Psikoloji Terimleri Sözlüğü. (2005). 3. Baskı. Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları.

Budman, S. H., Demby, A., Soldz, S., & Merry, J. (1996). Time-limited group psychotherapy for patients with personality disorders: Outcomes and dropouts. International Journal of Group Psychotherapy, 46(3), 357-377.

Burton CZ, Vella L. (2011). Clinical and cognitive insight in a compensatory cognitive training intervention. Am J Psychiatr Rehabil, 14, 307–326.

Caligor E, Clarkin JF, Kernberg OF (2007) Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc.

Cartwright, D. S. (1995). Success in psychotherapy as a function of certain actuarial variables. Journal of Consulting Psychology, 19, 357-363.

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. Journal of anxiety disorders, 11(3), 279-296.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1998). On the self-regulation of behavior. Cambridge UK: Cambridge University Press.

Cecero, J. J., Beitel, M., & Prout, T. (2008). Exploring the relationships among early maladaptive schemas, psychological mindedness and self-reported college adjustment. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 81(1), 105-118.

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapie der BorderlinePerso ¨nlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie [Psychotherapy for Borderline Personality. Manual of Psychodynamic Treatment]. Schattauer, 2001.

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients

with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. Journal of personality disorders, 15(6), 487-495.

Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, O. F. (2006). Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Clemens, N. A. (2003). Insight, consciousness, learning and change. Journal of Psychiatric Practice, 9, 462-464.

Coid 2006 Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. British Journal of Psychiatry 2006;188:423–31.

Constantino, M. J., Castonguay, L. G., Zack, S. E., & DeGeorge, J. (2010). Engagement in psychotherapy: Factors contributing to the facilitation, demise, and restoration of the working alliance. In D. Castro-Blanco & M. S. Karver (Eds.), Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high-risk adolescents (pp. 199–209). Washington, DC: American Psychological Association Press.

Conte, H. R., Buckley, P., Picard, S., & Karasu, T. B. (1995). Relationships between psychological mindedness and personality traits and ego functioning: Validity studies. Comprehensive Psychiatry, 36(1), 11-17.

Conte, H. R., Plutchik, R., Jung, B. B., Picard, S., Karasu, T. B., & Lotterman, A. (1990). Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome: A preliminary report. Comprehensive Psychiatry, 31(5), 426-431.

Conte, H. R., Ratto, R., & Karasu, T. B. (1996). The Psychological Mindedness Scale: Factor structure and relationship to outcome of psychotherapy. The Journal of psychotherapy practice and research, 5(3), 250.

Cook, B., Blatt, S., & Ford, R. (1995). The prediction of therapeutic response to long-term intensive treatment of seriously disturbed young adult inpatients. Psychotherapy Research, 5(3), 218-230.

Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. Acta Psychiatr Scand, 112(1), 4-17.

Crawford, M. J., & Kumar, P. (2007). Intervention following deliberate self-harm: enough evidence to act?. Evidence-based mental health, 10(2), 37.

Cusky, W. R., Chambers, C. D., & Wieland, W. F. (1971). Predicting attrition during the outpatient detoxification of narcotic addicts. Medical Care, 9, 108-116.

David A. (1990) Insight in Psychosis. Br J Psychiatry, 156: 798-808.

Davidson, J. E. (2003). Insights about insightful problem solving. The psychology of problem solving, 149-175.

Davis, L. W., Eicher, A. C., & Lysaker, P. H. (2011). Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26weeks of psychotherapy in schizophrenia. Schizophrenia research, 129(1), 85-90.

Dell'Osso, L., Pini, S., Cassano, G. B., Mastrocinque, C., Seckinger, R. A., Saettoni, M., ... & Amador, X. F. (2002). Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. Bipolar Disorders, 4(5), 315-322.

Denollet, J., & Nyklíček, I. (2004). Psychological mindedness. Emotional expression and health: Advances in theory, assessment and clinical applications, 187.

Derksen,J.J.L., deMey, H.R.A., Sloore, H., & Hellenbosch,G. (1996). MMPI–2. Handleiding bij afname, scoring en interpretatie [MMPI–2: Manual for admission,scoringandinterpretation]. Nijmegen, The Netherlands: PENTest Publishers.

Diguer L, He´bert E ´, Gamache D, Laverdie`re O, Daoust JP, Pelletier S (2006) Personality Organization Diagnostic Form, II: Manual for Scoring. Unpublished manuscript. Que´bec (Canada): Universite´ Laval.

Diguer L, Pelletier S, He´bert E ´, Descoˆteaux J, Rousseau JP, Daoust JP (2004) Personality organizations, psychiatric severity and self and object representations. Psychoanal Psychol, 21, 259–275.

Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Conti, L., Fiore, D., Pedone, R., ... & Semerari, A. (2009). Impaired decentration in personality disorder: a series of single

cases analysed with the Metacognition Assessment Scale. Clinical Psychology & Psychotherapy, 16(5), 450-462.

Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicolo, G. (2010). A rational model for maximizing the effects of therapeutic relationship regulation in personality disorders with poor metacognition and over-regulation of affects. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83(4), 363-384.

Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., & Nicolò, G. (2006). Toward a model of self pathology underlying personality disorders: Narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes. Journal of Personality Disorders, 20(6), 597-617.

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., ... & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 196(5), 389-395.

Dollinger, S. J., Reader, M. J., Marnett, J. P., & Tylenda, B. (1983). Psychological-mindedness, psychological-construing, and the judgment of deception. The Journal of General Psychology, 108(2), 183-191.

Dubinsky, M. (1986). Predictors of appointment noncompliance in community mental health patients. Community Mental Health Journal, 22, 142-146.

Dubrin, J. R., & Zastowny, T. R. (1988). Predicting early attrition from psychotherapy: An analysis of a large private-practice cohort. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 25(3), 393.

Dunlosky, J. and Hertzog, C. (2000). Updating Knowledge about Encoding Strategies: A Componential Analysis of Learning about Strategy Effectiveness from Task Experience. Psychology and Aging, 15(3), 462-474.

Dunlosky, J. ve Metcalfe, J. (2009). Metacognition. USA: Sage Publications.

