

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

DÜŞÜNCE TARZLARININ PANİK BOZUKLUĞUYLA İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Tezi hazırlayan:
Elçin KURŞUNOĞLU

İSTANBUL, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

DÜŞÜNCE TARZLARININ PANİK BOZUKLUĞUYLA İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Elçin KURŞUNOĞLU

Öğrenci No:
150790005

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Selin BİRGÜL BARAN

İSTANBUL, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Düşünce Tarzlarının Panik Bozukluğuyla İlişkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 16/02/2018

Elçin KURŞUNOĞLU



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ,
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

11.12.2018

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **150790005** numaralı **Elçin Kurşunoğlu** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Düşünce Tarzlarının Panik Bozukluğuyla İlişkisi**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 23.01.2018 tarih ve 2018/04 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (4.5) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Selin Birgül BARAN
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Hakan KARAS
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Murat Başar GÜRBÜZ
(İstanbul Gelişim Üniversitesi)



TEŞEKKÜR

Hayatım boyunca maddi manevi desteklerini benden esirgemeyen, her zaman yanımda olup beni destekleyen, her konuda sonsuz güven veren değerli annem Gürsel Kurşunoğlu, babam Ali Kurşunoğlu ve ablam Gül Kurşunoğlu' na teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam boyunca akademik bilgilerinden yararlandığım, her türlü zamanını ve desteğini benden esirgemeyen sevgili tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Selin BİRGÜL BARAN' a teşekkür ederim.

Elçin KURŞUNOĞLU

Adı ve Soyadı : Elçin KURŞUNOĞLU
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Selin Birgöl Baran
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2018
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Panik Atak, Panik Bozukluk, Kaygı, Düşünce Tarzları

ÖZ

DÜŞÜNCE TARZLARININ PANİK BOZUKLUĞUYLA İLİŞKİSİ

Bu araştırmanın amacı, kişilerde düşünce tarzları ile panik bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmada tarama modeli kullanılmış ve bireylerin içinde bulundukları durumun araştırması yapılmıştır. Araştırmanın evreni DSM V tanı kriterlerine uygun olacak şekilde Panik Bozukluk teşhisi almış kişilerdir. Araştırmanın örneklem grubu ise bu evrenden seçilen 75 kişiden oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan anketler, “Felaketleştiren Bilişler Ölçeği” ve “Belirti Yorumlama Ölçeği”dir. Araştırmada ilk olarak literature taraması yapılmıştır. Daha sonrasında bulgulara ulaşmak için anketler yardımıyla verilen veriler IBM SPSS 23.0 versiyonuna aktarılmış ve çalışmanın geri kalanını SPSS paket programı ile tamamlanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, felaketleştiren bilişler altboyutları ile belirti yorumlama altboyutları arasındaki en yüksek korelasyonun bedensel felaketler altboyutu ile bedensel atıf arasında anlamlı ve ortanın altı derecede güçlü bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel felaketler altboyutu incelendiğinde yüksek bedensel atıf grubunda olan katılımcıların yüksek fiziksel felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülmüştür. Mental felaketler altboyutu incelendiğinde yüksek bedensel atıf grubunda olan katılımcıların yüksek mental felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları bulunmuştur. Bedensel felaketler altboyutu incelendiğinde yüksek bedensel atıf grubunda olan katılımcıların daha yüksek bedensel felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülmüştür. Çalışma kapsamında elde edilen bulgular, panik bozukluğundaki bilişsel süreçlerin anlaşılması ve konu ile ilgili gelecekte yapılacak araştırmalara olacak katkısı açısından önemli bir yere sahiptir.

Name and Surname : Elçin KURŞUNOĞLU
Supervisor : Asst. Prof. Selin Birgül Baran
Degree and Date : Master's Degree, 2018
Major : Clinical Psychology
Key Words : Anxiety, Panic Attack, Panic Disorder, Thought Styles

ABSTRACT

THE RELATION OF THOUGHT STYLES TO PANIC DISORDER

The aim of this research is to analyze the relation between the mentalities of the people and the panic disorders. Survey model has been used in the research and the investigation has been made on the situations in which the individuals are. Target population of the research are the people who has been diagnosed to have Panic Disorder in compliance with the DSM V diagnosis criteria. Sample group of the research consist of 75 people who have been selected from this population. Surveys that have been used in this study were "Catastrophic Cognition Questionnaire" and "Symptom Interpretation Questionnaire". First of all, literature review has been made. Later, data that have been obtained by means of the surveys to reach the findings have been transferred to ibm SPSS 23.0 version and the rest of the study has been completed with the SPSS package program. At the end of the analyzes made, highest correlation has been determined between catastrophic cognition subdimensions and symptom interpreting subdimensions, significant and moderately strong correlation has been determined between physical catastrophies subdimensions and physical attribution. When physical catastrophies subdimension has been examined, it has been seen that the participants in the high physical attribution group, have high physical catastrophic average. When mental catastrophies subdimension has been examined, it has been found that the participants in the high physical attribution group have high mental catastrophic average. When physical catastrophies subdimension has been examined, it has been seen that the participants in the high physical attribution group, have higher physical catasytrophic average. The findings obtained in the scope of the study have important place with regards to their contributions to understanding cognitive processes in panic disorder and researches that will be made on the subject in the future.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
SEMBOLLER	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM İLGİLİ LİTERATÜR

1.1. KAYGI KAVRAMI	3
1.1.1. Kaygının Tanımı	3
1.1.2. Kaygı Bozuklukları	4
1.2. PANİK BOZUKLUK.....	4
1.2.1. Panik Kelimesinin Anlamı	4
1.2.2. Tarihçe	5
1.2.3. Panik Atak Nedir.....	6
1.2.4. Panik Bozukluk Nedir?	8
1.2.5. Panik Bozukluk DSM Tanı Kriterleri	9
1.2.6. Agorafobi	11
1.2.7. Beklenti Anksiyetesi	13
1.2.8. Epidemiyoloji.....	14
1.2.9. Etiyoloji.....	16
1.2.9.1. Biyolojik Yaklaşımlar	17
1.2.9.2. Sodyum Laktat	17
1.2.9.3. CO2 ve Hiperventilasyon.....	18
1.2.9.4. Merkezi Noradrenerjik Sistem.....	19
1.2.9.5. Merkezi Serotonerjik Sistem.....	20
1.2.9.6. GABA’erjik sistem	21
1.2.9.7. Genetik.....	21
1.2.9.8. İkiz ve Aile Çalışmaları	22

1.2.9.9. Erken Dönem Yaşam Olayları	22
1.2.9.10. Stresli Yaşam Olayları	23
1.2.9.11. Ayrılık Anksiyetesi	24
1.2.9.12. Bilişsel Kuram	25
1.2.9.13. Psikodinamik Kuram	26
1.2.10. Klinik Görünüm	27
1.2.10.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar	27
1.2.10.2. Konuşma ve İlişki Kurma	27
1.2.10.3. Duygulanım.....	27
1.2.10.4. Bilişsel Yetiler	28
1.2.10.5. Düşünce İçeriği ve Süreci	28
1.2.10.6. Fizik ve Fizyolojik Belirtiler.....	28
1.2.11. Klinik Gidiş ve Prognoz.....	29
1.2.12. Komorbidite	32
1.2.13. Ayırıcı Tanı.....	34
1.3. BİLİŞSEL ÇARPITMALAR.....	35
1.3.1. Bilişin Tanımı	35
1.3.2 Bilişsel Çarpıtmanın Tanımı	36

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM VE GEREÇLER

2.1 Amaç Ve Kapsam	40
2.2 Veri Toplama Araçları	40
2.2.1 Kişisel Bilgi Formu.....	40
2.2.2 Belirti Yorumlama Ölçeği.....	40
2.2.3 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği.....	41
2.3. Veri Toplama Süreci	42
2.4 Araştırma Modeli	42
2.5 Veri Girişi Ve Analizi	43
2.5.1 Güvenilirlik Analizi	43

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1 Demografik Bulgular	45
3.2 Belirti Yorumlama Ölçeği Bulguları	46
3.3 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Bulguları	48
3.4. Araştırma Bulguları.....	49

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. TARTIŞMA	64
4.2. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
KAYNAKÇA	70
EKLER.....	87
Ek-1: Araştırmada Kullanılan Onam Formu ve Kişisel Bilgi Formu	87
Ek-2: Belirti Yorumlama Ölçeği	88
Ek-3: Felaketleştiren Bilişler Ölçeği	92

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfo No.

Tablo 1 Belirti Yorumlama Ölçeği Güvenirlilik Analizi	43
Tablo 2 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Güvenirlilik Analizi	44
Tablo 3 Demografik İstatistikler	45
Tablo 4 Katılımcıların Sağlık İle İlgili İstatistikleri.....	46
Tablo 5 Belirti Yaşama İstatistikleri	47
Tablo 6 Belirti Yorumlama Ölçeği Betimsel İstatistikleri	47
Tablo 7 Belirti Yorumlama Ölçeği Normal Dağılım İstatistikleri	48
Tablo 8 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Betimsel İstatistikleri	48
Tablo 9 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Normal Dağılım İstatistikleri	49
Tablo 10 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Altboyutları İle Belirti Yorumlama Ölçeği Altboyutları Korelasyon Matrisi.....	50
Tablo 11 Düşük ve Yüksek Normalleştiren Atıf Grupları Arasında Felaketleştiren Bilişler Altboyutları Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	51
Tablo 12 Düşük ve Yüksek Ruhsal Atıf Grupları Arasında Felaketleştiren Bilişler Altboyutları Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	52
Tablo 13 Düşük ve Yüksek Bedensel Atıf Grupları Arasında Felaketleştiren Bilişler Altboyutları Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	53
Tablo 14 Farklı Yaş Grubundaki Arasında Belirti Yorumlama Ölçeği Alboyutları Arasındaki Farkları Sınayan Kruskal Wallis H Test İstatistikleri	55
Tablo 15 Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alboyutları Bakımından Farklarını Sınayan Kruskal Wallis H Test İstatistikleri	56
Tablo 16 Kadın Ve Erkek Katılımcılar Arasında Belirti Yorumlama Ölçeği Alboyutları Arasındaki Farkları Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	57
Tablo 17 Bekar Ve Evli Katılımcılar Arasında Belirti Yorumlama Ölçeği Alboyutları Arasındaki Farkları Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	57
Tablo 18 Farklı Eğitim Seviyesindeki Arasında Belirti Yorumlama Ölçeği Alboyutları Arasındaki Farkları Sınayan Kruskal Wallis H Test İstatistikleri	58

Tablo 19 İlaç Kullanım Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alboyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	59
Tablo 20 Kronik Rahatsızlık Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alboyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	60
Tablo 21 Sigara Kullanım Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alboyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	61
Tablo 22 Alkol Kullanım Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alboyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	62
Tablo 23 Psikiyatrik Öykü Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alboyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri	63
Tablo 24 Duyum ve Tipik Yanlış Yorumlama.....	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Bilişsel Kurama Göre Panik Patogenezi.....	25
Şekil 2 Araştırma Modeli.....	42



KISALTMALAR

BYÖ	: Belirti Yorumlama Ölçeği
Co2	: Karbondioksit
Corr	: Korelasyon
DSM	: Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders
FBÖ	: Felaketleştiren Bilişler Ölçeği
MHPG	: Metoksi Hidroksi Fenil Glikol
PILL	: Pennebaker Inventory of Limbic Languidness
SCL-90	: Symptom Check List-90
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
YY	: Yüzyıl

SEMBOLLER

n : Frekans

% : Yüzde



GİRİŞ

Panik bozukluk kişinin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyebilen ve günümüzde en sık görülen kaygı bozukluklarından biridir (DSM-5). Panik atak sıkıntılı duyguları içinde barındıran (endişe, korku v.b.) nöbetler şeklinde ortaya çıkan bir psikolojik rahatsızlıktır. Kişi genellikle öleceğini, kalbinde bir sorun olduğunu, kalp krizi geçireceğini düşünmekte ve gelen atak 10 dakika içinde en şiddetli halini göstermekte, yarım saat kadar sonrasında atak geçlemeye başlamaktadır. Panik bozukluk, beklenmedik ve tekrarlayan nitelikte gerçekleşen panik ataklardan oluşmaktadır. Kısa bir zaman içerisinde kişiye korku ve bunaltı gibi duygular yaşatan ataklar kişinin felaketlerle başbaşa olduğunu hissettiren; çarpıntı, göğüs sıkışması, ağrısı, nefes alımında zorluk gibi özellikle kalp krizine benzer bedensel duyuların yer almasıyla ilişkilidir. Bu kişiler yaşadıkları beklenti anksiyetesinden dolayı kalabalık ortamlardan, ev dışında tek başlarına olmaktan ya da yolculuk etmekten kaçınmaktadırlar. Bu durum da agoragobi olarak bilinmektedir. (Kaplan ve ark. 1994 ; Bayraktar, 2007). Kişilerin atak beklentisi içerisinde oldukları sürede ve atak sırasındaki bilişsel süreçlerine odaklanmak ve bu süreçteki düşünce tarzlarının panik bozukluğuna olan etkisinin araştırılması amacı ile başlatılan bir çalışmadır. Konu seçimindeki önemli hususlardan biri, klinikte rastlanan vakaların sıklığının çokluğu ve bu vakalardaki işlevselliklerinin düşük olmasıdır. Bu çalışma, panik bozukluğu olan kişilerdeki bilişsel süreçlerin araştırılması bu süreçlerde kişilerin düşüncelerindeki felaketleştirme düzeylerinin ortaya çıkarılabilmesi hedeflenmiştir. Bireylerin düşünce tarzlarıyla panik bozukluk yaşamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi araştırılmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde ilgili literatür oluşturulmuş ve bu bölümde kaygı kavramı tanımlanmış, panik bozukluk tanımının bütün yönleriyle ele alınmış ve kişilerdeki bilişsel çarpıtmalara yer verilmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve bunların analizleri gösterilmiştir. Uygulanan Felaketleştiren Bilişler Ölçek ve Belirti Yorumlama Ölçekleriyle yaşanan bu süreçteki düşünce tarzları ölçülmektedir. Araştırmanın evreni DSM V tanı kriterlerine uygun olacak şekilde Panik Bozukluk teşhisi almış kişilerden oluşmaktadır. Bu evrenden seçilen 75 kişi de araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Üçüncü bölümünde ise kullanılan iki ölçekle analiz çalışması yapılarak bu çalışmanın bulgularına yer verilmekte ve son bölümde ise tartışma, sonuç ve öneriler kısmı yer almıştır.

Araştırmanın amacı panik bozukluğu tanısı almış bireylerde düşünce tarzlarının panik atak ortaya çıkması ve panik bozukluk gelişimi ile ilişkisini araştırmaktır. Panik bozukluk ile ilgili bir çok araştırma olmasına rağmen düşünce tarzlarını ve bilişsel çarpıtmalarını araştıran kapsamlı bir çalışma olmadığı görülmektedir. Bu sebepten dolayı bu ilişkinin bilinmesi klinik düzeydeki araştırmalara yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmanın hipotezi “düşünce tarzlarıyla panik bozukluğu arasında bir ilişki bulunmaktadır” şeklinde belirlenmiştir.

Araştırmada kullanılan literatürün doğru ve gerçeği yansıttığı, ölçeklerin bilimsel sonuçlara ulaşabilmek için güvenilir olduğu, katılan çalışma grubunun verdiği cevapların gerçek yaşantısal durumlarını gösteren cevaplar olduğu varsayılmıştır.

Evreni temsil eden grubun tamamına erişebilmenin mümkün olmayışından dolayı İstanbulda yer alan özel bir klinikte DSM V tanı kriterlerine uygun Panik Bozukluk teşhisi alan kişilerle çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışmanın grubu 75 kişi ile sınırlıdır.

BİRİNCİ BÖLÜM

İLGİLİ LİTERATÜR

1.1. KAYGI KAVRAMI

1.1.1. Kaygının Tanımı

Kaygı tanımlanması güç olan bir endişe ve korku duygusudur. Bu duyguya belli başlı fizyolojik belirtiler eşlik edebilir. Göğüs sıkışması, çarpıntı, baş ağrısı, terleme gibi duyular örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, kendi çevresinde dolaşma isteği de kaygının sıklıkla karşılaşılan belirtileri arasında yer almaktadır (Türkçapar, 2004).

Kaygının tanımı diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha geç dönemlerde yapılmıştır. Bu tanım kaygının kişiyi felç eden şekli ile tanımlanmıştır (Roth, 1988). Kaygı tanımı 1869 yılında Bears tarafından tanımlanmış olan nevrasteni içinde ikinci derecede bir belirti olarak yer almıştır. Daha sonra yıllar içinde nevrasteni farklı sendromlara bölümlenerek ön plana çıkmaya başlamıştır (Nemiah, 1985).

Kaygı ,bilişsel , duygusal , somatik ve davranışsal bileşenlere sahip fizyolojik ve ruhsal durum hali olarak tanımlanabilir. Tipik olarak bu bileşenler , huzursuzluk , korku , kaygı ve telaş yapma haliyle bağlantılı kişide nahoş bir his oluşmasına sebep olurlar (Ohman, 2000). Şiddetli korku duygusu ve böylesine gerçek bir tehlike ile karşılaştığında kişi beraberinde fiziksel tepkiler göstermiş olur (American Psychiatric Association ,2000). Başlıca iki element olarak korku ve endişenin farkedilmesi , genellikle çarpıntı ve terleme gibi fizyolojik duyular ile baş gösterir (Kocabaşoğlu, 2008).

1.1.2. Kaygı Bozuklukları

DSM V'e göre tanımlanmış anksiyete bozuklukları aşağıda belirtilmiştir;

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
- Özgül Fobi
- Sosyal fobi
- Panik Bozukluğu
- Yaygın Kaygı Bozukluğu
- Maddenin / İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

1.2. PANİK BOZUKLUK

1.2.1. Panik Kelimesinin Anlamı

Yunan Mitolojisi “panik” kelimesini yalnız yaşayan, üzgün olduğu zaman bir mağaraya kapanan, rahatsız edildiğinde çığlık atarak insanların korkmasına sebep olan “Pan” isimli bir tanrıdan geldiğini belirtmektedir (Ceylan ve Yazan 2000). Pan, vücudunun üst kısmı insan, alt kısmı keçi biçiminde olan sürüler tanrısıdır ve gerek korkunç görünümü gerekse ürkütücü çığlığı ile sürülerin, orman ve su perilerinin korku içinde kaçışmalarına sebep olur (Güleç ve Köroğlu 1997).

“Panik” terimi psikaytrik bir kavram olmakla birlikte etimolojik yanı mitoloji ile iç içe geçmiştir. Yunanca’da “panikon” ve “panikos” sözcükleri, ‘Pan’a ait’, ‘Pan’dan gelen’, ‘Pan ile ilgili’, ‘Pan’ın neden olduğu’ anlamına gelmektedir. Antik Yunan mitolojisinde Teke-Tanrısı olarak bilinen Pan, imgesel ve eylemsel olarak çok yönlü bir figürdür. Tanrı Pan’ı, Antik Yunan kaynakları, beklenmedik bir anda ortaya çıkan, açıklanması güç yoğun korku ve bunaltı atakları ile ilişkilendirmektedir. Kimi kaynaklar, Pan’ı, ‘Bilinemez’in tanrısı’ olarak kabul etmekte, nedenin açıklanması güç olayların ona atfedilebileceğini söylemektedirler (Saydam, 2014).