Egan G. (1990). The Skilled Helper, 4th ed. California, Pasific Grave Brooks/Cole Publishing.

Eisenberg S, Delaney DJ. (1998). Psikolojik Danışma Süreci. (Çev. N. Ören ve M. Takkaç). Ankara, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.

Eisenberg, S., & Delaney, D. J. (1998). Psikolojik danışma süreci. Çev: N. Ören ve M. Takkaç), İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.

Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. Journal of the American Psychoanalytic Association, 4(1), 56-121.

Errazuriz, P., Constantino, M. J., & Calvo, E. (2015). The relationship between patient object relations and the therapeutic alliance in a naturalistic psychotherapy sample. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88(3), 254-269.

Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Luyten, P., IJssenagger, M., Vreeswijk, M. van, & Koelen, J. A. (2010). Relationship between personality organization and Young's cognitive model of personality pathology. Personality and Individual Differences 49, 198-203.

Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Onnink, A., Williams, M., & Snellen, W. M. (2008). A new approach to the assessment of structural personality pathology. Theory-driven profile interpretation of the Dutch Short Form of the MMPI. New Ideas in Psychology, 26, 23-40.

Eurelings-Bontekoe, E. H., van Dam, A., Luyten, P., Verhulst, W. A., Van Tilburg, C. A., de Heus, P., & Koelen, J. (2009). Structural personality organization as assessed with theory driven profile interpretation of the Dutch Short Form of the MMPI predicts dropout and treatment response in brief cognitive behavioral group therapy for Axis I disorders. Journal of personality Assessment, 91(5), 439-452.

Eysenck, H. J. (1963). Biological basis of personality. Nature, 199(4898), 1031-1034.

Fenigstein, A., Scheier, M.F., & Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 43, 522–527.

Fıstıkçı, N., Keyvan, A., & Cesur, E. (2016). Psikiyatrik Hastalıklarda İçgörü Kavramı: Bir Gözden Geçirme. In New Symposium (Vol. 54, No. 2).

Flavell, J. H. (1979). Metacognitive and Cognitive Monitoring: A New Area of Cognitive-Developmental Inquiry. American Psychologyst, 34, 906-911.

Fonagy, P. (1991), Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. Internat. J. Psycho-Anal., 72: 639-656.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. Other Press, New York.

Ford, J. D., Greaves, D., Chandler, P., Thacker, B., Shaw, D., Sennhauser, S., & Schwartz, L. (1997). Time-limited psychotherapy with Operation Desert Storm veterans. Journal of traumatic stress, 10(4), 655-664.

Ford, L., Snowden, L. R., & Walser, E. J. (1991). Outpatient mental health and the dual-diagnosis patient: Utilization of services and community adjustment. Evaluation and Program Planning, 14, 291-298.

Frank, J. D., Gliedman, L. H., Imber, S. D., Nash, E. H., Jr., & Stone, A. R. Why patients leave psychotherapy. Archives of Neurology and Psychiatry, 1957, 77, 283-299.

Freud, S. (1924) The dissolution of the Oedipus complex, Standard Edition: 19:173-182 (The Oedipus complex, development, and structure formation.)

Freud, S. (1954). Letter 79, December 22, 1897. In M. Bonaparte, A. Freud E. Kris (Eds.), The origins of psychoanalysis: Letters to Wilhelm Fliess, drafts and notes: 1887-1902. London: Imago. (Original work published 1897.)

Freud, S. (1965). The interpretation of dreams. New York: Avon Books.

Gabbard, G. O. (2000). Psychodynamic psychiatry in clinical practice (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gallagher, E. B, & Kanter, S. S. (1961). The duration of out-patient psychotherapy. Psychiatric Quarterly Supplement, 35, 312-331.

Gamache, D., Laverdière, O., Diguer, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descôteaux, J. (2009). The personality organization diagnostic form: development of a revised version. The Journal of nervous and mental disease, 197(5), 368-377.

Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed., pp. 213-256). New York: John Wiley.

Garfield, S. L., & Affleck, D. C. (1959). An appraisal of duration of stay in outpatient psychotherapy. Journal of Nervous and Mental Disease, 129, 492-498.

Garner, R. ve Alexander, P. A. (1989). Metacognition: Answered and unanswered questions. Educational Psychologist, 24(2), 143-158.

Georghiades, P. (2004). From the General to the Situated: Three Decades of Metacognition, International Journal of Science Education, 26(3), 365-383.

Giromini, L., Brusadelli, E., Di Noto, B., Grasso, R., & Lang, M. (2015). Measuring psychological mindedness: validity, reliability, and relationship with psychopathology of an Italian version of the Balanced Index of Psychological Mindedness. Psychoanalytic Psychotherapy, 29(1), 70-87.

Goldfried, M. R. (1969). Prediction of improvement in an alcoholism outpatient clinic. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 30, 129-139.

Goldman, G. A., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. Journal of Counseling Psychology, 54, 111–117.

Gourgey, A. F. (1998). Metacognition in Basic Skills Instruction. Instructional Science, 26(1), 81-96.

Grant, A. M. (2001). Rethinking psychological mindedness: Metacognition, self-reflection, and insight. Behaviour Change, 18(01), 8-17.

Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. Social Behavior and Personality: an international journal, 30(8), 821-835.

Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). Object relations theory in psychoanalytic theory. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gunderson, J. G., Prank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. The Journal of nervous and mental disease, 177(1), 38-42.

Gwilliam, P., Wells, A. ve Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. Clinical Psychology and Psychotherapy, 11, 137-144.

Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. Clinical Psychology & Psychotherapy, 11(2), 137-144.

Hagtvet, K. A., & Høglend, P. A. (2008). Assessing precision of change scores in psychodynamic psychotherapy: A generalizability theory approach. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 41(3), 162.

Hall, J. A. (1992). Psychological-mindedness: A conceptual model. American Journal of Psychotherapy, 46, 131–140.

Halvorsen, M., Hagen, R., Hjemdal, O., Eriksen, M. S., Sørli, Å. J., Waterloo, K., ... & Wang, C. E. (2015). Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. Cognitive Therapy and Research, 39(1), 31-40.