1.2.2.Tarihçe

İlk olarak M.Ö. 4. Yüzyılda Anksiyete Bozuklukları Hipokrat'ın yazılarında tanımlanmıştır (Reiger DA and ark.). 19. YY'ın ilk yıllarında tanımlanmaya başlanmıştır. Göğüs ağrısı, çarpıntı belirtileri yüzünden kardiyolojik hastalığı olduğu düşünülmüş ve modern tanı yöntemlerinin olmaması sebebiyle ayırıcı tanıda zorlanılmıştır. Panik bozukluk kavramının gelişimi yaklaşık yüz yıllık bir süreyi kapsamaktadır. Panik bozukluğa “asker kalbi, nörosirkulatuvar nevrasteni ya da hiperventilasyon sendromu” gibi farklı tıbbi terimler üretilmiş, psikolojik çatı altında ise yoğun duyguların neden olduğu nevrasteni grubu içinde yer almıştır (Aysev ve Taner, 2007).

1871 senesinde Da Costa irritabl kalp hastalığı adını verdiği, savaşı askerlerde görülen çarpıntı, baş dönmesi, taşikardi, nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi panik bozukluğu belirtilerinin çoğunu panik atak hastalığının tanımlamada bir ölçüt olarak belirtmiştir (Tükel, 2002).

Freud'un anksiyete nevrozu olarak tanımladığı bu kavramda panik bozukluğu tanısını karşılayan anksiyete tablosunu nevrasteni grubundan ayırmıştır (Berrios, 1996). Anksiyete nevrozunun aniden ortaya çıkan şiddetli anksiyete atakları şeklinde kendini gösterebileceği ve kronik bir biçimde olabileceği dikkati çekmiştir (Tükel, 2000).

I. Dünya Savaşı esnasında tekrar ortaya çıkan Da Costa Sendromunun adı “kalbin bozulmuş aksiyonu” olarak belirtilmiştir. Anksiyetenin kardiyak görünümüleri bir kez daha gündeme gelmiştir. Lewis 1912 senesinde bu duruma “efor sendromu” adını vermeyi önermiştir. Lewis bu durumun ortaya çıkışını fazla güç sarfetmeye, enfeksiyon hastalıklarına, kardiyak hastalıklara, merkezi sinir sistemine anormalliklerinin fiziksel etkenlerine bağlamıştır. Oppenheim, “nörosirkulatuvar asteni” terimini kullanarak bu terimin yaşanan durumu daha iyi açıkladığını düşünmektedir (Nemiah, 1985).

II. Dünya savaşında askerlere artık iç hastalık uzmanları ya da cerrahlar bakmamaktadır. Bu kişiler psikiyatristler tarafından kontrol edilmektedir. Savaş sırasında oluşan durumun önceden kalbin fonksiyonunda bozukluk olduğu düşünülürken bu durum artık kaygının bir tepkimesi olarak görülmektedir. Tanısı bu

yönde olmaktadır. Günümüzde de paniğin kardiyovasküler belirtilerinin kaygı bozukluğunun akut formununun oluşturduğuna dair fikir birliği olunmuştur (Tükel, 2002).

Panik Bozukluğunu 1964 senesinde Klein anksiyete nevrozundan ayırmıştır. Bu durumu ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlamış, “farmakolojik diseksiyon” adını vermiştir. Bu yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan yaygın anksiyeteden ayırmıştır. Bu ayırmadan sonra Panik Bozukluğunu farklı bir kaygı bozukluğu kategorisi olarak tanımlamıştır (Tyrrer, 1989).

1.2.3. Panik Atak Nedir

Panik ataklar başta panik bozukluk olmak üzere diğer kaygı bozukluklarında da görülebilmektedir. Beklenmedik ve akut bir şekilde ortaya çıkar ve yoğun bir kaygı nöbeti olarak tanımlanır (Karabekiroğlu ve ark., 2007).

Panik ataklar genellikle şiddetli bir korku halinde, kötü olaylar olacağına dair beklentiler ve endişe ile birden başlar ve kısa bir süre içerisinde en şiddetli halini almaktadır. Bu atak esnasında bazı belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtiler genellikle; boğulacakmış hissi, çarpıntı, baş dönmesi, bayılacak hissi, nefes alıp vermede güçlükler yaşama, kalp ritminde yükselmeler, uyuşma, mide bulantısı, karıncalanma, terleme, göğüs ağrısı şeklinde olmaktadır (Tükel, 2002). Fiziksel ve ruhsal değişikliklerin yaşandığı bu gibi ataklarda kişiler sıkıntı içerisinde girdikleri bu duyumlarını genellikle "felaketin habercisi" şeklinde yorumlarlar ve gerçek bir tehlike ile yüz yüze olduklarını düşünmektedirler (Gökler, 2005).

Ataklar hızla ortaya çıkar, başlangıcından sonraki 2–10 dakika içinde belirti şiddeti doruğa ulaşmaktadır. Bu ataklar çoğunlukla 10–30 dakika sürer. Nadiren saatlerce devam edebilir. O sırada hastaların yapmakta oldukları etkinlikleri sürdürmesi güçleşmiş, çoğunlukla imkansız bir hale gelmiştir (Tükel, 2006).

Panik ataklar bazı tıbbi durumlarda ve çeşitli psikiyatrik bozuklukların da eşliğinde ortaya çıkabilir. Bu sebepten sadece panik atakların var olması panik bozukluğu teşhisinin koyulabilmesi için tek başına yeterli bir faktör olmamaktadır (Kocabaşoğlu, 2002).

Panik atağın tipleri “beklenmeyen, durumsal ve durumsal yatkınlık gösteren panik atağı” olarak tanımlanmıştır (Barlow ve ark., 1994).

1. Beklenmedik ataklar: ortada hiçbir sebep yokken ve birden yaşanan nöbetler olarak tanımlanır (Kaya, 2007).
2. Duruma bağlı olan ataklar: sosyal ortamlarda aşırı kaygı yaşayanlarda da duruma bağlı panik atakların ortaya çıktığı görülmektedir (Kaya, 2007).
3. Durumsal yatkınlık gösteren panik ataklar: genelde destekleyici bir etken olmasına rağmen her zaman panik atak oluşturmaları beklenmez. Atak bazen bir tartışma sırasında bazen de bir tartışmadan sonra da ortaya çıkabilir (Kaya, 2007).

DSM V’e Göre Panik Atağı Belirleyicisi;

Not: Bir panik atağı tanıma amacıyla belirtileri burada verilmektedir, ancak panik atağı ruhsal bir bozukluk değildir ve kodlanamaz. Panik atakları, kaygı bozuklukları bağlamında ortaya çıkabildiği gibi diğer ruhsal bozukluklarda (örn. Depresyon bozuklukları, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, madde kullanım bozuklukları) ve birtakım sağlık durumlarında (örn. kalple ilgili, solunumla ilgili, dengeduyumsal (vestibüler), mide-bağırsakla ilgili) da ortaya çıkabilir. Bir panik atağın varlığı tanımlandığında, bir belirleyici olarak belirtilmelidir (örn. panik atakları ile giden örselenme sonrası gerginlik bozukluğu). Panik bozukluğunda, panik atağının varlığı bu bozukluk için tanı ölçütleri içinde kapsanır ve panik atağı bir belirleyici olarak kullanılmaz.

Dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

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

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
2. Terleme

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

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

1.2.4. Panik Bozukluk Nedir?

Panik Bozukluğu aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan, yoğun iç sıkıntısı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan panik ataklarla karakterize bir hastalıktır (Angst, 1998; APA 2000). Birden meydana gelen ataklar bireyler için oldukça sıkıntı vericidir. Bu ataklar işlevsellikte bozulmalara neden olmaktadır (Mendlowicz ve Stein, 2000; Katon ve ark., 1995; Carrera ve ark., 2006). Hayat kalitesini olumsuz etkilemekle birlikte en çok görülen kaygı bozukluklarından biridir. Hastaların panik nöbetleri sırasında yaşadıkları çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, soluğun kesilmesi, terleme, titreme gibi belirtiler otonom sinir sistemi ile ilişkili bulgulardır (DSM-5). Bu belirtiler sonucunda hasta hemen acil servislere başvurur. Tıbbi incelemeler sonucunda bile hastanın korkularının giderilmesinde bir hayli güçlükler yaşanır. Hayati tehlikesi olmadığı konusunda da ikna edilememektedirler (Atalay ve ark., 1995).

Panik bozukluğu olan kişilerde, herhangi bir olay ya da rahatsız edici bir durumla ilgili olmayan zaman zaman ortaya çıkan anksiyete yaşantısı vardır. Kaygı

ile alakalı yoğun ve akut bir yaşantıdır. Bu durum paniğin psikolojik bir yönü olarak kabul edilebilir. Panik atakta kişiler kaçma davranışından sorumludurlar ve bu kaçmanın amacı panik atağı durdurmak olarak nitelendirilmiştir (Kaplan ve ark., 1994).

İlk panik atağından sonra birçok hastada yeni atak gelişme olasılığına karşı bir korku gelişir. Bu nedenle hastalar başlangıçta rahatlarlarken, kısa bir süre sonra ataklar arasındaki dönemlerde gerginlik ve kaygı düzeyleri artar (Işık, 1996).

Panik atak tek başına bir hastalık olarak adlandırılmayacağı düşünülerek tekrarlayan panik atakları ile bu atakların tekrarlanacağı yönünde yoğun endişeli bir hal içinde olmak, kalp krizi geçirme, delirme, kendini kaybetme gibi kötü şeyler olacağı kaygısının varlığı ile panik bozukluk rahatsızlığı oluşur. Hastanın genel görünümünün de belirgin bir bozukluk olmaz, fakat hasta çok endişeli olur. Bilişsel yetileri yerindedir, ama zaman zaman etrafındakileri tanıımıyormuş, algı bozukluğu varmış gibi bir durum ortaya çıkabilir. Hasta zihinsel şaşkınlık ve karışıklık içinde olabilir (Ceylan ve Yazan, 2000).

1.2.5. Panik Bozukluk DSM Tanı Kriterleri

DSM-5'e göre;

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

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

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıldığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.

7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ates basma duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

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

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

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

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. Kötüye kullanabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkenlerine bağlanamaz.

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

1.2.6. Agorafobi

Da Costa 1871 senesinde "Die Agoraphobie" adını verdiği çalışmasında agorafobi sendromunu tanımlamıştır. Bu yayınladığı çalışmada Westpal, açık alanlarda yoğun bir korku yaşayan ve bu sebepten dolayı evlerine gitmek üzere tanımadıkları kişilerden yardım isteyen üç erkek hastasını bildirmektedir (Tükel, 2002).

Agorafobi meydan, açık alan korkusu olarak tanınlanmaktadır. Kişiler ihtiyaçları halinde yardım alamayacaklarını veya mümkün olmayabileceği düşünerek güvenli bulmadığı ortamlardan kaçmanın zor olduğu yer ve durumlarda bulunmaktan aşırı derecede korkmaktadır. Bu korku özellikle panik atak esnasında yaşadıkları belirtilerin sebebiyle destek imkanından ya da kaçış yolunun olamadığı durumlarda artmaktadır. Yoğun kaygı içinde yaşayan agorafobi hastaları eve bağlanabilmektedir (Oltmanns ve ark., 2003).

Agorafobi hastalığı yaşayan kişiler çoğunlukla çevreye açık yerlerde atak geçirmekten korkmaktadırlar. Bu sebepten dolayı kendilerinden ve bu atağa sahip oldukları için utanmaktadırlar. Birçok hasta başka türlü kaçacakları yere güvendikleri kişilerle giderler (Batterham ve ark., 2011).

Agorafobi kapsamında ele alınabilecek korkular kalabalıklarda, evden ayrılmakla, evde yalnız kalmakla, sinema, tiyatro, otobüs, tren, uçak gibi toplu yerlerde bulunmakla ortaya çıkabilir (Sungur, 1997).

Panik bozukluğu hastalarının 1/3 ile 3/4'ünde agorafobi eşlik etmektedir. Agorafobinin varlığı panik bozukluğunun şiddetini, yeti yitimini ve eş tanı oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır (Kessler ve ark., 2006).

DSM V'e göre Agorafobi;

A. Aşağıda beş durumdan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.

- 1) Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. Otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar)
- 2) Açık yerlerde bulunma (örn. Otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler)

- 3) Kapalı yerlerde bulunma (örn. Mağazalar, tiyatrolar, sinemalar)
- 4) Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma
- 5) Tek başına evin dışında olma

B. Kişi kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren (örn. Yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. İnflamatuvar bağırsak hastalığı, Parkinson hastalığı), korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Sözgelimi, belirtiler özgül fobi, durumsal tür ile sınırlı değildir; yalnızca toplumsal durumları (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) kapsamaz ve yalnızca takıntılarla (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi), dış görünümle ilgili algılanan kusurlarla (beden algısı bozukluğunda olduğu gibi), örseleyici olayları anımsatıcılarla (örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma korkusuyla (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ilişkili değildir.

Not: Agorafobi tanısı, panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur. Kişinin klinik görünümü, hem panik bozukluğu, hem de agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır.

1.2.7. Beklenti Anksiyetesi

Panik atak yaşıdıktan sonra yeni bir atak yaşama beklentisi içerisinde olmak. Bu korkuya beklenti anksiyetesi denir. Genellikle hastalarda ilk panik atağı yaşıdıktan sonra veya atakların sıklığının artmasıyla beraber başka atakların oluşacağına ilişkin bir korku gelişmektedir. Hastalarda dikkat, kaygılı beklenti ve hiperaktivitenin olduğu bir anksiyete durumu yaşarlar (Köroğlu, 1998). Hastalar gelişebilecek bir atağı yaşayabilmenin korkusuyla birlikte, geçirdikleri atak sonrasında karşılaşabilecekleri zorluklardan ötürü aşırı yoğun bir endişe duymaktadırlar. Beklenti anksiyetesi, yoğunluğu ölçüsünde panik atağı eşğini düşürerek, yeni atakların ortaya çıkma riskini yükselten bir yönü olabilmektedir (Tükel ve Alkın (eds), 2006).

Beklenti anksiyetesinin üç öğeye ayrılmaktadır;

Bunlardan ilki; panik atak geçirmeyle alakalı yoğun bir düşünce uğraşları olur. Bu düşünceler genellikle kaygı ve huzursuzluk verici düşüncelerdir. İkinci olarak tekrar bir panik atak geçirmek ve bu atağın tehlikeli olması inancı ve beklentisi içerisinde olmak. Son olarak da sürekli devam eden bir korku eğilimi içerisinde olmak veya bu korku sonucunda oluşan bedensel duyumlardan korkmaktır (Robert, 1996).

Beklenti anksiyetesi içerisindeki hastalarda uyarılmışlık ve sürekli tetikte olma hali vardır. Devamlı ne zaman yeni bir panik atak yaşayacaklarını fark edebilmek amacıyla çevresel ve bedensel bütün ipuçlarını değerlendirmeye çalışırlar (Tükel ve Alkın (eds), 2006).

Bu kişilerin bütün ilgileri sürekli olarak bedenlerinde ve beden duyumlarındadır. Sürekli olarak solunum hızlarına, kalp atımlarına odaklanırlar. Kalp atım hızlarını neler artırır ve ne zaman solunumları hızlanır çoğu zaman ilgileri bedenlerindedir. Hangi ortamlarda hangi bedensel belirtileri göstermeye başlar? Genellikle bulundukları bölgelere en yakın sağlık kuruluşu nerededir ve bir şey olursa oraya ne şekilde ulaşabilirimi araştırırlar. Hastaların zihni sürekli bunun gibi kaygı odaklı düşüncelerle meşguldür. Bu sebepten dolayı beklenti anksiyetesi durumsal panik ataklarına, agorafobik kaçınma davranışlarına ve sağlık kaygısına zemin hazırlamaktadır (Tükel ve Alkın (eds), 2006).

1.2.8. Epidemiyoloji

Panik bozukluk ile ilgili epidemiyolojik veriler çok önemlidir. Bu veriler sayesinde kimlerin risk altında olduğunu, bu hastalığın nasıl bir klinik görünümü olduğu ve kimlerin tedaviye ihtiyacı olduğunu anlamamıza yardımcı olur (Hoehn ve ark., 1993).

Daha önceki zamanlarda panik-anksiyete bozuklukları çerçevesinde yaygın anksiyete bozukluğunun kronik bir kaygı bozukluğu olduğunu ve panik bozukluğunun da bunun alt tipi olduğu düşünülüyordu. Fakat daha sonrasında yapılan bazı çalışmalarla ve bunların sonuçlarında panik bozukluğunun başlı başına bir rahatsızlık olduğu düşünülmüştür. Bu çalışmalar; sodium laktat infüzyonuyla panik ataklarının meydana getirilmesi, panik bozukluğu olan hastalarda aileyle alakalı bir eğilimin var olması, bu hastalarda agorafobinin ortaya çıkıyor olabilmesi, trisiklik antidepresanlarla tedavinin olumlu sonuçlar alıyor oluşu bu hastalığın kendi başına oluşan bir hastalık oluşunu göstermektedir (Kocabaşoğlu, 2002). Panik bozukluğunun agorafobiye de içine katarak büyümesi ve daha önceki zamanlarda fobik bir bozukluk olarak değerlendirilen çoğu durumun da yeni kriterlere göre panik bozukluk teşhisi alması epidemiyolojik araştırmaların da sonucuna belirgin etkiler yaptığı bilinmektedir (Tükel, 1997).

Panik bozukluk, genel nüfusa bakıldığında zaman en fazla görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir (Güleç ve Köroğlu, 1997). Toplumda her on kişiden birinin yaşamının bazı dönemlerinde en az bir kere bile olsa bir panik atak yaşamaktadır. Fakat yineleyen panik atakların sıklığı %7 civarındadır. Panik bozukluğun ise yaygınlık oranı %1-2 olarak bildirilmiştir (DSM 3, 1987). Yaşam boyunca bir veya daha fazla panik atağı geçirmenin yaygınlığı %3.6-9.9 olarak bildirilmiş. Panik bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu agorafobi görülme yaygınlığının %22.5 ile %58.2 aralığında olduğunu belirtmiştir. 1993 yılında Wittchen ve Essau'nun yaptığı araştırmada panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %2, agorafobinin yaşam boyu yaygınlığının %5 olarak bulunmuştur (Eaton ve ark., 1994).

Panik bozukluğu ölçütlerini karşılamayan panik atakları, belirli belirtileri olan panik atakları ve panik atağı öyküsü olmaksızın agorafobi de araştırıldığında bu sonuçların oranının daha da arttığı ve yaşam boyu yaygınlaşma durumu yaklaşık %3-

5 olmaktadır. Panik bozukluğu yaşayan hastaların geneli ilk etapta psikiyatri bölümü dışındaki tıp birimlerine başvurmaktadır. Çünkü belirtilerinin çoğu otonomik ve fiziksel belirtiler olmaktadır. Bu belirtilerden %35'inin hipervensitalasyon, %15'inin baş dönmesi ve %16'sının kardiyak yakınmalar olduğu ve bu sebeplerden dolayı ilk olarak psikiyatri servislerine başvurmadıkları bildirilmiştir (Stein, 1994; Chignon, 1993; Rouillon, 1992). Bu kişiler çoğunlukla acil servislere ve farklı uzmanlıklara başvurmaktadır (Güleç ve Köroğlu, 1997). Vestibüler rahatsızlık sebebiyle başvuruda bulunan kişilerin %15'i, kardiyoloji polikliniğine başvuranların %16'sı ve hiperventilasyon sebebiyle hastaneye başvuranların %35'inin panik bozukluğu hastası olduğu bildirilmiş (DSM-V, 2013). Farklı tıp birimleri tarafından psikiyatri konsültasyonu istenilen kişilerin panik bozukluk görülme sıklığı %5-10 olarak saptanmıştır. Bütün bu bulgular eklendiğinde genel popülasyonda yaşayan kişilerin %10'u hayatı boyunca en az bir kere panik atak geçirdikleri bildirilmiştir (Tükel, 2000). Panik bozukluğunun birincil sağlık hizmeti verilen yerlerdeki yaygınlığı ise %1.4-8 arasında değişiklik göstermektedir (Güleç ve Köroğlu, 1997). Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmasında Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde panik atağı yaygınlığı %3.4, panik bozukluğu yaygınlığı %0.2 olarak verilmiştir (Sartorius ve ark., 1993).

Yapılan araştırma verilerine bakıldığında panik bozukluğu hastalığının kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü bulunmuştur (Tükel, 2000). Panik bozukluğunun yaşam boyunca görülme sıklığı erkeklerde %2 verilmişken bu oran kadınlar için %5 olarak bulunmuştur (Davidson ve Neale, 2004; Gökler, 2005). Kadın erkek oranı yaklaşık olarak 3/1 olarak bildirilmiştir. Agorafobinin de birlikte görüldüğü panik bozukluğu yaşayan hastalarda kadın erkek arasındaki oran kadınların lehine olacak şekilde artmaktadır (Tükel, 2002). Panik bozukluğunun oranı 15-24 yaş arasındaki kadınlarda %2.5, erkeklerde %1.3 olarak görülmüşken daha ileriki yaşlarda cinsiyetler arasındaki farklılık artmaktadır. 35-44 yaş arasındaki kadınlarda %2.1 ve erkeklerde de %0.6 olarak bulunmaktadır (Weissman ve ark., 1997).

Panik bozukluğu hastalığının genellikle geç ergenlikle otuzlu yaşların arasında başladığı görülmektedir. Fakat başlangıç yaşı değişkenlik gösterebilmektedir (Lepine ve Pelissolo, 1999). Son zamanlarda yapılan araştırmalara göre ergenlerde ve çocuklarda da panik bozukluğu rahatsızlığının sıklıkla gözlemlendiği bildirilmiştir

(Aysev ve Taner, 2007; Birmaher ve Ollendick, 2004; Doerfler ve ark., 2007; Ollendick ve ark., 1994). Genel olarak ergenlerde görölme yaygınlığı yaklaşık olarak %1'dir (Essau ve ark., 1999; Whitaker ve ark., 1990). Fakat klinik örnekleme çocukların ve ergenlerin panik bozukluğu yaşama oranlarının %10-15 aralığında olduğu görölmüştür (Birmaher ve Ollendick, 2004; Ollendick ve ark., 1994).

Klinik örneklemlere bakıldığı zaman bu yaş ortalamasının 25 yaş dolaylarında olduğu görölmektedir. Bu bozukluk çocuklukta ya da 40lı yaşların üzerinde de başlayabildiği bazı çalışmalarla bulunmuştur. Fakat bu oranın diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Tükel, 2002). Panik bozukluğu tedavisi almak için başvuranların yaşı çoğunlukla 25 ile 45 yaşları arasındadır (Tükel, 2000). Yaşlandıkça panik bozukluğu hastalığının sıklığı azalmaktadır ve 65 yaşının üzerinde ise nadiren görüldüğü bulunmuştur (Weissman ve ark., 1997).

Panik bozukluğu hastalığının evli olanlarda görölme sıklığı daha azdır. Evli olmayanlarda (dul, bekar, ayrı yaşayanlar) bu bozukluk evli olanlara göre iki kat daha fazla artmaktadır (Eaton, 1994). Yine bu bozukluk şehirde yaşayanlarda, kırsal kesimlerde yaşayan kişilere oranla 1.5-2 kat daha fazla görölmektedir (Eaton, 1994).

1.2.9. Etiyoloji

Panik bozukluğunun nedenlerine bakıldığı zaman çoğu olguda problemin ortaya çıkmasında sadece tek bir etken rol oynamamaktadır. Bu sebepten dolayı bu hastalığın nedenleri karmaşıktır (Köroğlu, 2006). Panik bozukluğunun oluşumundaki etkenleri şu şekilde özetlemek mümkündür;

- Başka bir nevrotik bozukluğun oluşmasında rol oynayan hastalığa özgü genetik yatkınlık
- Agorafobiye has bir genetik faktörün varlığı,
- Hastalığa özel biyolojik süreçler
- Özel psikolojik ve bilişsel süreçlerin etkileri (Örneğin yaşanan olaylara katastrofik anlamlar vermek)
- Stresli yaşam olaylarının yanı sıra çevresel faktörlerin de panik bozukluğunun ortaya çıkmasında etkileri vardır (Işık ve ark., 2006).

1.2.9.1. Biyolojik Yaklaşımlar

Anksiyete olayları biyokimyasal ve nörofizyolojik çalışmaların gittikçe odak noktası haline gelmektedir. Kaygının varolan biyolojik sistemlerin aşırı uyarılmasından mı yoksa başlı başına patolojik mekanizmalardan dolayı mı olduğu henüz bilinmemektedir (Turan ve Eşel, 2002). Eskiden anksiyetenin tamamıyla ruhsal kökenli olduğu kabul ediliyordu fakat son zamanlarda yapılan ilaç denemeleri ve nörobiyolojik araştırmalar sonucunda biyolojik bir bozukluk olduğu izlenimi elde edilmiştir (Işık ve ark., 2006; Abby ve ark., 1995). Sodyum laktat, karbondioksit, kafein, yohimbin, izoproterenol ve kolesistokinin gibi panik atakları oluşturan ajanların kullanıldığı laboratuvar araştırmaları ve panik ataklarını ortadan kaldıran ilaçların etki düzeneğini anlamaya çalışan araştırma stratejileri ile Panik Bozukluğun etyolojisi aydınlatılmaya çalışılmaktadır (DSM-III-R 1987, Marks 1986, Papp ve ark., 1993).

1.2.9.2. Sodyum Laktat

Bazı kimyasal maddelerin panik bozukluğu olan kişilerde panik ataklarını uyardıkları belirlenmiştir. Bu maddelerden en çok ortaya çıkanlar arasında sodyum laktat ve karbondioksit bulunmaktadır. Cohen ve White 1951 senesinde panik bozukluğu yaşayan kişilerin karbondioksite olan duyarlılıklarının çok yoğun olduğunu bulmuşlardır. Fiziksel egzersiz esnasında kanda biriken laktatın kontrollere göre daha yüksek düzeylere ulaştığını göstermişlerdir (Sharples ve ark., 2010). Egzersizden sonra laktatın artmış olmasını, bu kişilerdeki hücrel metabolizmanın yetersiz olması sebebiyle egzersizin gerektirmiş olduğu hızlı metabolik aktiviteye organizmanın uyum gösterememiş olması ve sonucunda da parçalanması gereken laktatın yeterince parçalanamıyor olup kalmasına bağlamışlardır (Graeff ve ark., 2005).

1967 senesinde Pitts ve McClure panik atakların dışarıdan bir madde vermekle provoke edilebileceğini saptayan ilk kişilerdir. Daha önce yapılmış çalışmalarda belirlenen kaygı güdülerinin en üst düzeyde olan hastaların egzersiz esnasında kontrollerden daha fazla laktat ürettikleri sonucundan yola çıkarak, kaygının kanda artmış olan laktat asit ile alakalı olabileceğini düşünmüşlerdir. Bu hipotezlerini test edebilmek amacıyla düzenledikleri çalışmada hastalara laktat infüze

etmişlerdir (Liebowitz ve ark., 1985). Laktat verilmesinin ardından kontrol grubundaki 10 kişiden sadece 2sinde bu belirtiler gözlemlenirken, 14 hastanın 13'ünde panik atağın belirtileri gözlemlenmiş. Bütün hastalar deney esnasında yaşadıkları kaygıyı kendi hayatlarında yaşadıkları ataklarla çok benzer olduğunu ifade etmişlerdir (Yüksel, 2006).

Laktat infüzyonu sonucunda panik bozukluğu olan hastaların %50-70'inde, kontrol deneklerinin ise %10'undan daha azında panik atağı meydana gelmektedir. Sosyal fobi ve obsesif kompulsif tanısı almış hastalarda ise panik atak gelişmemektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak laktat infüzyonu sonucunda panik atak oluşmasının panik bozukluğu tanısı için biyolojik bir belirteç olduğu söylenebilir (Güleç ve Köroğlu, 1997).

Maddock ve arkadaşları toplam 21 hastada; bu hastalardan 13ü remisyon döneminde, 8i semptomatik ve 12 sağlıklı bireyi kontrol altına alarak laktat ve glutamin infüzyonu sonrası vizüel simülasyona manyetik rezonans spektroskopisi ile incelemiştir. Vizüel kortekste glutaminle ilişkili aktivite artışı anlamlı olarak sağlıklı kontrollerden daha düşük saptanmıştır. Laktatla ilişkili aktivite artışı her iki grupta benzer şekilde bulunmuştur. Bu açıdan beyin pH'nın dinamik durumuna bağlı aktivitedeki bozuklukların klinik remisyonda bir etkisi olabileceği hipotezini ortaya çıkarmıştır (Maddock ve ark., 2012).

1.2.9.3. CO₂ ve Hiperventilasyon

Yüksek konsantrasyonlarda karbondioksit inhalasyonunun kaygıyı arttırdığı ve panik bozukluğu olan hastalarda panik ataklarını uyardığı gösterilmiştir (Valencia, 2002). Panik bozukluğu olan hastaların hemen hemen hepsinde panik atak esnasında nefes darlığı yaşama ve soluğun kesilmesi şeklinde şikayetler bulunmaktadır. Panik bozukluğu olan ve odanın havasını istemli bir şekilde çok fazla soluyan kişilerin %30-50'sinde panik atağı gelişmektedir (Papp ve ark., 1993).

%35 karbondioksit solumakla panik atağına benzer bir atak gelişebilmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Majör Depresyonda karbondioksit provokasyonu ile panik atak oluşturulamamıştır (Topçuoğlu ve ark., 2005).

İsteyerek yapılan hiperventilasyon sırasında kaygıyı oluşturan belirtilerin gelişim gösterdiği, kaygı bozukluğunun fizyopatolojisine bakıldığında zaman hiperventilasyonun önemli bir yere sahip olduğunu destekler niteliktedir. Bu hastalığı yaşayan kişilerde sıklığı daha az olmakla beraber (%25'inde) zorlu bir şekilde yapılan hiperventilasyonun panik atakları ortaya çıkardığı görülmüştür. Biyolojik olarak CO₂'e karşı yoğun duyarlılık panik bozukluğu yaşayan kişilerde daha fazla görülebilir. Kişilerde bu reseptörlerin ateşlenme eşiği daha düşük olabilir. Bu reseptörler bu sayede kendi kendine veya çok düşük bir uyaran ile ateşlenerek nefes darlığı, hiperventilasyon ve bunlara bağlı diğer şikayetlere neden olur. Böylece CO₂ konsantrasyonundaki artış panik hastalarında hatalı oluşuyor ve boğulmanın yaklaştığına dair uyarılara sebep oluyor. Panik bozukluk rahatsızlığı bulunan hastalarda hiperventilasyon sayesinde CO₂ konsantrasyonunu azaltır ve bu tehlikeyi sonlandırma eğiliminde olurlar. Eğer CO₂ konsantrasyonları yüksek seviyelerde olursa hastaların boğulma korkularına bağlantılı panik atak geçirme olasılığı gerçekleşir (Papp ve ark., 1993).

Panik bozukluğu olan hastaların birinci dereceden yakınlarına da Perna ve arkadaşları tarafından %35 CO₂ provakasyon testi uygulanmıştır. 23 kişilik olan bu gruptaki 22 kişinin bu testten sonra panik atak geçirdiği görülmüştür. Testin neticesinde hastaların akrabalarındaki kalıtsal eğilimin mevcut olduğunu gözler önüne sermişlerdir (Perna ve ark., 1995). CO₂ güvenilir ve iyi bir panikojenik olarak bilinir. CO₂ duyarlılığının panik bozukluğuna ait ayırt edici bir durum olmasından ve aynı zamanda aile-kalıtım yatkınlığı ile de ilişkili bulunduğundan dolayı durumsal bir belirteç olarak kullanılabileceği görülmüştür (Perna ve ark., 1995; Bellodi ve ark., 1998).

CO₂ aşırı duyarlılığı diğer kaygı bozuklukları başta olmakla birlikte hiçbir psikiyatrik bozuklukta saptanmamıştır. Bu sebepten dolayı bu durumun panik bozukluğuna has bir neden olduğu gerçeği anlaşılmıştır. Panik bozukluğu için CO₂ duyarlılığı bir biyolojik işaret olarak kabul edilmektedir (Tükel, 2000).

1.2.9.4. Merkezi Noradrenerjik Sistem

Araştırmalara göre noradrenerjik nöronların köken aldığı beyin sapındaki locus ceruleus'un korku ve alarm tepkilerinden sorumlu olduğunu göstermişlerdir. Bu

konudaki çalışmalar locus ceruleus'daki noradrenalin içeren noranların aşırı uyarılması veya yetersiz inhibitor mekanizmaları ile panik nöbetinin ilişkisini araştırmayı temel alır. Panik hastalarında inhibitor mekanizmalarından biri olan pesinaptik alfa-2 otoresptörlerinin eksik düzeyde olduğu düşünülmektedir (Tükel, 1997).

Presinaptik alfa-2 antagonisti panikle eş derecede bir kaygı manzarası ortaya çıkarmaktadır. Kan basıncı ve plazma norepinefrin metabolite olan MHPG (metoksi hidroksi fenil glikol) seviyesi sağlıklı bireylerde panik bozukluğu olan bireylere göre daha az görülmektedir. Noradrenerjik sistemin bu duruma etkisi olduğunun da kanıtıdır. Sağlıklı bireylerde ise bu durumun zıttı olarak aynı reseptörün agonisti olan kolonidinin daha yüksek olduğu gözlemlenir. Çünkü tam tersi bir şekilde kaygıyı bastırmaya yönelik etkisi vardır (Micheal H ve ark., 2003 & Russell N. ve ark.,1998). Ayrıca bunu destekler nitelikteki başka bir araştırmada; noradrenalin MHPG düzeyinin yohimbin ile panik atak geçiren hastalarda kontrol grubuna göre daha fazla artışı olduğu saptanmıştır (Topçuoğlu ve ark., 2005).

1.2.9.5. Merkezi Serotonerjik Sistem

Korku ve savunma yanıtlarının düzenlenmesinde serotoninin rolünün olduğu bilinen bilgiler arasındadır (Tükel, 1997). Serotonerjik sistemin sadece panik bozukluğuyla değil bütün psikiyatri için de ilgi odağı haline gelmiştir. Merkezi serotonerjik sistemin işlevindeki bozukluğun panik atakların ortaya çıkmasıyla ilişkili olabileceği gündeme gelmiştir. Panik bozukluğunda serotonerjik işlev bozukluğunu açıklamaya çalışan iki tane kuram vardır. Bunlardan birisi serotoninin eksikliği diğeri de serotoninin fazlalığıdır. İlaç araştırmalarının sonucuna göre sinapsta serotonin düzeyini arttırmanın terapötik bir değeri olduğunu kesin bir şekilde kanıtlamıştır. Hastalarda panik belirtilerinin tedavinin başlangıç süresinde şiddetlenmesi postsinaptik serotonin reseptörlerinin aşırı duyarlılığıyla açıklanmakta ve serotonin eksikliğinin lehine bir bulgu olarak değerlendirilmektedir (Coplan and Gorman, 1992 ; Bell and Nutt, 1998).

Bu konuda üzerinde yapılan araştırmalar baz alınarak serotonin sentezindeki bozukluk sebebiyle sinaptik aralıktaki serotonin miktarında azalma ve buna bağlı olarak da postsinaptik reseptör duyarlılığında artış olduğu ileri sürülmüştür.

Araştırmacılara göre aşırı duyarlı serotonin reseptörlerinin panik bozukluğunun patolojisinde rolü olabileceğine dikkat çekmektedirler (Tükel, 1997).

1.2.9.6. GABA’erjik sistem

Hastaların yaşadığı beklenti anksiyetesinden limbik sistemin özellikle cingulat ve parahipokampal korteksin sorumlu olduğuna dair kanıtlar vardır. Bu beyin bölgesi kökenli beklenti anksiyetesinin oluşumunda GABA-benzodiazepin reseptör kompleksinin de rolü olabileceği öne sürülmektedir.

Benzodiazepinler, GABA’erjik işlevi arttırarak anksiyeteyi azaltmaktadırlar. GABA agonistlerinin sistemik uygulaması sonucu muhtemelen raphe nucleuslarındaki nöronların aktivitelerinin engellenmesi ile serotonin sentezi ve serotonerjik işlev azalır. Bunun sonucunda benzodiazepinler merkezi sinir sisteminde serotonerjik işlevi dolaylı bir şekilde azaltarak anksiyolitik etkilerini göstermektedir (Güleç ve Köroğlu, 1997).

1.2.9.7. Genetik

Alanda yapılan aile çalışmalarına bakıldığında Panik bozukluk hastalığının ailesel olduğuna dair güçlü kanıtlar ortaya çıkmıştır (Harris ve ark., 1983). Etiyolojik araştırmalara göre bu hastalığı olan kişilerin birince ve ikinci dereceden akrabalarında 4-10 kat daha fazla panik bozukluğu olduğu saptanmış (Manfro ve ark., 1996). Bu hastaların ailesindeki kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü de bulunmuştur (Harris ve ark., 1983).

Araştırmalara göre panik bozukluğun genetik sorumluluğunun %30 olduğu gösterilmektedir. Geri kalan risklerin de çevresel faktörlerden sorumlu olduğunu belirtmektedir (Arisoy, 2004).

Yapılan çalışmalarda panik bozukluğun belli başlı ailelerde yoğunluk gösterdiği saptanmıştır. Bu durum da genetik etiyolojinin önemini düşündürmektedir (Arisoy, 2004). Bu sebepten dolayı ailesel kümelenmeler bu bozuklukta söz konusudur. Bu hastalığa yatkınlığın %33-44 civarında kalıtsal olduğu ileri sürülmektedir (Işık ve Taner, 2006).

Panik bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında panik bozukluk olmayan kişilerin akrabalarına göre yaşam boyu panik bozukluk görülme riski 3-17 kat artmıştır (Mantar ve Alkın, 2012).

1.2.9.8. İkiz ve Aile Çalışmaları

Aile ve ikiz çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında zaman kaygı bozukluklarının ailesel geçişinde genetik faktörlerin önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir. Fakat bununla beraber genetik araştırmalar çelişkili sonuçlar vermiştir. Panik bozukluğunda ailesel risk %3.4 ile %17 arasında değişmektedir. Panik bozukluğunun gelişme riski, bozukluğun 20 yaşında veya daha erken başladığı hastaların akrabalarında daha fazla görülmektedir. Bu sebeple başlangıç yaşı panik bozukluğunun ailesel alt tiplerinin ayırtedilmesini sağlayabilir. Tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine oranla panik bozukluk veya agorafobi görülme olasılığı daha yüksektir (McMahon ve Kassem, 2007 ; Abby ve ark., 1995).

Karbondioksit aşırı duyarlılığının, panik hastalarının birinci derece yakınlarında, sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda belirlenmesi, bu duyarlılığın da kalıtılabilir nitelikte olduğunu göstermektedir (Black ve Andreasen, 2009).

Monozigot ikizlerde konkordans oranı %31 olup dizigot ikizlerde konkordans tespit edilememiştir (Doğan ve ark., 1995). Özellikle kromozom 16'nın genetik linkage çalışmalarında panik bozukluk ile ilgili genlerle bağlantılı olduğu saptanmıştır (Ceylan ve Yazan, 2000).

1.2.9.9. Erken Dönem Yaşam Olayları

Son dönemlerde , çocukluk döneminde yaşanan cinsel ve fiziksel istismarın psikiyatrik rahatsızlıklara neden olabilme durumu kabul edilmeye başlanmıştır.