Hamachek, D. (2000). Dynamics of Self-Understanding and Self-Knowledge: Acquisition, Advantages, and Relation to Emotional Intelligence. The Journal of Humanistic Counseling, 38(4), 230-242.

Hatcher, R.L., & Hatcher, S.L. (1997). Assessing the psychological mindedness of children and adolescents. In M. McCallum & W.E. Piper (Eds.), Psychological mindedness: A contemporary understanding (pp. 59–75). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Hiler EW. An analysis of patient-therapy compatibility. Journal of Consulting Psychology 1958; 22:341–347.

Hillis, G., Alexander, D. A., & Eagles, J. M. (1993). Premature termination of psychiatric contact. International Journal of Social Psychiatry, 39, 100-107.

Hilsenroth, M., Stein, M., & Pinsker, J. (2007). Social Cognition and Object Relations Scale: Global rating method (SCORS-G; 3rd ed.). Unpublished manuscript. The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, NY.

Hjemdal, O., Stiles, T., & Wells, A. (2013). Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: a prospective study of two trajectories. Scandinavian journal of psychology, 54(2), 59-65.

Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. Psychopathology, 38, 82-86.

Høglend P. (1993). Suitability for brief dynamic psychotherapy: psychodynamic variables as predictors of outcome. Acta Psychiatr Scand 88, 104–110.

Høglend P. (1994). Selection criteria for brief dynamic psychotherapy. Manual. Oslo: Department of Psychiatry, University of Oslo.

Høglend, P., Bøgwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., ... & Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects?. American Journal of Psychiatry, 165(6), 763-771.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology, 61(4), 549.

Horvath AO, Symonds BD. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. J Counselling Psychol, 38:139–149.

Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. American Psychologist, 51(10), 1059.

Huprich, S. K., & Greenberg, R. P. (2003). Advances in the assessment of object relations in the 1990s. Clinical Psychology Review, 23(5), 665-698.

Huprich, S. K., Nelson, S. M., Paggeot, A., Lengu, K., & Albright, J. (2017). Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8(1), 46.

Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109(6), 426-433.

Jacobs, J. ve Paris, S. (1987). Children's metacognition about reading: Issues in defi nition, measurement and instruction. Educational Psychologist, 22(3-4), 255-278.

Jacobson E. (1964). The self and the object world. New York: International Universities Press.

Jaspers General Psychopathology (1913, 1952)

Jaspers Karl (1997) The Patient's attitude to his illness. Chapter VII, General Psychopathology, by Karl Jaspers, J. Hoenig (translator). The Johns Hopkins University Press; Reprint edition. P: 414-425.

Johansson, P., Høglend, P., & Hersoug, A. G. (2011). Therapeutic alliance mediates the effect of patient expectancy in dynamic psychotherapy. British Journal of Clinical Psychology, 50(3), 283-297.

Johnson-George, C., & Swap, W. C. (1982). Measurement of specific interpersonal trust: Construction and validation of a scale to assess trust in a specific other. Journal of personality and social psychology, 43(6), 1306.

Joyce, A. S., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short–term group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 57(3), 269-296.

Kafka JS. (1990) On the question of insight in psychosis. J American Acad Psychoanalysis. 18(1), 18-28.

Katz, J., & Solomon, R. Z. (1958). The patient and his experiences in an outpatient clinic. Archives of Neurology and Psychiatry, 80, 86-92.

Keil, T. J., & Esters, R. A. (1982). Treatment dropouts: The effect of client and ecological variables. International Journal of the Addictions, 17(1), 95-108.

Kernberg OF (1980) Internal World and External Reality. New York (NY): Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. Psychiatric Clinics of North America, 4(1), 169-195.

Kernberg, O. F. (1984). Severe personality disorders. New Haven, CT: Yale University Press

Kernberg, O. F., & Caligor, E. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. Major theories of personality disorder, 106-140.

Kernberg, O. F., Burstein, E. D., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L., & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. Bulletin of the Menninger Clinic, 36(1), 1-277.

Koelen, J. A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, L. H., Diguer, L., Vermote, R., Lowyck, B., & Bühring, M. E. (2012). The impact of level of personality organization on treatment response: a systematic review. Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 75(4), 355-374.

Kolk CJV. (1998). Introduction to Group Counseling and Psychotherapy. Canada, Charles E Merril Company.

Kuiken, D., Carey, R., &Nielsen, T. (1986). Moments of affective insight: Their phenomenology and relations to selected individual differences. İmagination, Cognition and Personality, 6, 341-364.

Laaksonen, M. A., Lindfors, O., Knekt, P., & Aalberg, V. (2012). Suitability for Psychotherapy Scale (SPS) and its reliability, validity, and prediction. British Journal of Clinical Psychology, 51(4), 351-375.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectec therapist. In J. C. Norcross & M. R. Goldried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (pp. 94–129). New York: Basic Books.

Le Bloc'h, Y., de Roten, Y., Drapeau, M., & Despland, J. (2006). New, but improved? Comparison between first and revised version of the Helping Alliance questionnaire. Schweizer Archiv f€ ur Neurologie und Psychiatrie, 157, 23 –28.

Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. Psychological Assessment, 13(4), 577.

Levison, P. K., Zax, M., & Cowen, E. L. (1961). An experimental analogue of psychotherapy for anxiety reduction. Psychological Reports, 8(1), 171-178.

Lewis. (1934). The psychopathology of insight. British Journal of Medical Psychology, 14, 332-348.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. The Lancet, 364(9432), 453-461.

Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E., & Virtala, E. (2014). Self-concept and quality of object relations as predictors of outcome in short-and long-term psychotherapy. Journal of affective disorders, 152, 202-211.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Archives of general psychiatry, 63(7), 757-766.

Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Archives of general psychiatry, 50(12), 971-974.

Links P, Heslegrave R, Van Reekum R: Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. Can J Psychiatry 1998; 43: 265–270

Livingston, J. A. (1997). Metacognition: An Overview. http://www.gse.buffalo.edu/fas/shuell/CEP564/Metacog.htm,

Lorr, M., Katz, M. M., & Rubinstein, E. A. The prediction of length of stay in psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 1958, 22, 321327.

Luborsky L, Chandler M, Auerbach AH, Cohen J, Bachrach HM. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. Psychol Bull 75, 145– 185.

Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. (1988). Who will benefit from psychotherapy? New York: Basic Books.

Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. Journal of Psychosomatic Research, 41, 519–530.

Lyke, J. A. (2009). Insight, but not self-reflection, is related to subjective well-being. Personality and Individual Differences, 46(1), 66-70.

Lysaker, P.H., Dimaggio, G., Carcione, A., Procacci, M., Buck, K.D., Davis, L.W., Nicolo, G. (2010). Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months, Schizophren. Res. 122, 124-130.

Mahler MS, Pine F, Bergman A. (1975). The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. London: Hutchison.

Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan, D. M. J. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-sessionexploration, andobject relations inbriefpsychotherapy. Psychotherapy, 42, 85–100.

Markova, I. S., & Berrios, G. E. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 86(2), 159-164.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review.

Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. Psychiatry and clinical neurosciences, 66(3), 180-186.

McCallum M, Piper WE. (1990). The psychological mindedness assessment procedure. Psychol Assess: J Consult Clin Psychol 2, 412–418.

McCallum, M., & Piper, W. E. (1996). Psychological mindedness. Psychiatry, 59(1), 48-64.

McCallum, M., & Piper, W. E. (1997). Psychological mindedness. Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health, 1997(4), 167-169.

McCallum, M., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (1992). Dropping out from short-term group therapy. Psychotherapy: theory, research, practice, training, 29(2), 206.

McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76(2), 133-144

McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS et al. (1989a). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. J Nerv Ment Dis 177: 43-47

McEvoy JP, Freter S, Merritt M, Apperson LJ. (1989b). Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry, 44 (9): 883-885

McMurran, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. Clinical Psychology Review, 30(3), 277-287.

McWilliams, N. (1994). Psychoanalytic diagnosis. New York: Guilford.

Mitchell, S.A., Black, M.J. (2012). Freud ve sonrası. İstanbul. Ayhan Eğrilmez (çev.) Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Moore, B. E., & Fine, B. D. (Eds.). (1990). Psychoanalytic terms and concepts. Yale University Press.

Nakao, M., Fricchione, G., Myers, P., Zuttermeister, P. C., Baim, M., Mandle, C. L., & Barsky, A. J. (2001). Anxiety is a good indicator for somatic symptom reduction through behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic. Psychotherapy and psychosomatics, 70(1), 50-57.

Nazzaro, M. P., Boldrini, T., Tanzilli, A., Muzi, L., Giovanardi, G., & Lingiardi, V. (2017). Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality?. Psychiatry Research.

Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, C. ve Crowley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 73-79

Nyklíček, I., & Denollet, J. (2009). Development and evaluation of the Balanced Index of Psychological Mindedness (BIPM). Psychological Assessment, 21(1), 32.

Nyklíček, I., Majoor, D., & Schalken, P. A. (2010). Psychological mindedness and symptom reduction after psychotherapy in a heterogeneous psychiatric sample. Comprehensive psychiatry, 51(5), 492-496.

Nyklíček, I., Poot, J. C., & van Opstal, J. (2010). Psychological mindedness in relation to personality and coping in a sample of young adult psychiatric patients. Journal of clinical psychology, 66(1), 34-45.

Odağ, C. (1999). Borderline Personality Disorder and Trauma. Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 6(3), 165-171.

Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2009). Development of the readiness for psychotherapy index. The Journal of nervous and mental disease, 197(6), 427-433.

Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., Druss, B., Wang, P. S., & Kessler, R. C. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. Psychiatric Services, 60(7), 898-907.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. &Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp.270-376). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5, 307-389.

Patterson E, Welfel ER. (2000). The Counseling Process. 5th ed. Canada, Brooks Cole.

Perry, J. C., Bond, M., & Roy, C. (2007). Predictors of treatment duration and retention in a study of long-term dynamic psychotherapy: Childhood adversity, adult personality, and diagnosis. Journal of Psychiatric Practice®, 13(4), 221-232.

Perry, S. (1987). The choice of duration and frequency for outpatient psychotherapy. Annual review, 6, 398-414.

Peters, E. E. (2007). The Effect of Nature of Science Metacognitive Prompts on Science Students' Content and Nature of Science Knowledge, Metacognition, and Self-Regulatory Efficacy. Unpublished Doctoral Dissertation. Fairfax, VA: Graduate Faculty of George Mason University.

Pinsker-Aspen, J. H., Stein, M. B., & Hilsenroth, M. J. (2007). Clinical utility of early memories as a predictor of early therapeutic alliance. Psychotherapy, 44, 96–109.

Piper WE, Joyce AS, McCallum M, Azim HF. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. J Consult Clin Psychol, 66, 558–567

Piper, W. E., & Duncan, S. C. (1999). Object relations theory and short-term dynamic psychotherapy: Findings from the Quality of Object Relations Scale. Clinical Psychology Review, 19(6), 669-685.

Piper, W. E., & Joyce, A. S. (1996). A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. International Journal of Group Psychotherapy, 46(3), 311-328.

Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. Archives of general Psychiatry, 48(10), 946-953.

Piper, W. E., Azim, H. F., McCallum, M., & Joyce, A. S. (1990). Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(4), 475-481.

Piper, W. E., Boroto, D. R., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1995). Pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32(4), 639.

Piper, W. E., de Carufel, F. L., & Szkrumelak, N. (1985). Patient predictors of process and outcome in short-term individual psychotherapy. The Journal of nervous and mental disease, 173(12), 726-733.

Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J. P., & Garant, J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(2), 268.

Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., Azim, H. F., & Ogrodniczuk, J. S. (2002). Interpretive and supportive psychotherapies. Matching therapy and patient personality. Washington, DC: American Psychological Association.

Piper, W. E., Joyce, A. S., Rosie, J. S., & Azim, H. F. (1994). Psychological mindedness, work, and outcome in day treatment. International Journal of Group Psychotherapy, 44(3), 291-311.

Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S., Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. International journal of group psychotherapy, 51(4), 525-552.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2004). Quality of object relations as a moderator of the relationship between pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. Journal of Personality Assessment, 83(3), 345-356.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'kelly, J. G., & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36(2), 114.