Epidemiyolojik araştırmalar çocukluk dönemindeki istismarın ve kaygı bozukluğunun oluşumunun bağlantılı olabileceğini göstermektedir (Stein ve ark., 1996). Panik rahatsızlığı bulunan hastaların %13-54'u aynı zamanda istismar geçmişlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bundan dolayı , çocukluk döneminde yaşanan istismar olayları panik bozukluğunun oluşumuna zemin hazırlayan en

önemli risk faktörlerinden birini oluşturmaktadır (Stein ve ark., 1996; Walker ve ark., 1992).

Ayrılık ve kayıpların erken dönemde yaşandığı durumlar gelişimsel travmalardır ve bunların çocukluk dönemindeki cinsel ve fiziksel istismarlar ile yaşamdaki stres faktörlerinin en başta panik rahatsızlık olmak kaydı ile diğer anksiyete bozuklukları ile de olan ilişkileri birçok araştırmada da vurgulanmıştır (Etik ve ark., 2007; Özkan ve ark., 2005; Tükel, 2002; Silove ve ark., 1995).

Panik bozukluk tanısı almış hastaların %34-54'ü, 16 yaşının öncesinde ya ayrılık öyküsünün olduğunu veya ciddi bir kayıp yaşadığını belirtmiştir (Özkan ve ark., 2005; Kessler ve ark., 1997). Erken dönemde cinsel veya fiziksel kötü davranıma maruz kalmanın panik bozukluğu hastalarındaki etkisi üzerine yapılan bir çalışmada, panik bozukluğu olgularının %8'inin cinsel, %12'sinin fiziksel kötü davranıma maruz kaldığı belirtilmiştir (Breier ve ark., 1986). 2005 senesinde Özkan ve ark. Tarafından yapılan bir araştırmada %9-10'unda cinsel travmanın yanında aile içindeki fiziksel şiddete tanık olma veya bu şiddete maruz kalma, kişi için önemli bir aile bireyini kaybetme veya kaybedebilme riskini yaşama olayları dikkati çekmektedir (Tükel, 2002).

Bir başka araştırmada erişkin panik bozukluk veya agorafobi hastalarının %40-60'ında erken çocukluk döneminde cinsel ya da fiziksel istismar yaşantısının olduğu saptanmıştır (Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Ölüm veya başka nedenlerle bir anne, baba kaybının kötü gidişle önemli ölçüde bağlantılı olduğunu Tweed ve arkadaşları 1989, Manfro ve arkadaşları 1996 ve Noyes ve arkadaşları 1990 yılında yayınladıkları çalışmalarında bildirmişlerdir (Erek, 2006).

1.2.9.10. Stresli Yaşam Olayları

Yapılan birçok araştırmaya bakıldığında olumsuz yaşam olaylarının kaygı bozukluklarında tetikleyici bir rol oynadığını, kişinin hayatında ciddi önemler arz eden yaşam olaylarının panik bozuklukta önemli bir etkisi olduğunu desteklemektedir (Etik ve ark., 2007). Panik bozukluğu olan hastalarda, kişiler ilk panik ataklarını stres yaşadıkları yaşam olaylarından sonra yaşamaktadırlar (Faravelli ve Pallanti, 1989; Özkan ve ark., 2005).

Panik bozukluğu hastalarının, hastalık başlangıçlarının öncesinde geçen altı ay içinde stresli bir olay yaşamış olmaları yapılan araştırmalarca saptanmış ve oranın vakaların üçte ikisinde varolduğu ortaya konulmuştur (Breier ve ark., 1986). Stresli yaşam olaylarının görülme sıklığı dikkate alınarak şu şekilde sıralanmıştır; sevilen bir kişiden ayrılma ya da ayrılma tehditi yaşama, iş değiştirme, gebelik, göç, evlilik, okuldan mezun olma, yakın bir kişinin ölümü, fiziksel rahatsızlık (Tükel, 2002).

1992 senesinde Tükel tarafından 57 panik bozukluk hastası üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların %84'ünde ilk panik ataklarından önceki 6 aylık süreçte stresli yaşam olaylarının bulunduğunu belirtmiştir. Bu yaşam olaylarından %17'si işle ilgili, %17'si yakın olduğu bir kişinin ölümüyle ve %14'ünün ise sevdiği bir kişiden ayrılmak olduğunu bildirmiştir (Tükel, 2002).

Çevresel ve psikolojik faktörler genel olarak paniğin başlamasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Düşük sosyo-ekonomik düzeyin daha fazla stresöre maruz kalınmasına sebep olacağı bildirilmiştir (Freidman ve ark., 1994; Neal ve Turner, 1991).

Kronik stresörlerin yaşamlarda var olması panik bozukluğunu kötüleştirir. Yakın zaman içinde gerçekleşen kayıp veya ayrılık olaylarının panik bozuklukta depresyon komorbiditesi oluşması riskini de arttırmaktadır (Simon ve Fischmann, 2005).

1.2.9.11. Ayrılık Anksiyetesi

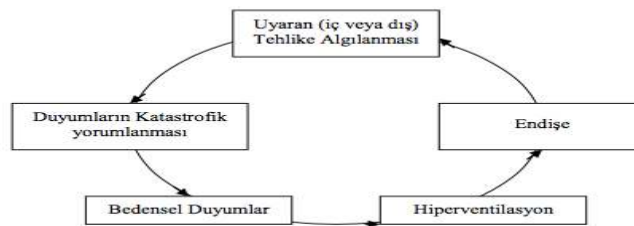
Çocukların erken yaşlarda yaşadığı ayrılma anksiyetesi bozukluğu, hayatlarının ilerleyen dönemlerinde panik bozukluğu geliştirme riski oluşturmaktadır (Aysev ve Taner, 2007). Yapılan farklı çalışmalar ve onların sonucunda çocukluk döneminde yaşanan ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile erişkin döneminde görülen psikiyatrik rahatsızlıklar arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Onur ve ark., 2004).

Panik bozukluk yaşayan 115 kişide geriye dönük yapılan bir çalışmada, bu kişilerin %22,6'sında çocukluk zamanlarında ayrılma anksiyetesi bozukluğu yaşadıkları belirlenmiştir. Panik bozukluk yaşayan ebeveynlerin çocuklarında ayrılma anksiyetesi, kontrol grubundaki çocuklara oranla daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Aysev ve Taner, 2007).

Erken dönemde yaşanmış ayrılığın veya ayrılık anksiyetesinin panik bozukluğun gelişmesi üzerinde de etkili olduğu bulunmuştur (Tweed ve ark., 1989). 1989 senesinde Tweed ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada 10 yaşının altında annesini kaybeden veya ailesinden ayrılan kişilerde panik bozukluğu yaşama riskinin arttığını belirtmişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada panik bozukluğu yaşayan kişilerde ayrılma anksiyetesi bozukluğu %18-29 arasında olduğu bildirilmiştir. Panik bozukluk ile ayrılma anksiyetesi arasındaki bağlantı hala çok net değildir. Fakat çocukluk yaşantısında ayrılma anksiyetesi olsun veya olmasın, erişkin panik bozukluk hastalarında “ayrılma duyarlılığı” yaygın bir biçimde yaşanmaktadır. Panik bozukluğu yaşayan kişiler yakınlarındaki kişilerden ayrılmakta zorluk yaşamakta, yakınlarını kaybetme veya onların hasta olacıklarına dair düşünceleri mevcuttur (Onur ve ark., 2004).

1.2.9.12. Bilişsel Kuram

Panik bozukluğu bilişsel kurama göre fiziksel ya da mental kökenli içsel duyumların yanlış olarak, katastrofik bir biçimde yorumlamasına bağlıdır (Clark, 1986). Panik atak yaşayan kişi atak esnasında oluşan belirtilerini bedensel veya ruhsal açıdan tehlikeli, zararlı ve hatta ölümcül şekilde olabileceğine inanır. Daha sonrasında kişi anksiyete belirtilerinden korkar bir hale gelir. Bir başka anlamda panik hastaları “korkudan korkmakta” ve dikkatlerini bu belirtilerine yoğunlaştırmaktadırlar. Sürekli olarak bedenlerinde olabilecek bir atağı düşündürecek belirtileri taramaya başlarlar.



Şekil 1. Bilişsel Kurama Göre Panik Patogenezi

Bu inançlar tekrardan kaygıya ve dolayısıyla daha fazla bedensel belirti ve duyumlara sebep olurlar. Bu durum Şekil 1’de de görüldüğü gibi bir kısır döngü haline gelir. Kaygının ve otonomik uyarılmanın artırdığı belirtilerin algılanması yeni panik atakların oluşmasına yol açar.

Korkulan bu duyular özellikle agorafobi başta olmak üzere kişide birçok kaçınma davranışına sebep olmaktadır. Kişiler panik atak oluşması durumunda etrafındakilerden yardım alamayacağı veya kolayca ortamdaki uzaklaşmayağı gibi “tehdit edici olarak” adlandırdıkları ortamlardan uzak dururlar (Tükel, 2000).

1.2.9.13. Psikodinamik Kuram

Psikanalitik kurama göre kronik kaygı ego ve id arasında yaşanan ve bilinçdışı bir şekilde gerçekleşen çatışma ile açıklanmaktadır. Genel olarak bu dürtülerin kişinin doğasına göre oluşan ve cinsel ya da saldırgan dürtüler olduğunu kabul eder. Bu dürtülerin erken çocukluk döneminde ortaya çıktığını öne sürmektedir (Davidson ve Neale, 2004; Oltmans ve ark., 2003). Duygu, alt benlikten dolayı ortaya çıkan dürtüler ile üst benlik tarafından yasaklı olan çatışmaların sonucunda oluşmaktadır. Benliğin ego bastırma olarak da tanımlanan savunma mekanizması sayesinde ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. Öfke ve saldırganlık gibi kabul görmeyen duygular bu mekanizma sayesinde bastırılmaktadırlar. Eğer kişi bu duyguları bastıramazsa kontrolünün kaybedileceğine dair korkuları oluşur ve kendiliğinin parçalanacağına yönelik duygular yaşamaktadır. Bu esnada ortaya çıkan kaygı ve panik atakların yardımıyla kişide kabul olmayan duyguların bilinçdışına ulaşmaması için bastırılmaktadırlar (Aysev ve Taner, 2007; Oltmans ve ark., 2003).

Psikodinamik modele göre panik bozukluk, bu hastalarda alışkın olmadıkları olaylar karşısında “aşırı koruyucu ve kontrol edici ebeveyn davranışlarıyla beslenen” ve “çözülmemiş bağımlılık-bağımsızlık çatışmalarına” neden olan, doğuştan var olan korku yanıtının gözlemlendiği hipotezine dayanmaktadır (Tükel, 2000).

Kaplan ve Sadock’un Klinik Psikiyatrideki yazısına göre; psikanalitik kuramlar panik nöbetlerinin, kişide kaygı oluşmasına sebep olan dürtülere karşı başarısız bir savunmanın sonucunda oluştuğunu öne sürerler. Agorafobinin ortaya çıkmasında da çocuklukta çağında yaşanan ebeveyn kaybı ve ayrılma kaygısı öyküsünün önemi dikkat çekmektedir. Kişinin toplum içerisinde tek başına kalması terkedilmeyle alakalı çocukluk çağında yaşanan kaygının zihninde tekrar canlanmasına sebep olur. Böyle durumlarda kullanılan savunma mekanizmaları bastırma, yer değiştirme, kaçınma ve sembolizasyondur. Belli başlı çevresel stres faktörleri hazırlayıcı nörofizyolojik zeminin etkileşmesinin sonucunda panik nöbetleri oluşabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

1.2.10. Klinik Görünüm

Günümüzde en sık karşılaşılan kaygı bozukluklarından birisidir panik bozukluk. Bu bozuklukta görülen panik atağın en büyük belirtisi olan kaygı, genel kaygıdan kesintili ve daha şiddetli oluşu ile ayırt edilir. En temel özelliği tekrarlayan ve ne zaman başlayacağı bilinemeyen atakların görülüyor olması. Bu atağın özellikleri yaşanan huzursuzluk durumu, nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtilerdir. Bu belirtilere ek olarak plan yapabilme, düşünme gibi yetilerinin geçici olarak kaybedilme durumu ve bulundukları ortamı terk etmek için yoğun bir istek duymalarıdır (Onur ve ark., 2006; Ceylan ve Yazgan, 2000).

1.2.10.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar

Panik atak yaşamadıkları sürece hastaların genel görünümlerinde bir sıkıntı yoktur. Fakat atak yaşadıkları sırada hastada oldukça endişeli ve telaşlı bir durum içerisinde. Bu hastaların psikiyatlara karşı ve hekimlere olan inançlarının azalmasını genellikle agorafobileri ve beklenti anksiyeteleri sebebi ile somut bir biçimde yaşamla bağlantıları sınırlandığından , kendileri ile uğraşları arttığından, çoğu laboratuvar tetkiklerinden geçmiş bulunup ve sonuç alamamış olduklarından dolayı bu sebeplerle açıklanabilmektedir (Abby ve ark., 1995; Öztürk, 2004).

1.2.10.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Atak esnasında hastalarda ağır korku içerisinde olduğu için rahat konuşamaz ve sesleri titrerler. Atakları olmadığı zamanlarda konuşmalarında ve kişilerarası ilişkilerinde herhangi bir bozukluk görülmemektedir. Klinik belirtilerin ağırlığı altında hasta ile ilişki kurmakta güçlükler yaşanabilmektedir (Öztürk, 2004).

1.2.10.3. Duygulanım

Bu hastaların özellikle üzüntü korku ve endişeye karşı duyarlılıkları oldukça fazladır. Atak sırasında hastalarda ileri derecede korku ve uyarılmışlık hali mevcuttur. Geçirecekleri atağın, yaşantılarının hangi zaman diliminde veya hangi sebeple meydana geleceğini bilemedikleri için bütün duygularına akut ve korku nöbetleri hakim olur. Kişinin yaşadığı atakları sakinleştikten sonra en önemli kaygısı yaşamış

olduğu atakları tekrardan geçirmeye yönelik korkusudur. Ataklar esnasında fiziksel semptomların yanı sıra ölüm korkusu veya aklını kaçırma , kontrolü kaybetme korkusu da belirleyici semptomlar arasında yer almaktadır. Bireydeki kontrolünü kaybedeceği tehdidi , beklenti anksiyetesinin oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Sıklıkla beliren ataklar ve kontrolü zor bir kaygıdan kaynaklanan bu durumdan kaçınmak amacı ile kişilerde intihara eğilim görülebilmektedir. Bu girişim nedeniyle kişinin ataklardan kaçmakta ve bir şekilde de kaygıyı kontrol altında tutmaktadır (Abby ve ark., 1995 ; Cavallini ve Bellodi, 2001).

1.2.10.4. Bilişsel Yetiler

Hastanın panik atakları dışında yönelimleri, algılamaları ve diğer bütün bilişsel yetileri yerindedir. Ancak bazen atak esnasında kişilerde sanki bulundukları çevreyi tanıımıyormuş ve algılarında bozukluklar varmış gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Hastalarda zihinsel karışıklık görülebilir. Kişi kendisini ve çevresini de değişmiş olarak algılayabilmektedir (Öztürk, 2004).

1.2.10.5. Düşünce İçeriği ve Süreci

Ataklar dışında kişide düşünce süreçlerinde ve içeriklerinde herhangi bir bozukluk yoktur. Fakat düşünce içeriğinde ataklar yinelediği takdirde kendisine ne olacağı, ne yapacağı şeklinde endişeleri yoğunudur. Panik atak öyküsü bulunan kişiler bedensel uyarılarına karşı aşırı duyarlıdır. Bu durumları çok yakın bir zamanda oluşabilecek felaketlerin habercisi şeklinde düşünürler. (Abby ve ark., 1995).

1.2.10.6. Fizik ve Fizyolojik Belirtiler

Diğer anksiyete bozukluklarının aksine panik bozukluğu olan kişiler, edimsel değişikliklere karşı artmış bir duyarlılık ve korku geliştirmektedir. Bu kişilerde “kaygıya alışmakta eksiklik” olduğuna dair söylemler mevcuttur. Rahatsızlığı olmayan kişilerde hayat içinde fizyolojik olarak kaygı uyaranına alışırken, panik bozukluğu olan kişilerde kaygı duyarlılığının kaybolması, ya geç olmakta ya da hiç olmamaktadır.

Atak esnasında görülen belirtiler atak semptomlarıyla beraber genel anksiyete belirtileridir. Yaşadıkları ataklardan sonra kişiler, derin bir yorgunluk hissi ve halsizlik hali dile getirmektedir. (Abby ve ark., 1995).

1.2.11. Klinik Gidiş ve Prognoz

Panik bozukluğunun temel özelliği tekrarlayan anksiyete veya panik ataklardır. Genellikle belirtiler ani bir şekilde başlar ve 10 dakika içerisinde en üst seviyeye ulaşacak şekilde giderek şiddetli bir hal alır. Bu ataklar genellikle 10-30 dakika arasında sürüp, seyrek bir şekilde bir saate kadar uzamaktadır. Söz konusu ataklar, hastayı güçsüz ve tükenmiş bir vaziyete getirir. Bu belirtilerden en önemlileri şiddetli kalp atışları, göğüste sıkışma hissi veya ağrı ve nefes darlığıdır. (Starcevic, 1992).

Tekrarlayan panik ataklarından dolayı kişiler, devamlı olarak nöbetleri nasıl engelleyeceğini ve engelleyebilmek için neler yapması gerektiğini düşünürler. Oluşan ataklar için de bu atakları nasıl sonlandırabileceklerine dair düşünceleri oluşur. Bu hastalar genellikle huzursuzluk hissettiklerini, kötü bir şey olacağına dair sezgileri olduğunu ve kontrollerini kaybetmek gibi kaygılar yaşadıklarını ifade ederler. İleride geçirebilecekleri ataklar ve bunların sonuçları hakkında da kaygılanırlar (Eaton ve ark., 1994).

Hastaların çoğu kendini gergin ve huzursuz hissederler. Aniden bir etkinliğe son verirler veya bir ortamı aniden terkederler. Panik atak yaşayan kişiler genel olarak ölmekten, çıldırmaktan ya da bayılmaktan korkmaktadırlar. Bu kişiler bu ihtimallerin gerçek olabileceklerine çok içten bir şekilde inanmaktadırlar. Bu sebepten dolayı acil servislere çok sık başvurumaktadırlar. Hipokondriak uğraşlarından dolayı hastaların çoğu gereksiz bir şekilde tıbbi bakım almak durumunda kalıyorlar (Eaton ve ark., 1994).

Hastalığın gidişatı kronik olup ancak değişkenlik gösterebilmektedir. Genel olarak yanlış tanı konulabilmektedir. Bunun nedeni , organik rahatsızlıkların semptomlarına olan benzerlikleri , bulguların dönem dönem yoğunlaşması ve sıklıkla komorbidite durumunun oluşumudur. Dolayısıyla, acil servislere ve psikiyatri klinikleri dışındaki kliniklere başvururlar. Bununla ilintili olarak kişilerde duygusal ve

finansal yıpranmalar gözlenir. İş ve eğitim durumlarında aksamalar oluşabilirken, kişiler arası ilişkilerde de bozulmalar görülebilmektedir.

Yaşadıkları panik ataklarla ilişkilendirdikleri yerlerden , durumlardan korkup o ortamlardan kaçınmak isterler. İleriki durumlarda kişi kendini eve bağımlı bir noktada bulup hatta bunun yanı sıra intihar girişiminde bulabilirler. Ancak her panik atak hastasının bunları yaşayacak olması söz konusu değildir.

Tedavi sürecinden sonra hastaların yüzde 30- 40'ı iyileşmekte , yüzde 30-50'si bazı semptomları bulunup bunun beraberinde kendi yaşantılarına devam edip, yüzde 10-20 sinde ise hastalık anlamlı düzeyde devam etmektedir.

Bazı noktalar hastalığın seyrine olumsuz yönde etki etmektedir. Bunlar hastalığın 18 yaşından önce başlangıcının bulunması ve bazı komorbidite durumlarının mevcut olduğu kaydedilmiştir. Dahası, agorafobi ve fobik kaçınmaların panik ataklarının oluşumlarını arttırdığını ve tekrarlayıcı olma noktasında en çok karşılaşılan komplikasyon olarak sebep olduğunu göstermiştir (Moreau ve Weissman, 1992; Öztürk, 1995; Weissman, 1991; Noyes ve ark., 1990).

Panik bozukluğu olan hastalarda, hastalığın gidiş şekli ve klinik belirtileri başlangıç yaşına göre farklılık gösterebilmektedir. Başlangıç yaşının 15-25 ve 45-54 yaşlarının arasında iki kere pik yapma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir. Fakat bu durumun ergenlik ve çocukluk döneminde de olabileceği belirtilmiş (Onur ve ark., 2004). Panik atak esnasında başlangıç yaşının erken olan panik bozukluğu kişilerinde geç başlangıçlı olan kişilere göre daha yüksek oranda depersonalizasyon belirtisi göstermektedirler. Erken başlangıçlı kişilerde fobik bozukluklar ve madde kullanımı bozuklukları daha sık oranda görülmektedir (Segui ve ark., 1999). Başlangıç yaşının daha ileri olduğu durumlarda ise hastalığın şiddeti ve aile yüklülüğü daha düşük olup, özellikle distimik bozukluk olmak üzere duygu durum bozuklukları daha fazla görülmektedir (Segui ve ark., 2000).

Başlangıç yaşının klinik gidişe etki yapabildiği ileri sürülmüştür. 25 yaşının altında başlayan kişilerde agorafobi, sosyal fobi ve depresyonun daha yüksek oranlarda bulunduğu belirtilmiş. 25 yaşından sonra başlayan gruplarda da madde kötüye kullanım oranı ve çok sayıda psikiyatrik bozuklukla beraber görülme oranının arttığı bulunmuştur (Goldstein ve ark., 1997).

Bu hastalık agorafobi ile önemli oranda birlikte görülmektedir. Hastaların yarısından fazlasında agorafobi de eşlik etmektedir (Eaton ve ark., 1994). Bu kişiler genellikle etkinliklerini çoğu zaman sınırlarlar. Bu bozukluğa ek olarak agorafobinin eşlik ediyor olması hastalığın ciddiyetini ve gidişini etkilediğini bildiren çalışmalar vardır. Noyes ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada agorafobinin eşlik ettiği kişilerde hastalığın daha erken yaşlarda başladığını ve daha ağır şekilde seyrettiğini belirtmişlerdir. Agorafobinin bulunmadığı panik bozukluğunun tedavisinde agorafobili kişilere oranla daha erken ve düşük dozlarda yanıtlar alındığı da bulunmuştur (Mavissakalain ve Perel, 1995).

Atakların günlük oluşma saatleri de panik bozukluğun semptomlarını ve seyrini değiştirebilmektedir. Uykudan uyandıran panik atakların daha çok somatik semptomlarla ilerlediği belirtilmiştir. Bu oran tüm panik atakların %40'ı olarak verilmiştir. Bu hastalarda bilişsel içeriklerin çok yoğun olmadığı ve rüyanın içerikleriyle de ilgili olmadığı bildirilmiştir (Mellman ve Uhde, 1989). Uyku esnasında panik atak yaşayan kişilerde başlangıç yaşı daha erken olmaktadır ve bu hastaların komorbidleri daha fazladır. Bu kişiler çocukluk yıllarında daha fazla anksiyete yaşamışlardır. Yaşanan tüm bu durumlar hastalığın gidişatının daha da ciddi boyutlarda olduğunun işaretidir (Labbate ve ark., 1994).

Kişilerde yaşanan dayanılmaz anksiyeteden dolayı ve yaşanan bu anksiyeteyi bastırmak için kendi kendilerine tedavi arayışı içerisine girerler. Bu arayış alkol ve madde kullanım riskini arttırmaktadır. Bu kişiler korktukları ya da kaygı duydukları ortam veya durumların içerisine girmeden önce alkol alabilirler. Alkol tüketimi hastalığın seyrinde değişikliklere yol açmaktadır. Kokain kullanımının sonucunda ortaya çıkan panik bozukluğunda hastaların tedaviye daha az yanıt verdikleri de bilinen bilgiler arasındadır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Panik bozukluğu olan hastalarda, sağlıklı yetişkinlere göre kafein tüketiminin daha fazla anksiyete semptomlarına sebep olduğu görülmektedir. Bu sebepten dolayı panik bozukluğu olan kişiler genellikle kafein tüketiminden kaçınırlar (Nutt ve Lawson, 1992).

Dürtüsellik, cinsiyet, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, sosyal ve mesleki yönden desteğin zayıf olması, daha erken yaşlarda başlaması, kişilik bozukluğunun

var olması panik bozuklukta kötü prognostik etkiler olarak bildirilmiştir (Yonkers ve ark., 1998; Cowley ve ark., 1996; Pollack ve ark., 1996).

Panik bozukluğu yaşayan kişilerde yaşam kalitesi bozulmaktadır. Kalitenin bozulması kişide sağlıkla ilgili ciddi düzeyde kaygılara, mali sorunlara, mesleki ve toplumsal işlevselliğinde bozulmalaya yol açmaktadır. Bu durum kişide moral bozukluğuna ve ümitsizliğe sebep olup intihar riskini arttırabilir niteliktedir. Kadın, genç ve evlenmemiş olmak suisid riskini arttıran diğer sebepler arasında yer almaktadır. Bu bireylerde ölüm düşünceleri şaşırtıcı olmamaktadır. Bu bozukluk kişinin hayatında sıkıntı veren ve yaşam kalitesini oldukça düşüren bir hastalıktır. Bu sebepten dolayı kişide yardım arama davranışı da azalmaktadır (Katerndahl ve Realini, 1997; Kan ve ark., 2002).

1.2.12. Komorbidite

Panik bozukluk hastalığı diğer patolojik rahatsızlıklarla birlikte sıkça görülebilen bir hastalıktır (Aysev ve Taner, 2007). Psikiyatri kliniklerinde görülen hastalarda eş tanının olma olasılığı oldukça yüksek olarak belirlenmiştir. Yapılan bir klinik çalışmada hastaların 2/3'ünde beraberinde görülen en az bir kaygı bozukluğu veya duygudurum bozukluğu olduğu ortaya konulmaktadır (Apfeldorf ve ark., 2000).

Panik bozukluğu olan kişilerin %91'i ve agorafobi eşlik edenlerin %84'ünde en az bir psikiyatrik rahatsızlığın da eşlik ettiği saptanmıştır. Panik bozukluğunda belli başlı eş tanılar bulunmuştur. Bunlar; depresyon, agorafobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriasis, alkol ve madde kullanımıdır (Atalay ve Bayraktar, 1992; Kaplan ve Sadock, 1998; Atalay ve Bayraktar, 1995; Noyes ve ark., 1990).

Yapılan çalışmalarda panik bozukluk ve kaygı bozukluklarının birlikte görülen tanı oranları bildirilmiştir. Bu oranlar yaygın anksiyete bozuklukları için %23-35, özgül fobi için %16-33, sosyal anksiyete bozukluğu için %10-40, obsesif kompulsif bozukluk için %8-28 ve başka şekilde adlandırılmayan kaygı bozukluğu için de %7 olarak saptanmıştır (Onur ve ark., 2004).

Panik bozuklukta en sık görülen komorbidite durumu majör depresyondur (Özkan ve ark., 2005; Roy Bryn ve ark., 2000). Yapılan çoğu çalışmalarda agorafobi

veya agorafobisiz panik bozukluğunun yaşam boyu %37 oranında en az bir diğer anksiyete bozukluğunun eş tanılı durum olduğu ve panik bozukluğunun en sık yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi ile beraber görüldüğü bildirilmiştir (Goisman ve ark., 1995). Panik bozukluğu ile agorafobinin görülme oranı %33, panik bozukluk ile agorafobi, majör depresyon, madde/alkol kötüye kullanım oranının %72 olduğu bulunmuştur (Klerman ve ark., 1991).

Panik bozukluğu hastalığı depresyonla birlikte oldukça sık bir biçimde görülen bir anksiyete bozukluğudur (Kocabaşoğlu, 2002). Panik bozukluğu yaşayan kişilerde majör depresyon görülme oranı %32-53 arasındadır. Panik bozukluğuna depresyonun eşlik ettiği durumlarda ruhsal belirtilerin şiddeti daha fazla olmaktadır. Bu kişilerde belirtiler daha uzun sürer, işlevselliklerinde bozulma oranı daha fazladır, yardım arama davranışları artmaktadır. Bu gibi durumlarda tedavi ihtimali daha da güçleşmekte ve en önemli etkenlerden birisi de intihar oranlarının yükselmekte olmasıdır (Reiger ve ark., 2000; Apfeldorf ve ark., 2000).

1986 senesinde Barlow ve arkadaşları panik bozukluğunda eş zamanlı olarak yaygın anksiyete bozukluğu görülme oranının %71 olduğunu söylemişler. Ek olarak Sanderson ve Barlow panik bozukluğu tanısı almasa bile, yaygın anksiyete hastalarının %73'ünün en az bir kere panik atağı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Sanderson ve Barlow, 1990).

Bazı sosyal fobi hastaları sadece tipik sosyal fobik durumlarda anksiyete yaşamakla kalmayarak “beklenmeyen” panik atakları da yaşamaktadırlar. 1996 senesinde Crino ve Andrews Panik Bozukluğu/Agorafobi yaşayan kişilerin yaşamları boyunca en yüksek oranda Sosyal Fobinin (%58) oradan eşlik ettiğini belirtmişlerdir (Kocabaşoğlu, 2002.)

Epidemiyolojik Ulusal Eş Tanı Çalışması Replikasyonun“da panik ataklarında %7.1, agorafobide %15.5, agorafobisiz panik bozukluğunda %14.4, agorafobili panik bozukluğunda ise %33.0 oranında iki uçlu bozukluk I ve II eş tanısı bulunmuştur (Kessler ve ark, 2006). İki uçlu duygudurum bozukluğu yaşayan kişilerde panik bozukluğunun sıklığı %20-33 olarak belirtilmiştir (Pini ve ark., 2003).

Panik Bozukluğuna %15-75 oranında Kişilik Bozuklukları da eşlik etmektedir. Yapılan bazı araştırmalara göre kişilik bozukluğunun eşlik ettiği olgularda hastalığın

gidişı ve tedavinin etkin bir şekilde yapılmasının güçleştiğini belirtmişlerdir (Hoffman ve ark., 1998; Massion ve ark., 2002; Marchesi ve ark., 2005). Panik bozukluğunda genelde görülen kişilik bozuklukları çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozukluklarıdır. Ayrıca borderline ve paranoid kişilik bozuklukları da gözlemlenebilir (Kocabaşoğlu, 2002).

Panik bozukluğu hastalarında başlangıçta alkol alımı anksiyete belirtilerini azaltıyor olsa da, alkolizm daha sonrasında bir komplikasyon halini almaktadır (Cox ve ark., 1989; Goodwin ve ark., 2006). Alkol bağımlılığı olan kişilerde panik bozukluğunun görülme sıklığı artmaktadır. Panik bozukluğu hastalarından alkol kötüye kullanımı %14-16, alkol bağımlılarında da panik bozukluk oranı %2-17 olarak belirtilmiştir. Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğunda ise alkol bağımlılık oranı %1-21'dir (Kocabaşoğlu, 2002).

1.2.13. Ayırıcı Tanı

Panik ataklar çeşitli tıbbi durumlarda ve psikiyatrik rahatsızlıklarda da ortaya çıkabilmektedir. Bu sebepten dolayı panik atakların var olması panik bozukluk tanısını koyabilmek için yeterli değildir (Kocabaşoğlu, 2002). Bu kişilerin ayırıcı tanısından fiziksel hastalıkların yanı sıra başka psikiyatrik bozuklukların olup olmamasına da dikkat etmek gerekmektedir. Bedensel belirtilerin ön planda bulunduğu ve ölümcül olabilme potansiyelinin bulunduğu kişiler acil bir şekilde başvuruda bulundukları zaman geniş detaylı tıbbi öykü alınmalı ve ayrıntılı bir biçimde fiziksel incelemeden geçilmelidir (Bayraktar, 2007).

Bazı olgularda hem panik bozukluğunun hem de başka bir anksiyete ya da duygudurum bozukluğunun tanı ölçütleri görülebilmektedir. Bu tür durumlarla karşılaşıldığında her iki tanı da beraber konulmalıdır. Fakat başka bir bozukluk kapsamında beklenmeyen ataklar ortaya çıkıyorsa ve bir ay veya daha uzun süreli olarak başka atakların olabilme korkusu beraberinde gelmiyorsa bu tür durumlarda ek bir şekilde panik atak tanısı konulamamaktadır.

Panik ataklarının genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik tesirlerine bağlı olduğu kanısına varılırsa panik bozukluk teşhisi konulmamaktadır. Bu durumda “Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu” tanısı konulmaktadır.

Panik ataklar bir maddenin doğrudan fizyolojik bir sonucu olduğu düşünülürse bu durumlarda da panik bozukluk tanısı konulamaz. Bu durumlar tedavi için ya da kötüye kullanılan ilaçlar olabilir. Buna bağlı olarak “Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu” teşhisi konulmaktadır (DSM IV, 2007).

Somatizasyon bozukluğu ve Hipokondriyazis durumunda; kişilerde bedensel bir rahatsızlık olduğu inancından dolayı birden fazla fiziksel yakınmada bulunduklarından dolayı panik bozukluğunun semptomlarıyla ayırım yapılmalıdır (Aysev ve Taner, 2007).

Sosyal fobi durumunda; bu ataklar sosyal ortamlarda meydana geldiğinde dolayı iki bozukluğu birbirinden ayırmakta zorluklar yaşanabilir. Fakat panik bozukluğundaki asıl korku panik atak geçirmekle alakalı bir korku. Buna karşılık olarak sosyal fobideki korku sosyal ortamlarda yanlış bir şey yapabileceklerine yönelik bir korkudur (Aysev ve Taner, 2007; Tükel, 1997).

Yaygın anksiyete bozukluğu olgusundaki korku çeşitli yaşam olaylarına karşı oluşan stresörlerle ilişkilidir (Aysev ve Taner, 2007).

Özgül fobi, Travma sonrası stres bozukluğu ve Obsesif kompulsif bozukluk durumlarına bakıldığı zaman üç bozuklukta da panik ataklar ortaya çıkabilir. Fakat panik bozukluktaki beklenmedik panik ataklarının varlığından duyulan korkudan farklı olarak özgül durumlarla ilişkilidir (Aysev ve Taner, 2007).

Majör depresyon durumunda da beklenmedik ataklar ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluğu olan hastaların yaklaşık olarak üçte birinde de ikincil bir rahatsızlık olarak majör depresyonun ortaya çıktığı da belirtilmiştir (Tükel, 1997).

1.3. BİLİŞSEL ÇARPITMALAR

1.3.1. Bilişin Tanımı

Biliş kavramı, eğitim bilimleri literatüründe İngilizce “cognition” ve Osmanlıca “vukuf” kavramının karşılığı olarak kullanılmaktadır. Biliş kavramı etimolojik olarak Latince “cognoscere” teriminin karşılığıdır. Bu kavram bilmek, kavramsallaştırmak ve tanımak anlamlarına gelmektedir (Akpınar, 2011). Kant biliş

kavramı için Latince bilgiyi anlamlandırma karşılığına gelen “cognito” ve Almanca “Erkenntnis” terimlerini kullanmıştır. Bu terim “tanıma yoluyla bilme” anlamına gelen “kennen” kavramına dayanmaktadır (Rockmore, 1997). Bu anlamdan yola çıkarak biliş kavramı “bir şeyi bilme” “öğrenmiş olma” anlamlarına gelmektedir. Kısaca bilmek ve farkında olmak şeklinde ifade edilebilir (Akpunar, 2011).

Sözlük anlamı olarak Türk Dil Kurumu biliş canlılığının bir nesne veya olayın varlığına ilişkin bilgili ve bilinçli duruma gelmesi şeklinde tanımlamaktadır. Britannica sözlüğüne göre biliş (cognition) bilme hareketi ya da süreci olup isteme veya hissetmeden farklı olarak her türlü bilme deneyimini içeren zihinsel bir süreç olarak tanımlamaktadır. Oxford sözlüğü biliş bir düşünme ve akıl yürütme yetisi olarak ele almaktadır. Bilişsel süreçlere algılama, deneyim, hafıza, problem çözme ve yaratıcılığı da eklemektedir. Biliş oluşturan bu süreçler, “kişinin kendisi ve başkaları hakkındaki bilginin kazanılıp yorumlandığı zihinsel süreçlerdir” (Akpunar, 2011).

Bilgi-işlem kuramı zihni özel bir çeşit bilgisayara benzetmiş, biliş de “bilgi işleme işlevi” ile açıklamaya çalışmaktadır (Van, 1995). Bu kurama göre biliş zihinsel süreçlerden oluşmaktadır (Schunk, 2009).

Psikoloji çevresinden bakıldığında biliş kavramı kişinin kendisi ve kendisi dışındakilerin farkına varması ve bunları bilmesi olarak ele alınıp “bilme” olarak ifade edilmektedir (Akpunar, 2011).

Biliş kazanım, birikim, işleme, organizasyon ve bilginin kullanımı alanlarını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır. Bilgiyi algılama, yorumlama, sınıflama ve hatırlama, fikirleri değerlendirme, çıkarsamalar yapma, olasılıkları hayal etme, stratejileri üretme, fantezi ve hayal kurma süreçlerini içermektedir (Quintana, 2003).

1.3.2 Bilişsel Çarpıtmanın Tanımı

Kişiler genelde düşüncelerinde tutarlı bir şekilde bazı hatalar yaparlar. Bu hatalar çoğunlukla, bilişsel süreçlerinde olumsuzluklar yönündeki sistematik bir yanlılıktan meydana gelir. Bilişsel çarpıtmaların, kişinin kendi içinde bulunduğu ortamı değerlendirmesinde ve bu değerlendirmelerin kendisiyle alakalı olan ilişkisini yorumlamasında uyum bozucu ve işlevsel olmayan bir etkisi olabilir (Beck, 2001; Türkçapar, 2000).

Bilişsel çarpıtmalar bireyin yaşantısındaki her alanına yayılmaktadır. Kişinin o andaki deneyimlerini ve geleceği değerlendirme biçimleri üzerinde etkileri vardır. Otomatik düşünceler de bu bilişsel çarpıtmaların sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu düşünceler, belirli bir yaşam olayını izleyerek hızlıca ortaya çıkan düşüncelerdir. Bu düşünceler istemsiz bir şekilde ve aniden gelirler. Kişi tarafından sistematik bir çözümlemeden geçirilmezler. Otomatik süreçler dikkat gerektirmezler. Bu sebepten dolayı kişi farkında olmadan işlev gösterirler. Bireyin bu süreci başlatmak için hiçbir çabası yoktur. (Kuyucu, 2007).

Bilgi işleme sürecinin yanlış olduğu ya da etkili olamadığı durumlarda, ya hep ya hiç şeklinde düşünme, seçici soyutlama, aşırı genelleme, kişiselleştirme vb. Biçimlerde ortaya çıkarlar. Bunlar da düşüncelerimizdeki tipik hatalardır (Beck, 2001).