Raynes, A. E., & Patch, V. D. (1971). Distinguishing features of patients who discharge themselves from a psychiatric ward. Comprehensive Psychiatry, 12, 473-479.

Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36(2), 123.

Roberts, C., & Stark, P. (2008). Readiness for self-directed change in professional behaviours: factorial validation of the Self-reflection and Insight Scale. Medical Education, 42(11), 1054-1063.

Ruissen, A. M., Widdershoven, G. A. M., Meynen, G., Abma, T. A., & Van Balkom, A. J. L. M. (2012). A systematic review of the literature about competence and poor insight. Acta psychiatrica scandinavica, 125(2), 103-113.

Ryan, E. R., & Cicchetti, D. V. (1985). Predicting quality of alliance in the initial psychotherapy interview. Journal of Nervous and Mental Disease, 173, 717–725.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. Imagination, Cognition, and Personality, 9, 185–211.

Samuel, S., & Akhtar, S. (2009). The identity consolidation inventory (ICI): Development and application of a questionnaire for assessing the structuralization of individual identity. The American Journal of Psychoanalysis, 69(1), 53-61.

Sandler (1973) The Patient and the Analyst. London.

Sauter, F. M., Heyne, D., Blöte, A. W., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2010). Assessing therapy-relevant cognitive capacities in young people: Development and psychometric evaluation of the Self-Reflection and Insight Scale for Youth. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38(03), 303-317.

Saygılı İ, Ayvazoğlu AŞ, G. H. (2012). İçe Bakış ve içgörü ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliği ön çalşması. In 50. Psikiyatri Ulusal Kongresi, Poster bildiri. Bursa.

Schneider, W. ve Lockl, K. (2002). The development of metacognitive knowledge in children and adolescents. T. J. Perfect ve B. L. Schwartz, (Ed.), Applied metacognition içinde (224-257). Cambridge: Cambridge University Press.

Schraw, G. (1994). The Effect of Metacognitive Knowledge on Local and Global Monitoring. Contemporary Educational Psychology, 19, 143154.

Schraw, G. (2001). “Promoting General Metacognitive Awareness”. In H. J. Hartman (Ed.). Metacognition in Learning and Instruction: Theory, Research and Practice (pp.3-16). Dordrecht: Kluwer Acdemic Publishers.

Schraw, G. ve Dennison, R. (1994). Assessing metacognitive awareness. Contemporary Educational Psychology, 19, 460-475.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M., Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive function in psychotherapy?

The Metacognition Assessment Scale and its applications. Clin. Psychol. Psychother. 10, 238-261.

Senemoğlu N. (2007). Gelişim Öğrenme ve Öğretim, Gönül Yayıncılık, Ankara.

Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology, 62(3), 522.

Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy.

Shill, M. A., & Lumley, M. A. (2002). The Psychological Mindedness Scale: Factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75(2), 131-150.

Silberschatz, G., Curtis, J. T., & Nathans, S. (1989). Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. Psychotherapy, 26(1), 40-46.

Silvia, P. J. (1999). Explaining personality or explaining variance? A comment on Creed and Funder. European Journal of Personality, 13(6), 533-538.

Silvia, P. J., & Phillips, A. G. (2011). Evaluating self-reflection and insight as self-conscious traits. Personality and Individual Differences, 50(2), 234-237.

Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is There a Characteristic Pattern to the Treatment History of Clinic Outpatients with Borderline Personality?. The Journal of nervous and mental disease, 171(7), 405-410.

Stein, D., & Grant, A. M. (2014). Disentangling the relationships among self-reflection, insight, and subjective well-being: The role of dysfunctional attitudes and core self-evaluations. The Journal of psychology, 148(5), 505-522.

Steinbach, J. C. (2008). The Effect of Metacognitive Strategy Instuction on Writing. Unpublished Doctoral Dissertation. Lexington, KY: The Graduate School of University of Kentucky.

Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Hörz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. Journal of Personality Assessment, 92, 35-44.

Strachey J. (1934) The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. International Journal of Psychoanalysis, 15, 127-159.

Straker, M., Davanloo, H., & Moll, A. (1967). Psychiatric clinic dropouts. Laval medical, 38(1), 71-77.

Straker, M., Devenloo, H., & Moll, A. (1967). Psychiatric clinic dropouts. Laval Medicine, 38, 71-77.

Subic-Wrana, C., Bruder, S., Thomas, W., Lane, R. D., & Ko ¨hle, K. (2005). Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: A comparison of two different measures of alexithymia. Psychosomatic Medicine, 67, 483–489.

Taulbee, E. S. Relationship between certain personality variables and continuation in psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 1958, 22, 83-89.

Taylor, G. J., Bagby, M., & Parker, J. (1989). Psychological-mindedness and the alexithymia construct. British Journal of Psychiatry, 154, 731– 732.

Thormählen, B., Weinryb, R. M., Norén, K., Vinnars, B., & Bågedahl-Strindlund, M. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. Psychotherapy Research, 13(4), 493-509.

Tillett R. (1996). Psychotherapy assessment and treatment selection. Br J Psych, 168,10–15.

Torres, I. J., Mackala, S. A., Kozicky, J. M., & Yatham, L. N. (2016). Metacognitive knowledge and experience in recently diagnosed patients with bipolar disorder. Journal of clinical and experimental neuropsychology, 38(7), 730-744.

Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(1), 67-80.

Truant GS. (1998). Assessment of suitability for psychotherapy. I. Introduction and the assessment process. Am J Psychother 52, 397–411.

Truant GS. (1999). Assessment of suitability for psychotherapy. II. Assessment based on basic process goals. Am J Psychother 53, 17–34.

Trudeau, K. J., & Reich, R. (1995). Correlates of psychological mindedness. Personality and Individual Differences, 19(5), 699-704.

Tsai, C. (2001). A Review and Discussion of Epistemological Commitments, Metacognition, and Critical Thinking with Suggestion on Their Enhancement in Internet-Assisted Chemistry Classrooms. Journal of Chemical Education, 78(7), 970-974.

Tuna, Ş., Tekcan, A. İ. ve Topçuoğlu, V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research an Therapy, 43, 15-27.