Bilişsel çarpıtmalar şunlardır;

1) Seçici Soyutlama (Zihinsel Süzgeç): yaşanan durumla ilgili belli bir ayrıntıya odaklanarak, yani seçici körlük oluşturarak duruma bağlı belirgin olan özelliklerin görmezden gelinmesidir (Özer, 2000).

2) Aşırı Genelleme: Tek bir olay üzerinden giderek genel olumsuz olayları algılamak (Leahy, 1996). Bir veya daha fazla olaydan yola çıkarak genel olarak bir sonuca varmak. Daha sonrasında bu sonucu ilgili olsun veya olmasın durumlara genellemek (Haaga ve Davison, 1986).

3) Kutuplaşmış (Mutlakiyetçi) Düşünce: Bireyler deneyimlerini, iki aşırı uç kutuptan birine yerleştirme eğilimidir (Türküm, 1996). Kişiler olaylara ya da insanlara ya hep ya hiç şeklinde bakarlar (Leahy, 1996). Durumu süreç içerisinde değerlendirmek yerine sadece iki kategori şeklinde ele alırlar (Kurtoglu, 2009).

4) Kişiselleştirme: Kişiler olumsuz olayları kendilerine atfederler ve bazı olaylarda başka kişilerin neden olduğunu göremezler (Leahy, 1996). Başka kişilerin yaşadığı sıkıntılar üzerinde hiçbir etkileri olmadığı halde kendilerini sorumlu tutarlar. Kişiselleştirmede yoğun bir şekilde suçluluk ve yetersizlik duyguları söz konusudur (Dökmen, 1994).

5) Olumsuz Filtre: Hemen her zaman olumsuz şeyleri ayırıp onlara odaklanmak ve ender olarak olumlu şeyleri fark etmek (Leahy, 1996).

6) Aşırı Büyültme/Küçültme: Kişi kendini, belli bir durumu veya

başkasını değerlendirirken olumsuzlukları büyütüp olumluları küçültür. Olumsuz olayların önemini ve anlamını abartma eğilimindedirler. Bunun yanında kendi güçlerini, dayanıklılıklarını, değerliliklerini ve iyi yanlarını da olduğundan daha aşağı bir düzeyde değerlendirme içindedirler (Türküm, 1996).

7) Felaketleştirme: Olmuş ya da olacak olan durumların dayanılamayacağı kadar korkunç olduğuna inanmak (Leahy, 1996).

8) Falcılık: Geleceğe yönelik tahminlerde bulunmak. Her şey daha kötü olacak ya da yakında tehlikeli bir şey yaşanacak şeklinde yorumlamalar (Leahy, 1996).

9) Etiketleme: Bazı olumsuz özellikleri kendilerine ya da başkalarına yüklemek (Leahy, 1996). Elindeki kanıtları dikkate alsa daha az acı çekme ihtimalleri olmasına rağmen bu kanıtları göz ardı eder.

10) Olumluyu geçersiz kılmak: Kişi kendisinin veya bir başkasının sahip olduğu olumlu şeylerin önemsiz olduğunu iddia eder (Leahy, 1996). Birey olumlu yaşantısını görmezden gelir (Karahana ve Sardoğan, 2004).

11) Zihin okuma: Kişilerin kendisine yönelik düşünceleri konusunda yeterli kanıt olmamasına rağmen onların ne düşündüklerini bildiklerini varsayarlar (Leahy, 1996). Olma ihtimali olan başka sebepleri araştırmaya gerek duymadan karşıdaki kişinin ne düşündüğünü bildiklerine inanırlar.

12) “Meli-Malı” cümleler: Kişi kendisinin ve başkalarının nasıl davranmaları gerektiğine dair kesin kurallara sahiptir. Bu kurallara uyulmadığı zaman her şeyin kötü gideceğine yönelik abartılı beklentiler içine girerler (Karagöz, 2011).

13) Duygulara göre mantık yürütme: Kişi duygularının gerçekleri yorumlamasına izin verir (Leahy, 1996). Bir çok şeyi yoğun yaşadığı için o şeyin doğru olduğunu zannederler ve olası karşı kanıtları göz ardı ederler (Kılınç, 2005).

14) Haksız Mukayese: Olayları gerçek dışı standartlar çerçevesinden değerlendirmek. Kişi kendinden önce daha iyi yapmış olana odaklanır ve onlarla kendisini karşılaştırır. Birey kendini daha aşağılık bir şekilde görür (Leahy, 1996).

15) Pişmanlık Yönelme: Kişi şu an daha iyi nasıl yapabileceğini düşünmek yerine geçmiş yaşantısında neleri daha iyi yapabilirdi fikrine odaklanır (Leahy, 1996).

16) Ya şöyle olursa: Kişi sürekli “ya şöyle olursa” şeklinde sorular sorar. Fakat aldığı cevapların hiçbirini kendisini tatmin etmez (Leahy, 1996).

17) Yargı Odaklanması: Başkalarını ya da olayları basit bir şekilde tarif etmek, onları kabul etmek veya anlamak yerine kendisine iyi-kötü ya da üstün-aşağı değerlendirmeleri açısından bakar. Kişi kendisi hakkındaki yargılar kadar başka kişilerin yargılarına da odaklanır (Leahy, 1996).



İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM VE GEREÇLER

Araştırmanın bu kısmında kişilerde düşünce tarzları ile panik bozuklukları arasındaki ilişkiyi irdelemeyi amaçlayan çalışmada kullanılan veri analiz ve toplama teknikleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

2.1 Amaç Ve Kapsam

Araştırmanın amacı kişilerde düşünce tarzları ile panik bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmada ayrıca demografik özelliklerin bireylerin belirti yorumlama konusundaki tutumları üzerindeki etkileri ile, kişilerin sağlık ile ilgili alışkanlıkları ile sağlık durumlarının felaketleştiren bilişler ile ilgili tutumları üzerindeki etkileri de incelenmiştir.

2.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak yüzyüze görüşme tekniği ile anket yöntemi benimsenmiştir. Anket formu üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım kişisel bilgiler ve sağlık ile ilgili bilgilere ait verilerin toplanması amacıyla oluşturulan kişisel bilgi formu, ikinci kısım bireylerin belirti yorumlama tutumlarına dair verilerin toplanması amacıyla kullanılan Belirti Yorumlama Ölçeği, üçüncü kısım ise bireylerin durumları felaketleştirme ile ilgili eğilimlerine dair verilerin toplanması amacıyla kullanılan Felaketleştiren Bilişler Ölçeğinden oluşmaktadır.

2.2.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda cinsiyet, yaş ve medeni durumları içeren üç adet demografik soru ve sigara, ilaç, alkol kullanımı ile kronik rahatsızlık, psikiyatrik öykü durumlarını içeren dört adet sorudan oluşmaktadır.

2.2.2 Belirti Yorumlama Ölçeği

Bedenselleştirme, bireylerin bedensel duyuları nasıl yorumladığı ve neye atfettiği ile yakından ilişkilidir. Yaygın fiziksel belirtiler için yapılan nedensel

atıfların bedensel, ruhsal veya normalleştiren açıklamalar arasından seçildiği saptamasından yola çıkan Robbins ve Kirmayer (1991), kişilerin atıf biçimlerinin saptanması amacıyla Belirti Yorumlama Ölçeği (Symptom Interpretation Questionnaire)'ni oluşturmuştur. Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)'ni oluşturan bedensel belirtiler, SCL-90 (Symptom Check List-90, Derogatis ve ark. 1973) bedenselleştirme alt ölçeğinden ve PILL (Pennebaker Inventory of Limbic Languidness) isimli benzer bir bedensel belirti ölçeğinden (Robbins ve Kirmayer 1991) yararlanarak ortaya çıkmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Robbins ve Kirmayer (1991) tarafından yapılmıştır. Belirti Yorumlama Ölçeği dilimize uygun bir şekilde uyarlanmıştır. Sık görülen bedensel belirtilerden oluşan 14 soru, her biri fiziksel bir rahatsızlık ya da hastalık veya ruhsal bir zorlanma ya da hastalık ihtimali veya çevresel ve normalleştiren bir atfı içeren üçer maddeden oluşur (Savaşır, 1994). Özgün ölçekte yanıt seçenekleri dört dereceli Likert iken uyarlama sırasında Türkçe ölçek çalışmalarında daha sık kullanılan ve alışılmış bir biçim olan beşli Likert derecelendirmesine dönüştürülmesi tercih edilmiştir. Beşli Likert biçimi dörtlü Likert'ten farklı olarak katılımcılara 1 "hiç" ve 5 "pek çok" arasında 3 "orta" seçeneğini işaretleme olanağı eklenmektedir. Uyarlanan ölçekte yapılan ikinci önemli değişiklik ise 14. sorunun ölçeğe eklenmesi ile "göğüste sıkışıklık hissi" (Mirdal 1985) olarak dile gelen bedensel belirtinin de ölçekte sorgulanan belirtiler arasına katılmasıdır. Bu bedensel belirtiyeye uygun olabilecek normalleştiren, ruhsal ve bedensel atıflar oluşturulmuş ve 14. sorunun yanıt seçenekleri olarak ölçeğe yerleştirilmiştir.

2.2.3 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği

Panik bozukluğun oluşmasında ve sürmesinde temelde felaketleştiren bilişler üzerinde durmaktadır (Beck ve ark. 1974; Clark, 1986). Felaketleştiren bilişlerin bilişsel teorilerdeki bu önemi sebebi ile, 1992 yılında Khawaja ve Oei tarafından Beck'in bilişsel teorisini temel alarak Felaketleştiren Bilişler Ölçeği (FBÖ) oluşturuldu (Khawaja ve Oei, 1992). Beck'e göre, kaygı bozukluklarının devam etmesinde tehlike şemaları önemli bir yere sahiptir (Khawaja ve ark. 1994). Ölçek, kişinin negatif duyguları, fiziksel değişimleri ve düşünmedeki zorlanmaları ile ilişkili tehlikeleri değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. FBÖ 50 maddeden meydana gelmektedir. Özgün ölçeğin faktör analizinde, toplam varyansın yarısından fazlasını

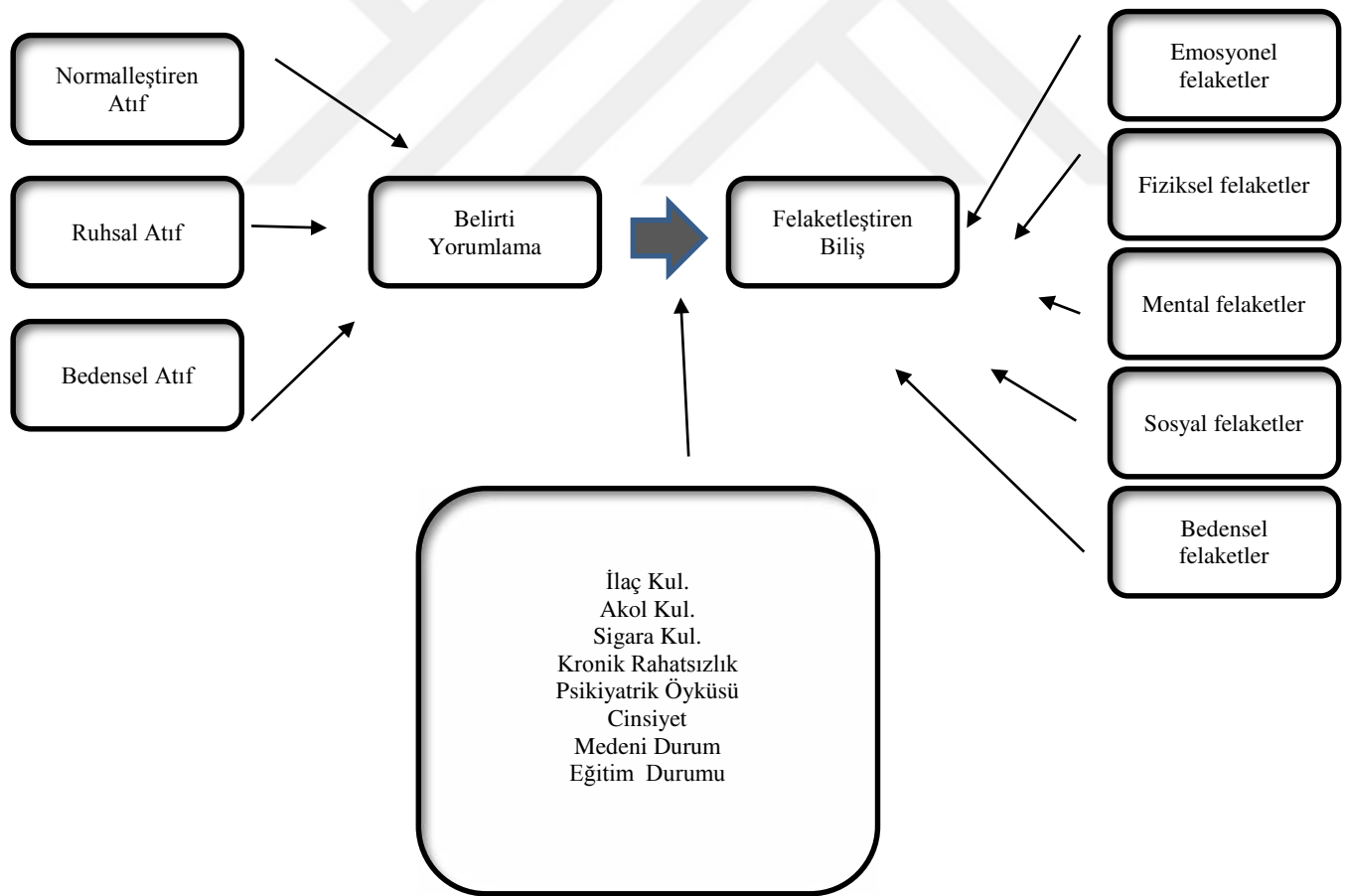
açıklayan beş faktör elde edilmiştir. Bu beş faktör, emosyonel felaketler, fiziksel felaketler, mental felaketler, sosyal felaketler ve bedensel felaketler olarak adlandırılmıştır.

2.3. Veri Toplama Süreci

Anket formları 75 adet panik bozukluk teşhisi alan örneklerle yüzyüze görüşme tekniği ile doldurtulmuştur. Görüşülen örnekleme araştırma etiği ve veri gizliliği ile ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.

2.4 Araştırma Modeli

Araştırmada incelenmek istenen sorular doğrultusunda araştırma modelinin şekli gösterimi şekil 1'deki gibidir.



Şekil 2 Araştırma Modeli

2.5 Veri Giriş ve Analizi

Anket yardımıyla toplanan veriler önce microsoft excel programına sayısal kodlama ile girilmiştir. Daha sonra veriler ibm SPSS 23.0 versiyonuna aktarılmış ve çalışmanın geri kalanını SPSS paket programı ile tamamlanmıştır. Çalışmada demografik değişkenler ile ölçek değişkenleri arasındaki ilişkiler gruplar arası farkların irdelenmesine dayandığından uygun gruplar arası fark analizleri yapılmıştır. Gerek örneklem boyutu, gerekse ölçek ve altboyutların normal dağılım testleri ile çarpıklık ve basıklık değerleri göz önünde bulundurulduğunda parametrik olmayan test yöntemlerinin kullanılmasına karar verilmiştir. İki seçeneğe sahip gruplar arası karşılaştırmalarda sıra ortalamalarını kullanan Mann Whitney U testi, ikiden fazla seçeneğe sahip gruplar arası karşılaştırmalarda ise yine sıra ortalamalarını Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmek istenmiştir. Fakat korelasyon analizi sonucu beklenen ilişkilerin tam olarak açıklanamadığı düşünülmüştür. Korelasyon analizinin küçük örneklemde mantıksal sezgiler ile aynı sonuçları vermemesi beklenen bir durum olabilir. Bu sebepten ölçekler arası ilişkiler ikinci bir yöntemle tekrar test edilmiştir. İkinci yöntemde belirti yorumlama ölçeği altboyutları ortalama değerinden ikiye ayrılıp yüksek ve düşük olarak kategorize edildikten sonra düşük ve yüksek gruplar fekalikleştirilen bilişler ölçeği altboyutları ile yine parametrik olmayan Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. İkinci yöntem sonucunda ulaşılan yüksek ve düşük gruplar arasında bulgularan farklar mantıksal sezgiler ile daha uyumlu olduğu gözlemlenmiştir.

2.5.1 Güvenilirlik Analizi

Belirti yorumlama ölçeği cronbach's alpha güvenilirlik istatistikleri tablodaki gibidir.

Tablo 1 Belirti Yorumlama Ölçeği Güvenirlilik Analizi

Alt Boyut	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha Güvevirlilik Katsayısı
Ruhsal Atıf Altboyutu	14	0,826
Bedensel Atıf Altboyutu	14	0,831
Normalleştiren Atıf Altboyutu	14	0,636

Tablo incelendiğinde ruhsal atıf altboyutu ve bedensel atıf altboyutunun iyi derecede güvenilir olduğu, normalleştiren atıf altboyutunun ise orta derece güvenilir olduğu söylenebilir.

Felaketleştiren bilişler ölçeği cronbach's alpha güvenilirlik istatistikleri tablodaki gibidir.

Tablo 2 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Güvenirlilik Analizi

Alt Boyut	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha Güvevirlilik Katsayısı
Emosyonel felaketler	16	0,907
Fiziksel felaketler	9	0,864
Mental Felaketler	11	0,924
Sosyal Felaketler	6	0,795
Bedensel Felaketler	8	0,874

Tablo incelendiğinde tüm altboyutların iyi derecede güvenilir oldukları söylenebilir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında anket verilerinden elde edilen bulgular paylaşılmıştır.

3.1 Demografik Bulgular

Çalışmaya katılan 75 adet örneklemin demografik özelliklerine ait betimsel istatistikleri tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3 Demografik İstatistikler

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	32	42,7%
	Kadın	43	57,3%
	Toplam	75	100,0%
Yaş	18 İle 25 Yaş Arası	14	18,7%
	26 İle 35 Yaş Arası	37	49,3%
	36 İle 45 Yaş Arası	19	25,3%
	46 Yaş		
	Ve Üzeri	5	6,7%
	Toplam	75	100,0%
Medeni Durum	Bekar	41	54,7%
	Evli	34	45,3%
	Toplam	75	100,0%
Eğitim Durumu	Lise Ve Ortaokul	28	37,3%
	Üniversite	37	49,3%
	Yüksek Lisans	10	13,3%
	Toplam	75	100,0%

Katılımcıların % 42,7’si erkek(n=32), iken % 57,3’ü kadındır (n=43). Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları şu şekildedir; % 18,7’si 18 ile 25 yaş arasında (n=14), % 49,3’ü 26 ile 35 yaş arasında (n=37), % 25,3’ü 36 ile 45 yaş arasında (n=19) ve % 6,7’si 46 yaş ve üzeridir.(n=5). Katılımcıların % 54,7’si bekar iken (n=41), % 45,3’ü evlidir (n=34). Katılımcıların % 37,3’ü lise ve ortaokul (n=28), % 49,3’ü üniversite (n=49,3), % 13,3’ü ise yüksek lisans (n=10) seviyesinde eğitime sahiptir.

Katılımcıların sürekli bir ilaç kullanımı, kronik rahatsızlık, alkol, sigara kullanımı ile psikiyatrik öykülerine ait istatistiksel ise tablo 4'deki gibidir.

Tablo 4 Katılımcıların Sağlık İle İlgili İstatistikleri

		Frekans (n)	Yüzde (%)
İlaç Kullanımı	Var	16	21,3%
	Yok	59	78,7%
Kronik Rahatsızlık	Var	7	9,3%
	Yok	68	90,7%
Sigara Kullanımı	Var	44	58,7%
	Yok	31	41,3%
Alkol Kullanımı	Var	14	18,7%
	Yok	61	81,3%
Psikiyatrik Öykü	Var	55	73,3%
	Yok	20	26,7%

Katılımcıların % 21,3'ü sürekli bir ilaç kullanırken (n=16), %78,7'si kullanmamaktadır.(n=49). Katılımcıların % 9,3'ünün kronik bir rahatsızlığı var iken (n=7), % 90,7'sini böyle bir rahatsızlığı yoktur.(n=68). Katılımcıların % 58,7'si sigara, % 18'i ise alkol kullanmaktadır. Son olarak katılımcıların % 73,3'ü psikiyatrik Öyküye sahip iken, % 26,7'si değildir.

3.2 Belirti Yorumlama Ölçeği Bulguları

Belirti yorumlama ölçeğinde yer alan söz konusu belirtilerin yaşanması ile ilgili istatistikler tablo 5'deki gibidir.

Tablo 5 Belirti Yaşama İstatistikleri

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Uzun süre baş ağrısı	Evet	56	74,7%
	Hayır	19	25,3%
Çok terleme	Evet	53	70,7%
	Hayır	22	29,3%
Aniden baş dönmesi	Evet	63	84,0%
	Hayır	12	16,0%
Ağız kuruluğu	Evet	48	64,0%
	Hayır	27	36,0%
Çarpıntı	Evet	72	96,0%
	Hayır	3	4,0%
Yorgun hissetme	Evet	70	93,3%
	Hayır	5	6,7%
El titremesi	Evet	40	53,3%
	Hayır	35	46,7%
Uyuma güçlüğü	Evet	69	92,0%
	Hayır	6	8,0%
Mide ağrısı	Evet	57	76,0%
	Hayır	18	24,0%
İştahsızlık	Evet	53	70,7%
	Hayır	22	29,3%
Nefessiz kalma	Evet	59	78,7%
	Hayır	16	21,3%
Uyuşma karıncalanma	Evet	46	61,3%
	Hayır	29	38,7%
Bağırsak düzensizliği	Evet	63	84,0%
	Hayır	12	16,0%
Göğüs Sıkışması	Evet	70	93,3%
	Hayır	5	6,7%

Katılımcıların % 74,4'ü uzun süre baş ağrısı, % 70,7'si çok terleme, % 84'ü aniden baş dönmesi, % 64'ü ağız kuruluğu, % 96'sı çarpıntı, % 93'ü yorgun hissetme, %53,3'ü el titremesi, % 92'si uyuma güçlüğü, % 76'sı mide ağrısı, %70,7'si iştahsızlık, % 78,7'si nefessiz kalma, % 61,3'ü uyuşma karıncalanma, % 84'ü bağırsak düzensizliği, %93,3'ü göğüs sıkışması sorunları yaşadığını belirtmiştir.

Belirti yorumlama ölçeği skor değerleri betimsel istatistikleri tablo 6'daki gibidir.

Tablo 6 Belirti Yorumlama Ölçeği Betimsel İstatistikleri

Altboyut	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Normalleştiren Atıf	75	1,86	4,57	2,9962	,52317
Ruhsal Atıf	75	1,93	5,00	3,7686	,60857
Bedensel Atıf	75	2,57	5,00	4,1895	,55147

Normalleştiren atıf alt boyutu minimum 1,86, maksimum 4,57 ortalama 2,99 ve 0,52 standart sapma değerine sahiptir. Ruhsal atıf alt boyutu minimum 1,93,

maksimum 5 ortalama 3,76 ve 0,60 standart sapma değerine sahiptir. Bedensel atıf alt boyutu minimum 2,57, maksimum 5 ortalama 4,18 ve 0,55 standart sapma değerine sahiptir.

Belirti yorumlama ölçeği alt boyutları normal dağılım testleri ile basıklık ve çarpıklık değerleri tablo 7’de ki gibidir.

Tablo 7 Belirti Yorumlama Ölçeği Normal Dağılım İstatistikleri

Altboyut	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk		Çarpıklık	Basıklık
	İstatistik	Sig.	İstatistik	Sig.		
Normalleştirilen Atıf	0.098	0.000	0.970	0.000	1.534	1.492
Ruhsal Atıf	0.076	0.000	0.987	0.000	-1.149	1.244
Bedensel Atıf	0.179	0.000	0.890	0.000	-1.176	0.921

Tablo incelendiğinde tüm alt boyutlar için her iki normal dağılım testi anlamlılık değerlerinin de 0,05’in altında olduğu görülür. Bu durumda tüm alt boyutların normal dağılmadığı söylenebilir. Ayrıca çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde alt boyutların normal varsayılacak basıklık ve çarpıklıkta olduğu dikkat çekmiştir.

3.3 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Bulguları

Felaketleştiren bilişler ölçeği skor değerleri için hesaplanan minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri tablo 8’deki gibidir.

Tablo 8 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Betimsel İstatistikleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Emosyonel felaketler	75	1,00	4,81	3,4475	,79874
Fiziksel felaketler	75	1,00	5,00	4,2133	,82073
Mental felaketler	75	1,00	5,00	4,2327	,90481
Sosyal felaketler	75	1,00	5,00	2,8244	,90539
Bedensel felaketler	75	1,00	5,00	3,9883	,85453

Emosyonel felaketler alt boyutu minimum 1,00, maksimum 4,81ortalama 3,44 ve 0,79 standart sapma değerine sahiptir. Fiziksel felaketler alt boyutu minimum 1,00, maksimum 5 ortalama 4,21 ve 0,82 standart sapma değerine sahiptir. Mental felaketler alt boyutu minimum 1,00, maksimum 5 ortalama 4,23 ve 0,90 standart

sapma değerine sahiptir. Sosyal felaketler alt boyutu minimum 1,00, maksimum 5 ortalama 2,82 ve 0,90 standart sapma değerine sahiptir. Bedensel felaketler alt boyutu minimum 1,00, maksimum 5 ortalama 3,98 ve 0,85 standart sapma değerine sahiptir.

Felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları normal dağılım testleri ile basıklık ve çarpıklık değerleri tablo 9'daki gibidir.

Tablo 9 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Normal Dağılım İstatistikleri

Altboyut	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk		Çarpıklık	Basıklık
	İstatistik	Sig.	İstatistik	Sig.		
Emosyonel felaketler	0.101	0.047	0.971	0.038	-1.640	1.737
Fiziksel felaketler	0.156	0.000	0.808	0.000	-2.006	5.214
Mental felaketler	0.211	0.000	0.773	0.000	-1.990	4.268
Sosyal felaketler	0.073	0.020	0.985	0.049	1.228	1.027
Bedensel felaketler	0.142	0.001	0.895	0.000	-1.263	1.979

Tabloda görüleceği üzere tüm alt boyutlar için her iki normal dağılım testi anlamlılık değerlerinin de 0,05'in altında olduğu görülür. Bu durumda tüm alt boyutların normal dağılmadığına uymadığı söylenebilir. Ayrıca çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde alt boyutların normal varsayılacak basıklık ve çarpıklıkta olduğu görülür.

3.4. Araştırma Bulguları

Araştırma sorularının cevaplanabilmesi için kullanılacak tüm verilerin normal dağılımdan uzak çarpık dağıldığı göz önünde bulundurulduğunda araştırma sorularının testi için parametrik olmayan (non-parametrik) test tekniklerinin kullanılması gerekmektedir.

Bireylerin belirti yorumlama düzeyleri ile felaketleştiren bilişleri arasındaki ilişkiye bakıldığında;

Söz konusu araştırma sorusunun cevaplanması için felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları ile belirti yorumlama ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkileri incelenebilir. Felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları ile belirti yorumlama ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon matrisi tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10 Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alt boyutları İle Belirti Yorumlama Ölçeği Alt boyutları Korelasyon Matrisi

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Emosyonel felaketler	1	,629**	,628**	,732**	,802**	-.034	,365**	,280*
2.Fiziksel felaketler		1	,828**	,456**	,830**	.099	,256*	,401**
3.Mental felaketler			1	,509**	,702**	.117	,301**	,398**
4.Sosyal felaketler				1	,517**	.107	,349**	.195
5.Bedensel felaketler					1	-.062	,328**	,429**
6.Normalleştirilen Atıf						1	,311**	.036
7.Ruhsal Atıf							1	,481**
8.Bedensel Atıf								1

* % 95 güven düzeyinde, ** % 99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı korelasyonları gösterir.

Korelasyon matrisi incelendiğinde felaketleştiren bilişler alt boyutları ile belirti yorumlama alt boyutları arasındaki en yüksek korelasyonun bedensel felaketler alt boyutu ile bedensel atıf arasında % 99 güven düzeyinde anlamlı ve ortanın altı derecede güçlü bir korelasyon olduğu görülür (corr=0,429).

Diğer korelasyon katsayıları da incelendiğinde küçük örneklem özelliğinden dolayı alt boyutlar arası beklenen ilişkilerin korelasyon matrisine yansımadağı görülmüştür. Küçük örneklem ve normallikten uzak alt boyut değerleri için araştırma sorusunu cevaplayabilmek adına ikinci bir yöntem geliştirilebilir. Belirti yorumlama skorları ortalama değerinin üstü ve altı olarak kategorize edilerek oluşturulan kategorik değişkenler ile felaketleştiren bilişler ölçeği ilişkileri incelenebilir. Bu yöntem için düşük ve yüksek gruplar arasında felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından farkların parametrik olmayan test teknikleri ile sınanması gerekmektedir.

Düşük ve yüksek normalleştirme eğiliminde olan katılımcılar arasında felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U testi istatistikleri tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11 Düşük ve Yüksek Normalleştirilen Atıf Grupları Arasında Felaketleştiren Bilişler Alt boyutları Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	Normalleştirilen Atıf	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	Asymp. Sig.
Emosyonel felaketler	Düşük Normalleştirme	38	39.54	1502.50	644.500	0.535
	Yüksek Normalleştirme	37	36.42	1347.50		
	Toplam	75				
Fiziksel felaketler	Düşük Normalleştirme	38	40.58	1542.00	605.000	0.297
	Yüksek Normalleştirme	37	35.35	1308.00		
	Toplam	75				
Mental felaketler	Düşük Normalleştirme	38	37.21	1414.00	673.000	0.750
	Yüksek Normalleştirme	37	38.81	1436.00		
	Toplam	75				
Sosyal felaketler	Düşük Normalleştirme	38	35.43	1346.50	605.500	0.300
	Yüksek Normalleştirme	37	40.64	1503.50		
	Toplam	75				
Bedensel felaketler	Düşük Normalleştirme	38	43.41	1649.50	797.500	0.029*
	Yüksek Normalleştirme	37	32.45	1200.50		
	Toplam	75				

* % 95 güven düzeyinde istatistiksel anlamlılığı simgeler

Tablo incelendiğinde düşük ve yüksek normalleştirme eğiliminde olan katılımcılar arasında % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı tek farkın bedensel felaketler alt boyutunda olduğu görülür. Ortalama sıralar incelendiğinde düşük normalleştirmeye sahip grubun daha yüksek bedensel felaketler sıra ortalamasına sahip olduğu görülür. Daha açık bir ifade ile düşük normalleştirme eğilimindeki katılımcılar daha fazla bedensel şikayetleri felaketleştirme eğilimindedirler.

Düşük ve yüksek ruhsal atıf eğiliminde olan katılımcılar arasında felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U testi istatistikleri tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12 Düşük ve Yüksek Ruhsal Atıf Grupları Arasında Felaketleştiren Bilişler Alt boyutları Farklarını Sımayan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	Ruhsal Atıf	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	Asymp. Sig.
Emosyonel felaketler	Düşük Ruhsal Atıf	37	32.45	1200.50	497.500	0.029*
	Yüksek Ruhsal Atıf	38	43.41	1649.50		
	Toplam	75				
Fiziksel felaketler	Düşük Ruhsal Atıf	37	32.42	1199.50	496.500	0.028*
	Yüksek Ruhsal Atıf	38	43.43	1650.50		
	Toplam	75				
Mental felaketler	Düşük Ruhsal Atıf	37	32.50	1202.50	499.500	0.030*
	Yüksek Ruhsal Atıf	38	43.36	1647.50		
	Toplam	75				
Sosyal felaketler	Düşük Ruhsal Atıf	37	33.36	1234.50	531.500	0.069
	Yüksek Ruhsal Atıf	38	42.51	1615.50		
	Toplam	75				
Bedensel felaketler	Düşük Ruhsal Atıf	37	32.46	1201.00	498.000	0.029*
	Yüksek Ruhsal Atıf	38	43.39	1649.00		
	Toplam	75				

* % 95 güven düzeyinde istatistiksel anlamlılığı simgeler

Tablo incelendiğinde düşük ve yüksek ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılar arasında sosyal felaketler dışında kalan tüm felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak manidar farklar saptanmıştır (sig.<0,05).

Ortalama sıralar incelendiğinde yüksek ruhsal atıf grubunda olan katılımcıların yüksek emosyonel felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülür. Daha açık bir ifade ile yüksek ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılar düşük ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılardan daha fazla emosyonel felaketleştirme yönelimindedirler.

Fiziksel felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek ruhsal atıf grubunda olan katılımcıların yüksek fiziksel felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülür. Daha açık bir ifade ile yüksek ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılar düşük ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılardan daha fazla fiziksel felaketleştirme yönelimindedirler.

Mental felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek ruhsal atıf grubunda olan katılımcıların yüksek mental felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülür. Daha açık bir ifade ile yüksek ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılar düşük ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılardan daha fazla mental felaketleştirme yönelimindedirler.

Bedensel felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek ruhsal atıf grubunda olan katılımcıların yüksek bedensel felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülür. Daha açık bir ifade ile yüksek ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılar düşük ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılardan daha fazla bedensel felaketleştirme yönelimindedirler.

Düşük ve yüksek bedensel atıf eğiliminde olan katılımcılar arasında felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U testi istatistikleri tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13 Düşük ve Yüksek Bedensel Atıf Grupları Arasında Felaketleştiren Bilişler Alt boyutları Farklarını Sıyan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	Bedensel Atıf	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	Asymp. Sig.
Emosyonel felaketler	Düşük Bedensel Atıf	28	30.38	850.50	444500.000	0.019*
	Yüksek Bedensel Atıf	47	42.54	1999.50		
	Toplam	75				
Fiziksel felaketler	Düşük Bedensel Atıf	28	25.64	718.00	312.000	0.000*
	Yüksek Bedensel Atıf	47	45.36	2132.00		
	Toplam	75				
Mental felaketler	Düşük Bedensel Atıf	28	19.93	558.00	152.000	0.000*
	Yüksek Bedensel Atıf	47	48.77	2292.00		
	Toplam	75				
Sosyal felaketler	Düşük Bedensel Atıf	28	31.96	895.00	489.000	0.064
	Yüksek Bedensel Atıf	47	41.60	1955.00		
	Toplam	75				
Bedensel felaketler	Düşük Bedensel Atıf	28	25.57	716.00	310.000	0.000*
	Yüksek Bedensel Atıf	47	45.40	2134.00		
	Toplam	75				

* % 95 güven düzeyinde istatistiksel anlamlılığı simgeler

Tablo incelendiğinde düşük ve yüksek bedensel atıf eğilimindeki katılımcılar arasında sosyal felaketler haricinde tüm felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır (sig.<0,05).

Ortalama sıralar incelendiğinde yüksek bedensel atıf grubunda olan katılımcıların yüksek emosyonel felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülür. Daha açık bir ifade ile yüksek bedensel atıf eğilimindeki katılımcılar düşük

bedensel atıf eğilimindeki katılımcılardan daha fazla emosyonel felaketleştirme yönelimindedirler.

Fiziksel felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek bedensel atıf grubunda olan katılımcıların yüksek fiziksel felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülür. Daha açık bir ifade ile yüksek bedensel atıf eğilimindeki katılımcılar düşük bedensel atıf eğilimindeki katılımcılardan daha fazla fiziksel felaketleştirme yönelimindedirler.

Mental felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek bedensel atıf grubunda olan katılımcıların yüksek mental felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülür. Daha açık bir ifade ile yüksek bedensel atıf eğilimindeki katılımcılar düşük bedensel atıf eğilimindeki katılımcılardan daha fazla mental felaketleştirme yönelimindedirler.

Bedensel felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek bedensel atıf grubunda olan katılımcıların daha yüksek bedensel felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülür. Daha açık bir ifade ile yüksek bedensel atıf eğilimindeki katılımcılar düşük bedensel atıf eğilimindeki katılımcılardan daha fazla bedensel felaketleştirme yönelimindedirler.

Farklı yaş grubundaki katılımcılar arasındaki ilişkiler incelendiğinde;

Farklı yaş grubundaki katılımcılar arasında belirti yorumlama ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Kruskall Wallis H test istatistikleri tablo 14’de sunulmuştur.

**Tablo 14 Farklı Yaş Grubundaki Arasında Belirti Yorumlama Ölçeği
Alboyutları Arasındaki Farkları Sınayan Kruskal Wallis H Test İstatistikleri**

Değişken	Yaş	N	Ortalama Sıra	Ki-Kare	sig.
Normalleştirilen Atıf	18 İle 25 Yaş Arası	14	43.07	1.260	0.739
	26 İle 35 Yaş Arası	37	35.95		
	36 İle 45 Yaş Arası	19	39.13		
	46 Yaş Ve Üzeri	5	34.70		
	Total	75			
Ruhsal Atıf	18 İle 25 Yaş Arası	14	41.75	1.874	0.599
	26 İle 35 Yaş Arası	37	35.61		
	36 İle 45 Yaş Arası	19	41.66		
	46 Yaş Ve Üzeri	5	31.30		
	Total	75			
Bedensel Atıf	18 İle 25 Yaş Arası	14	32.79	1.154	0.764
	26 İle 35 Yaş Arası	37	40.00		
	36 İle 45 Yaş Arası	19	37.53		
	46 Yaş Ve Üzeri	5	39.60		
	Total	75			

Tablo incelendiğinde farklı yaş grubundaki katılımcılar arasında normalleştirilen atıf, ruhsal atıf ve bedensel atıf bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulgulanmadığı görülür (sig.>0,05)

Farklı yaş grubundaki katılımcılar arasında felaketleştirilen bilişler ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Kruskal Wallis H testi istatistikleri tablo 15'deki gibidir.