Turner SM, Beidel DC, Wolff PL, Spaulding S, Jacob RG. Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. Behav Res Ther 1996;34:795–804.

Tyson RL, Sandler J. (1971). Problems in the selection of patients for psychoanalysis: comments on the application of the concepts of indications, suitability and analysability. Br J Med Psychol 44, 211–228.

Uchida T, Matsumoto K, Kikuchi A, Miyakoshi T, Ito F, Ueno T et al. (2009). Psychometric properties of the Japanese version of the Beck Cognitive Insight Scale: relation of cognitive insight to clinical insight. Psychiatry Clin Neurosci, 63, 291–297.

Valbak, K. (2004). Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109(3), 164-178.

Valbak, K., Rosenbaum, B., & Hougaard, E. (2004). Suitability for psychoanalytic psychotherapy: validation of the Dynamic Assessment Interview (DAI). Acta Psychiatrica Scandinavica, 109(3), 179-186.

Veenman, M. V. J., Van Hout-Wolters, B. H. A. M. and Afflerbach, P. (2006). Metacognition and Learning: Conceptual and Methodological Considerations. Metacognition and Learning, 1, 3-14.

Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., ... & Peuskens, J. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. Journal of Personality Disorders, 23(3), 294-307.

Vygotsky, Lev Semyonovich. (1998). Düşünceve Dil, Çev.: S. Koray, Toplumsal Dönüşüm Yayınları (2. baskı), İstanbul.

Watson, P. J., Morris, R. J., Ramsey, A., & Hickman, S. E. (1996). Further contrasts between self- reflectiveness and internal state awareness factors of private self-consciousness. Journal of Psychology, 130(2), 183-192.

Webb, D., & McMurran, M. (2009). A comparison of women who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder. Personality and Mental Health, 3(2), 142-149.

Weinryb, R. M., & Rössel, R. J. (1991). Karolinska psychodynamic profile. Acta Psychiatrica Scandinavica, 83(s363), 1-23.

Wellman, H. (1985). The Child's Theory of Mind: The Development of Conscious Cognition. San Diego: Acedemic Pres.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 301-320.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behaviour research and therapy, 42(4), 385-396.

Westen, D., Gabbard, G. O., & Blagov, P. (2006). Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds.), Personality and psychopathology (pp. 335-384). New York: Guilford.

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout.

Willick, M. (1995) Defense, in Psychoanalysis: The Major Concepts, eds. Moore, B.E., Fine, B.R., New Haven: Yale University Press.

Wolitzky, D. L., & Reuben, R. (1974). Psychological-mindedness. Journal of Clinical Psychology, 30(1), 26-30.

Yeomans, F. E., Gutfreund, J., Selzer, M. A., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Smith, Th. E. (1994). Factors related to drop out by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 3, 16–24.

Yılmaz AE. (2007). Examination of metacognitive factors in relation to anxiety and depressive symtoms: a cross- cultural study. Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü.

Yılmaz, Y., Sayğılı, İ., Bilge, D., Çınar, S., Bodur, N.E., Bayrak, A., Güleç, M.Y., Akar, H., Elbaşoğlu, S., Güleç, H. (2012). Erenköy kişilik örgütlenmesi tanı formu faktör yapısı güvenirliği ve geçerliği. 48. Ulusal psikiyatri kongresi, Sözel Bildiri.

8 EKLER

EK-1. ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

"Erenköy Psikoterapi Merkezi'ne Başvuran Hastalarda Psikolojik Zihinlilik: üstbiliş, içgörü ve kişilik örgütlenmesi ile ilişkisi, psikoterapide kalım ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Nazlı Tunalı tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmayı yürüten Dr.

Adı-Soyadı: Nazlı Tunalı

Bölümü: Erenköy Psikoterapi Merkezi

İmzası:

EK-2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Değerlendirme Tarihi	:							
Hasta Kart No.	:							
Tel No.	:							

SOSYODEMOGRAFIC VERİ FORMU

Adı - Soyadı	.							
Cinsiyeti	:	1.	Kadın	2.	Erkek			
Yaşı	:							
Eğitim Durumu (Yıl)	:							
Medeni Durum	:	1.	Evli	2.	Dul	3.	Boşanmış	4. Bekar
Çocuk Sayısı	:	1.	Yok	2.	1-2 çocuk	3.	3-4 çocuk	4. 4'ten fazla
Yalnız mı Yaşıyor?	:	1.	Evet	2.	Hayır			
Ekonomik Durum	:	1.	İyi	2.	Kötü	3.	Orta	
Geçirdiği / geçirmekte olduğu fiziksel hastalık	:	1.	Yok	2.	Var : tanısı.....			
Daha önce tanı konulan başka psikiyatrik hastalık	:	1.	Yok	2.	Var : tanısı.....			
Daha önce psikiyatrik tedavi gördümü?	:	1.	Hayır	2.	Evet : tanısı.....			
Daha önce psikoterapi aldımı?	:	1.	Hayır	2.	Evet : süre nedir?			
Hastalık Başlangıç Yaşı	:							
İlk tedaviye başvurduğu yaş	:							
Kaç yıldır tedavi görüyor	:							
Hastalık Süresi	:							
Self mutilasyon	:	1.	Yok	2.	Var			
İntihar girişimi	:	1.	Yok	2.	Var : Sayısı			
Hastanede Yatış	:	1.	Yok	2.	Var : Sayısı			
Alkol kullanımı	:	1.	Yok	2.	Var : Süresi ..... , Miktarı			
Psikoaktif madde kullanımı	:	1.	Yok	2.	Var : Süresi ..... , Miktarı			
Sigara kullanımı	:	1.	Yok	2.	Var			
DSM tanısı	:							

EK – 3. PSİKOLOJİK ZİHİNLİLİĞİN DENGELENMİŞ DİZİNİ

PSİKOLOJİK ZİHİNLİLİĞİN DENGELENMİŞ DİZİNİ

Aşağıda, kişilerin kendilerini tarif etmek için kullanabileceği bazı ifadeler göreceksiniz. Lütfen,ifadelerin sağında yer alan rakamlardan bir tanesini yuvarlak içine alarak her bir ifadeye ne derece katıldığınızı belirtiniz. Rakamların anlamı aşağıda açıklanmıştır. Doğru veya yanlış cevap yoktur;

0 doğru değil
1 biraz doğru
2 doğru sayılır
3 epey doğru
4 çok doğru

		doğru değil	biraz doğru	doğru sayılır	epey doğru	çok doğru
1	Genellikle duygularımın farkında değilimdir	0	1	2	3	4
2	Olaylar hakkındaki hislerim ve tavırlarım beni büyüler.	0	1	2	3	4
3	Çoğu zaman ya hiçbir duygu hissetmem, ya da çok az hissederim.	0	1	2	3	4
4	Sanırım duygularıma nadiren kulak veriyorum.	0	1	2	3	4
5	Olumsuz duygularım bana kendimle ilgili çok şey öğretebilir.	0	1	2	3	4
6	İçimde neler olup bittiğini bilmem.	0	1	2	3	4
7	Olumsuz duygularını da ciddiye aldığında, sonunda daha iyi durumda olursun.	0	1	2	3	4
8	Hislerim bana neye ihtiyacım olduğunu gösterir.	0	1	2	3	4
9	En derindeki hislerimden habersizim.	0	1	2	3	4
10	Belli bir şekilde davranmama sebep olan şey nedir diye hiç düşünmem.	0	1	2	3	4
11	Hislerimden haberdar olunca daha iyi durumda oluyorum.	0	1	2	3	4
12	Hislerime bir anlam veremem.	0	1	2	3	4
13	"İçsel" kendiliğimi keşfetmeye bayılırım.	0	1	2	3	4
14	Derin hislerim bana iyi bir klavuzdur.	0	1	2	3	4

EK – 4. İÇGÖRÜ VE İÇE BAKIŞ ÖLÇEĞİ

İÇE BAKIŞ VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki cümleleri okuyup, yoruma katılıp katılmama derecenize en uygun cevabın altına (X) işareti koyunuz. Lütfen doğru ve hızlı cevaplar vermeye çalışınız. Maddeler üzerinde çok zaman harcamamaya dikkat ediniz. Ankette **'DOĞRU'** ya da **'YALNIŞ'** cevaplar yoktur, anket sadece kişisel görüşlerinizi almak amacıyla düzenlenmiştir. Lütfen hiçbir soruyu **BOŞ** bırakmayınız ve her madde için **sadece bir sıkkı** işaretleviniz.

1 Kesinlikle Katılmıyorum
2 Katılmıyorum
3 Biraz Katılmıyorum
4 Biraz Katılıyorum
5 Katılıyorum
6 Kesinlikle Katılıyorum

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Aklımdan geçenler hakkında kafa yormam.	1	2	3	4	5	6
2	Yaptıklarımı kendi kendime açıklamaya önem vermem.	1	2	3	4	5	6
3	Kafamdan ne geçtiğinin çoğu zaman farkındayım	1	2	3	4	5	6
4	Bazı olay ve durumlarla alakalı hislerim beni oldukça şaşırtır.	1	2	3	4	5	6
5	Neden öyle yaptığıma kafa yormak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6
6	Davranışlarımı neden ve nasıl yaptığım hakkında kafamda net düşünceler vardır.	1	2	3	4	5	6
7	Ne düşündüğümü inceleme konusu ile ilgilenirim.	1	2	3	4	5	6
8	Kendimi yansıtma konusunda nadiren zaman harcarım.	1	2	3	4	5	6
9	Genelde içimde bir duygu oluştuğunun bilincindeyimdir ama duygunun ne olduğunu tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5	6
10	Hislerimi sık sık incelerim	1	2	3	4	5	6
11	Davranışlarım beni hayrete düşürür	1	2	3	4	5	6
12	Benim için hislerimin ne anlama geldiğini anlamaya çalışmak önemlidir	1	2	3	4	5	6
13	Davranış şeklim üzerinde pek fazla kafa yormam	1	2	3	4	5	6
14	Düşüncelerim hakkında kafa yormak aklımı karıştırır	1	2	3	4	5	6
15	Zihnimin nasıl çalıştığını anlamaya yönelik net bir ihtiyaç hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
16	Düşüncelerim hakkında kafa yormak için sık sık zaman ayırırım	1	2	3	4	5	6
17	Bazı olay ve durumlarla ilgili hislerimi anlamlandırmakta çoğu zaman zorlanıyorum	1	2	3	4	5	6
18	Düşüncelerimin nasıl ortaya çıktığını anlayabilmek benim için önemlidir	1	2	3	4	5	6
19	Bir durumla alakalı hislerim hakkında genellikle düşünürüm	1	2	3	4	5	6
20	O anda hissettiklerimin nedenlerini bilirim.	1	2	3	4	5	6

EK – 5. ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ

ÜST BİLİŞ ÖLÇEĞİ (ÜBO-30)

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız.

1 **Kesinlikle Katılmıyorum**
2 **Kısmen Katılmıyorum**
3 **Kısmen Katılıyorum**
4 **Kesinlikle Katılıyorum**

		Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	1	2	3	4
2	Endişelenmem benim için tehlikelidir.	1	2	3	4
3	Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	1	2	3	4
4	Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	1	2	3	4
5	Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayımdır.	1	2	3	4
6	Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	1	2	3	4
7	Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	1	2	3	4
8	Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur	1	2	3	4
9	Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder	1	2	3	4
10	Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	1	2	3	4
11	Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	1	2	3	4
12	Düşüncelerimi izlerim.	1	2	3	4
13	Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	1	2	3	4
14	Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	1	2	3	4
15	Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	1	2	3	4
16	Endişelerim beni delirtebilir.	1	2	3	4
17	Düşündüğümün her an farkındayımdır.	1	2	3	4
18	Zayıf bir belleğim vardır.	1	2	3	4
19	Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	1	2	3	4
20	Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	1	2	3	4
21	Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	1	2	3	4

		Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
22	Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	1	2	3	4
23	Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	1	2	3	4
24	Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	1	2	3	4
25	Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	1	2	3	4
26	Belleğime güvenmem.	1	2	3	4
27	Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	1	2	3	4
28	İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	1	2	3	4
29	Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	1	2	3	4
30	Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.	1	2	3	4

EK – 6. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et-kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat-lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor-landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK – 7. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1
(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2
(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3
(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4
(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.

5
(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6
(0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7
(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8
(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9
(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10
(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11
(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

12
(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13
(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14
(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15
(0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16
(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17
(0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18
(0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19
(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20
(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21
(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK – 8. SCL-90 BELİRTİ TARAMA TESTİ

SCL-90-R
(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : **0**
Çok az : **1**
Orta derecede : **2**
Oldukça fazla : **3**
İleri derecede : **4**

Örnek: 1. (**2**) Baş ağrısı

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşa gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi
31. ( ) Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ( ) Korku hissi
34. ( ) Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ( ) Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ( ) Aşırı yemek yeme
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

EK- 9. ERENKÖY KİŞİLİK ÖRGÜTLENMESİ TANI FORMU (ErKÖTF)*

***İzin alınarak bir kısmına yer verilmiştir.**

Erenköy Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu (ErKÖTF)

(Personality Organization Diagnostic Form -PODF-)

Hastanın adı, soyadı: _____ **Değerlendiren kişi:** _____

Tarih: _____ **Değerlendirme için Kullanılan Gereçler:**_____

Yönerge; Tüm maddeleri kişinin özgün psikolojik işlevselliğine göre işaretleyiniz. İşaretlemeye ilişkin ayrıntılı yönerge için Erenköy Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu işaretleme kılavuzuna bakınız. Bu ölçüm, Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formunun işaretlenmesi için olası kaynaklardan yalnızca biridir.

1. Kimlik dağınıklığı/ Kimlik bütünlüğü

1.1. Kendiliğin öznel deneyimi

Boşluk duygusu						Güvenli öz kimlik
-3	-2	-1	0	1	2	3

1.2. Kendilik algısı

Çelişkili						Bütünleşmiş
-3	-2	-1	0	1	2	3

1.3. Zaman içindeki öznel kendilik deneyimi

Süreksiz						Sürekli
-3	-2	-1	0	1	2	3

1.4. Davranış – duygu bütünlüğü

Bütünleşme yok						İyi bütünleşme
-3	-2	-1	0	1	2	3

1.5. Nesne algısı

Çelişkili						Bütünleşmiş
-3	-2	-1	0	1	2	3

1.6. Ötekine ilişkin algı

Yüzeyel/düz						Eş duyum
-3	-2	-1	0	1	2	3

TOPLAM KİMLİK PUANI _____/18

2. Savunma düzenekleri

2.2 İlkel savunma düzenekleri	Yok 0	Seyrek 1	Orta 2	Sık 3
İnkar/Yadsıma (borderline ve psikotik) • ( ) duygusal bağ olmaksızın kendiliğin ya da ötekinin bölünmüş parçalarına ilişkin algı, düşünce ya da duygu hatıraları ve/veya • ( ) ciddi ya da baskı oluşturan bir ihtiyaç, çatışma ya da tehlikeye ilişkin endişe, anksiyete ya da duygusal tepkinin olmayışı				
Bölme • ( ) ötekilerin "tümüyle iyi" ve "tümüyle kötü" şeklinde bölünmesi ve/veya • ( ) duyguların ve kavramların ani bir biçimde ve tümüyle tersine çevrilmesi				
Tümgüçlülük (ilkel ülküleştirme) • ( ) kendilik temsilleri • ( ) nesne temsilleri				
Tümgüçlü kontrol • ( ) kendilik tarafından • ( ) nesne tarafından				
İlkel küçültme • ( ) kendini küçültme ve kendine zarar verme • ( ) nesneyi küçültme				

İLKEL SAVUNMA DÜZENEĞİ TOPLAM PUANI _____/15

EK- 10. ERENKÖY NESNE İLİŞKİLERİ NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ (ErNİNÖ)*

*** İzin alınarak bir kısmına yer verilmiştir.**



Erenköy Nesne İlişkileri Niteliği Ölçeği (ErNİNÖ)
(Quality of Object Realations Scale – QORS)

HASTA : _____
GÖRÜŞMECİ : _____
TARİH : _____

Lütfen hasta için karakteristik olan uygun ölçütü daire içine alınız.

İlkel örgütlenme düzeyi

Davranışsal görünümler (tezahürler)

1. Nesnelerle ilişkilerinde zarar verme ya da zarar görmeyle karakterize yoğun, kararsız ve yıkıcı bir örüntünün süreğen ya da tekrar edici olması
2. Hem yapışkan davranışlarla, hem savunucu uzaklığıyla ya da yapışma ve uzaklık arasında git gelli dönemleri ile kendini gösteren, nesnelere uygunsuz bağlanma.
3. Yatıştırılamayan endişe, acı çöküntü ve öfke deneyimine neden olan, nesne ile gerçek ya da hayali kayıp, ayrılık, reddedilme veya onaylanmama
4. Yoğun biçimde duygusal yükü olan, bireyden köken alan duygulanımlarında dahil olduğu etkileşimlerdeki nesnelere yönelme ve bu duyguların nesne tarafından paylaşılması
5. Nesnelerle ilişkilerinde, nesneyi tümden iyi ya da kötü olarak bölmeye eğilimli olmak.
6. Başkalarına güven duyabilme yetisinde bozulma, bu durum kendisini şüphecilik ve/veya güvenilmez olan kimselere paradoksal bir yakınlık duyma ile gösterir.
7. Nesnelerin önemi nesnelerin yararlılığına dayanmaktadır

Duygulanım düzenlenmesi

1. Yok edici bir öfke veya yok olma korkuları ile kendini gösteren yok etme ya da yok edilme ile ilgili aşırı zihinsel uğraş.
2. Nesneye ait eylemlerin narsisistik bir incinme olarak algılanmasını öfke ve aşağılanma duygularının izlemesi.
3. Bütün hissetmenin (parçalanmış hissetmenin tersine) yeniden sağlanabilmesi için nesne ile bütünleşme gereksinimi
4. Nesnenin gerçekten var olduğundan emin olabilmesi için nesnenin ulaşılabilir olması gerekir (nesne sürekliliğinde bozukluğu).
5. Nesnenin ulaşılabilirliğinden bağımsız olarak devam eden boşluk duyguları

1