Tablo 15 Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alt boyutları Bakımından Farklarını Sınayan Kruskal Wallis H İstatistikleri

Değişken	Yaş	N	Ortalama Sıra	Ki-Kare	sig.
Emosyonel felaketler	18 İle 25 Yaş Arası	14	37.11	0.538	0.910
	26 İle 35 Yaş Arası	37	36.61		
	36 İle 45 Yaş Arası	19	40.53		
	46 Yaş Ve Üzeri	5	41.20		
	Total	75			
Fiziksel felaketler	18 İle 25 Yaş Arası	14	34.07	4.722	0.193
	26 İle 35 Yaş Arası	37	36.88		
	36 İle 45 Yaş Arası	19	37.87		
	46 Yaş Ve Üzeri	5	57.80		
	Total	75			
Mental felaketler	18 İle 25 Yaş Arası	14	32.04	2.384	0.497
	26 İle 35 Yaş Arası	37	39.42		
	36 İle 45 Yaş Arası	19	36.92		
	46 Yaş Ve Üzeri	5	48.30		
	Total	75			
Sosyal felaketler	18 İle 25 Yaş Arası	14	35.18	0.576	0.902
	26 İle 35 Yaş Arası	37	39.46		
	36 İle 45 Yaş Arası	19	36.50		
	46 Yaş Ve Üzeri	5	40.80		
	Total	75			
Bedensel felaketler	18 İle 25 Yaş Arası	14	30.25	3.730	0.292
	26 İle 35 Yaş Arası	37	38.26		
	36 İle 45 Yaş Arası	19	39.76		
	46 Yaş Ve Üzeri	5	51.10		
	Total	75			

Tablo incelendiğinde farklı yaş grunundaki katılımcılar arasında emosyonel felaketleri fiziksel felaketler, mental felaketler, sosyal felaketler ve bedensel felaketler bakımından felaketleştirme bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülür.(sig.>0,05)

Kadın ve erkek katılımcılar arasında berlirti yorumlama ve alt boyutların bakımından ilişki incelendiğinde;

Kadın ve erkek katılımcılar arasında belirti yorumlama ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U test istatistikleri tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16 Kadın Ve Erkek Katılımcılar Arasında Belirti Yorumlama Ölçeği Alt boyutları Arasındaki Farkları Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	Cinsiyet	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann - Whitney U	Asymp. Sig.
Normalleştirilen Atıf	Erkek	32	36.72	1175.00	647.000	0.660
	Kadın	43	38.95	1675.00		
	Toplam	75				
Ruhsal Atıf	Erkek	32	26.92	861.50	333.500	0.000*
	Kadın	43	46.24	1988.50		
	Toplam	75				
Bedensel Atıf	Erkek	32	27.56	882.00	354.000	0.000*
	Kadın	43	45.77	1968.00		
	Toplam	75				

* % 95 güven düzeyinde istatistiksel anlamlılığı simgeleri

Tablo incelendiğinde kadın ve erkek katılımcılar arasında ruhsal atıf ve bedensel atıf bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu görülür (sig.<0,05). Ortalama sıralar incelendiğinde kadın katılımcıların daha yüksek ruhsal ve bedensel atıf ortalama sıralarına sahip olduğu görülür. Daha açık bir ifade ile kadın katılımcılar erkek katılımcılardan daha fazla ruhsal ve bedensel belirti yorumlama düzeyindedirler.

Bekar ve evli katılımcılar arasında belirti yorumlama ve alt boyutların bakımından incelendiğinde;

Bekar ve Evli katılımcılar arasında belirti yorumlama ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U test istatistikleri tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17 Bekar Ve Evli Katılımcılar Arasında Belirti Yorumlama Ölçeği Alt boyutları Arasındaki Farkları Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	Medeni Durum	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann - Whitney U	Asymp. Sig.
Normalleştirilen Atıf	Bekar	41	37.56	1540.00	679.000	0.848
	Evli	34	38.53	1310.00		
	Toplam	75				
Ruhsal Atıf	Bekar	41	37.59	1541.00	680.000	0.856
	Evli	34	38.50	1309.00		
	Toplam	75				
Bedensel Atıf	Bekar	41	38.11	1562.50	692.000	0.962
	Evli	34	37.87	1287.50		
	Toplam	75				

Tablo incelendiğinde bekar ve evli katılımcılar arasında normalleştirilen atıf, ruhsal atıf ve bedensel atıf bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulgulanamadığı görülür (sig.>0,05)

Farklı eğitim durumundaki katılımcılar arasında belirti yorumlama ve alt boyutların bakımından ilişki incelendiğinde;

Farklı eğitim seviyesindeki katılımcılar arasında belirti yorumlama ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Kruskal Wallis H test istatistikleri tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18 Farklı Eğitim Seviyesindeki Arasında Belirti Yorumlama Ölçeği Alt boyutları Arasındaki Farkları Sıyan Kruskal Wallis H Test İstatistikleri

Değişken	Eğitim Durumu	N	Ortalama Sıra	Ki-Kare	sig.
Normalleştirilen Atıf	Lise Ve Ortaokul	28	40.48	3.505	0.173
	Üniversite	37	39.34		
	Yüksek Lisans	10	26.10		
	Toplam	75			
Ruhsal Atıf	Lise Ve Ortaokul	28	42.80	2.182	0.336
	Üniversite	37	35.03		
	Yüksek Lisans	10	35.55		
	Toplam	75			
Bedensel Atıf	Lise Ve Ortaokul	28	43.59	2.992	0.224
	Üniversite	37	34.34		
	Yüksek Lisans	10	35.90		
	Toplam	75			

Tablo incelendiğinde farklı eğitim seviyesindeki katılımcılar arasında normalleştirilen atıf, ruhsal atıf ve bedensel atıf bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulgulanamadığı görülür. (sig.>0,05)

Sürekli bir ilaç kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında felaketleştirilen bilişler ölçeği alt boyutları incelendiğinde;

Sürekli bir ilaç kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında felaketleştirilen bilişler ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U testi istatistikleri tablo 19’deki gibidir.

Tablo 19 İlaç Kullanım Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alt boyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	İlaç Kullanımı	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	Asym Sig.
Emosyonel felaketler	Var	16	40.78	652.50	427.500	0.565
	Yok	59	37.25	2197.50		
	Toplam	75				
Fiziksel felaketler	Var	16	33.34	533.50	397.500	0.333
	Yok	59	39.26	2316.50		
	Toplam	75				
Mental felaketler	Var	16	30.75	492.00	356.000	0.132
	Yok	59	39.97	2358.00		
	Toplam	75				
Sosyal felaketler	Var	16	32.84	525.50	389.500	0.285
	Yok	59	39.40	2324.50		
	Toplam	75				
Bedensel felaketler	Var	16	41.53	664.50	415.500	0.464
	Yok	59	37.04	2185.50		
	Toplam	75				

Tablo incelendiğinde sürekli bir ilaç kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasından emosyonel felaketleri fiziksel felaketler, mental felaketler, sosyal felaketler ve bedensel felaketler bakımından felaketleştirme bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülür (sig.>0,05).

Kronik bir rahatsızlığı olan ve olmayan katılımcılar arasında felaketleştiren bilişler ve altboyutları bakımından bakıldığında;

Kronik bir rahatsızlığı olan ve olmayan katılımcılar arasında felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U testi istatistikleri tablo 20'deki gibidir.

Tablo 20 Kronik Rahatsızlık Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alt boyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	Kronik Rahatsızlık	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	Asym Sig.
Emosyonel felaketler	Var	7	29.14	204.00	176.000	0.258
	Yok	68	38.91	2646.00		
	Toplam	75				
Fiziksel felaketler	Var	7	43.14	302.00	202.000	0.510
	Yok	68	37.47	2548.00		
	Toplam	75				
Mental felaketler	Var	7	30.29	212.00	184.000	0.324
	Yok	68	38.79	2638.00		
	Toplam	75				
Sosyal felaketler	Var	7	27.14	190.00	162.000	0.165
	Yok	68	39.12	2660.00		
	Toplam	75				
Bedensel felaketler	Var	7	29.43	206.00	178.000	0.273
	Yok	68	38.88	2644.00		
	Toplam	75				

Tablo incelendiğinde kronik bir rahatsızlığı olan ve olmayan katılımcılar arasından emosyonel felaketleri fiziksel felaketler, mental felaketler, sosyal felaketler ve bedensel felaketler bakımından felaketleştirme bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülür (sig.>0,05).

Sigara kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında felaketşetiren bilişler ve alt boyutları bakımından incelendiğinde;

Sigara kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında felaketleştiren bilişler ölçeği altboyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U testi istatistikleri tablo 21'deki gibidir.

Tablo 21 Sigara Kullanım Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alt boyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	Sigara Kullanımı	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	Asym Sig.
Emosyonel felaketler	Var	44	38.32	1686.00	668.000	0.880
	Yok	31	37.55	1164.00		
	Toplam	75				
Fiziksel felaketler	Var	44	38.34	1687.00	667.000	0.871
	Yok	31	37.52	1163.00		
	Toplam	75				
Mental felaketler	Var	44	35.84	1577.00	587.000	0.305
	Yok	31	41.06	1273.00		
	Toplam	75				
Sosyal felaketler	Var	44	38.38	1688.50	665.000	0.859
	Yok	31	37.47	1161.50		
	Toplam	75				
Bedensel felaketler	Var	44	37.31	1641.50	651.000	0.742
	Yok	31	38.98	1208.50		
	Toplam	75				

Tablo incelendiğinde sigara kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında emosyonel felaketleri fiziksel felaketler, mental felaketler, sosyal felaketler ve bedensel felaketler bakımından felaketleştirme bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülür (sig.>0,05).

Akol kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında felaketşetiren bilişler ve alt boyutları bakımından incelendiğinde;

Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U testi istatistikleri tablo 22'deki gibidir.

Tablo 22 Alkol Kullanım Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alt boyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	Alkol Kullanımı	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	Asym Sig.
Emosyonel felaketler	Var	14	31.61	442.50	337.500	0.223
	Yok	61	39.47	2407.50		
	Toplam	75				
Fiziksel felaketler	Var	14	33.54	469.50	364.500	0.393
	Yok	61	39.02	2380.50		
	Toplam	75				
Mental felaketler	Var	14	31.43	440.00	335.500	0.209
	Yok	61	39.51	2410.00		
	Toplam	75				
Sosyal felaketler	Var	14	37.29	522.00	417.000	0.892
	Yok	61	38.16	2328.00		
	Toplam	75				
Bedensel felaketler	Var	14	38.96	545.50	413.500	0.854
	Yok	61	37.78	2304.50		
	Toplam	75				

Tablo incelendiğinde alkol kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında emosyonel felaketleri fiziksel felaketler, mental felaketler, sosyal felaketler ve bedensel felaketler bakımından felaketleştirme bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülür (sig.>0,05).

Psikiyatrik Öyküsü olan ve olmayan katılımcılar arasında felaketşetiren bilişler ve alt boyutları bakımından bakıldığında;

Psikiyatrik öyküsü olan ve olmayan katılımcılar arasında felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından farkların sınanması amacıyla yapılan Mann Whitney U testi istatistikleri tablo 23'deki gibidir.

Tablo 23 Psikiyatrik Öykü Durumlarına Göre Katılımcıların Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Alt boyutları Bakımından Farklarını Sınayan Mann Whitney U Test İstatistikleri

Değişken	Psikiyatrik Öykü	N	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	Asym Sig.
Emosyonel felaketler	Var	55	39.90	2194.50	445.500	0.210
	Yok	20	32.78	655.50		
	Toplam	75				
Fiziksel felaketler	Var	55	36.86	2027.50	487.500	0.452
	Yok	20	41.13	822.50		
	Toplam	75				
Mental felaketler	Var	55	36.26	1994.50	454.500	0.251
	Yok	20	42.78	855.50		
	Toplam	75				
Sosyal felaketler	Var	55	38.60	2123.00	517.000	0.692
	Yok	20	36.35	727.00		
	Toplam	75				
Bedensel felaketler	Var	55	38.85	2136.50	503.500	0.576
	Yok	20	35.68	713.50		
	Toplam	75				

Tablo incelendiğinde psikiyatrik öyküsü olan ve olmayan katılımcılar arasında emosyonel felaketleri fiziksel felaketler, mental felaketler, sosyal felaketler ve bedensel felaketler bakımından felaketleştirme bakımından % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülür (sig.>0,05).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı kişilerde düşünce tarzları ile panik bozuklukları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu kapsamda araştırmanın hipotezi “düşünce tarzları ile panik bozukluk arasında bir ilişki bulunmaktadır” şeklinde belirlenmiştir.

Literatüre göre panik bozukluğu hastalığının bilişsel açıklamasında kişinin bedensel duyularını felaketleştirici bir şekilde yorumladığı üzerinde durmaktadır. Yapılan “Felaketleştirme” sonucunda ortaya çıkan panik atağın kökeninde kalp krizi, beyin kanaması veya kontrolünü kaybetme biçimindeki olumsuz ve kaygı ortaya çıkan düşünce süreçleri etkili olmaktadır (Emmelkamp ve ark. 1994). Yapılan analizler sonucunda felaketleştiren bilişler alt boyutları ile belirti yorumlama alt boyutları arasındaki en yüksek korelasyonun bedensel felaketler alt boyutu ile bedensel atıf arasında anlamlı ve ortanın altı derecede güçlü bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonucuyla literatür örtüşmektedir.

Mental felaketler alt boyutu incelendiğinde; yüksek bedensel atıf eğilimindeki katılımcıların daha fazla mental felaketleştirme yöneliminde oldukları görülmüştür. Bu bozukluktaki kişiler bedensel uyarılma, uyarılmışlıkla alakalı bedensel duyularına odaklanırlar. Bu tür duyular katastrofik inançlardan kaynaklanmaktadır (Abramowitz ve ark. 2007). Planlamak, düşünmek, usa vurmak gibi insani özelliklerin kısa bir süreliğine kaybedilmesi ve bununla bağlantılı kaçma ve kaçınma davranışlarının ortaya çıkması karşılaşılan durumlardandır (Angst, 1998). Destekleyen başka bir çalışmada panik atağın aslında tehlike arz etmeyen uyaranlara karşı katastrofik olarak yanlış yorumlama ile ortaya çıktığını gösterir. Bu şekilde yapılan yanlış yorumlamalarla kaygıya ve normal vücut semptomlarına ek olarak korku, zihinsel bunalımlar ve kalp krizine bağlı ölümle ilişkilendirilmektedir (Austin and Richards, 2001). Dolayısıyla kaygı kişinin öznel bilgilerinin işleme süreciyle kendi güvenliğine tehdit veya tehlike ile ilişkilendirmesidir (Salkovskis ve ark. 1996).

Literatüre bakıldığında kişilerin yaşamlarındaki etkilendikleri olaylar kendi yorumlamalarına bağlı olup kişilerin olayları algılama biçimlerinin yaşanan olaydan daha ön planda olduğu görülmektedir(Bilgen, 2015). Bu çalışmanın ortaya koyduğu sonuçlar bu bilgiyle desteklenmekte, kişilerin fiziksel duyularına yönelik olan felaketsel düşünceleri bedensel duyularını etkilemekte ve bedensel algılamaları daha iyi olan panik bozukluk hastalarına göre fiziksel felaketleştirme eğilimleri daha fazladır.

Tablo 24 Duyum ve Tipik Yanlış Yorumlama

DUYUM	TİPİK YANLIŞ YORUMLAMA
Hızlı kalp atışı, çarpıntı	Kalp krizi geçiriyorum, kalbim duracak, ölüyorum
Nefes darlığı	Solunumum duracak, boğulacağım
Gerçek dışılık ve uzaklaşma (Ruhun bedenden ayrılma hissi)	Çıldıracağım, aklımı kaybedeceğim, kontrolümü kaybedeceğim
Kol ve bacaklarda hissizlik ve titreme	Felç olacağım
Sersemlik, baygınlık, bacaklarda zayıflık	Bayılacağım, düşeceğim, kendimden geçeceğim
Gerginlik, terleme, şaşkınlık	Davranışlarımı kontrol edemeyeceğim

(Bilgen, 2016)

Araştırmadaki katılımcıların literatürle uyumlu çıkan belirti yorumlamalarına göre; uzun süre başağrısı (%74), çok terleme (%70.7), ani baş dönmeleri (%84), ağız kuruması (%64), yorgunluk hissi (%93), el titremesi (53.3), uyuma güçlüğü (%92), mide ağrısı (%76), iştahsızlık (%70.7), çarpıntı (%96), nefessiz kalma (78.7), uyuşma (%61.3), bağırsak düzensizliği (%84) ve göğüs sıkışması (%93.3) gibi bedensel tanımlamalarda bulundukları tespit edilmiştir.

Bilişsel teoriler panik bozukluğunun oluşmasını ve devamlılığını kişilerin felaketleştiren bilişleriyle ilişkili bulmuştur (Beck ve ark. 1974 ; Clark, 1986). Bu teoriler iç ve dış uyaranlara karşı yanıtın otonomik sinir sisteminin aktive olmasına bağlamışlardır. Bu aktivasyon çarpıntı, nefes alımında zorluk, baş dönmesi gibi yapılan bu çalışmadaki bedensel duyularla da bağlantılı olduğu gözlenmiştir. Panik bozukluğu rahatsızlığı olmayan kişilerde de ortaya çıkan kaygıyla bağlantılı bedensel

duyumlar vardır. Fakat panik bozukluğu eğilimi olan kişilerde aynı duyumlara karşı hassas ve hipervijilan bir durum söz konusudur. Bu duyumlara karşı olan dikkatli algılamalarının olayları daha tehlikeli ve yanlış yorumlamalarına sebep olmaktadır. Bir olayla karşılaşıldığında gelişen düşüncelerin hızlı ve otomatik oluşu kişinin bu denli felaketleştirici ve tehlikeli algılama içerisinde olduğunun farkına varmayabilirler (Rapee, 1987 ; Rapee, 1993). Bu literatüre yukarıdaki tabloyla ilişkili olan analiz sonucunu desteklemektedir.

Clark(1986)'da panik bozukluğu hastalarının bedensel algılamalarının felaketleştirici bir şekilde yorumladıklarını ileri sürerek çalışmada ortaya çıkan bedensel felaketler alt boyutu yüksek bedensel atıf eğilimindeki katılımcılarda düşük bedensel atıf eğilimindeki katılımcılara oranla daha fazla bedensel felaketleştirme yöneliminde oldukları desteklenmiştir.

Yapılan bazı araştırmalarda, ayrı yaşamayı ve boşanmayı tercih etmiş kişilerde panik bozukluk rahatsızlığının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda ise hastaların %80 oranındaki çoğunluğunun evli olduğu kanıtlanmıştır (Ateşçi ve ark. 2003). Fakat yapılan bu çalışma da ülkemizde yapılmasına rağmen bekar ve evli katılımcılar için panik bozukluk hastalığının görülme olasılığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürdeki birçok araştırmayla sonucunun farklı çıkmasının sebebi çalışma için oluşturulan örneklemin kısıtlı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Panik bozukluk hastalarının cinsiyet dağılımına bakıldığında; kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklığı farklı bulunmuştur. Kadın hastaların panik bozukluk rahatsızlığı yaşama sıklığı erkek hastalara göre 2-3 kat daha fazladır (Weissman ve ark. 1997). Bunu destekleyen başka bir çalışmada epidemiyolojik ve klinik çalışmaların ortak bir sonucu olarak kadınların erkeklere göre 3/1 oranla daha çok panik bozukluk rahatsızlığı yaşadıkları saptanmıştır (Tükel, 1997). ABD'de yapılmış olan Epidemiyolojik Alan Tarama Çalışmasında (ECA), kadınlarda yaygınlık oranı %0.7, erkeklerde ise %0.3 olarak saptanmıştır (Sheikh ve ark. 2002). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise, kadınlarda son 12 ayda yaygınlık %0.5, erkeklerde ise %0.3 olarak belirlenmiştir (Tükel, 1997). Bu çalışmanın sonucuna bakıldığında kadın ve erkek katılımcılar arasında ruhsal atıf ve bedensel atıf bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Kadın katılımcılar daha fazla ruhsal ve bedensel belirti yorumlama

düzeylerinde oldukları bulunmuştur. Bu çalışmaların verileri araştırmamızın verileri ile örtüşmektedir.

Kontrol grubunun varlığıyla yapılan çalışmalarda panik bozukluğu olan kişilerin felaketleştiren düşüncelerinin varlığının anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Hadjistavropoulos ve Craiq 1998). Bu hastaların Abromowitz ve ark. (2007) yaptığı çalışmalardaki bulgulara göre ataklar esnasında yaşadıkları duyumları ölüm kaygısı ve felaket algılamaları ile açıklanmaya çalışılmıştır (Abramowitz ve ark. 2007b, Schmidt ve ark. 1997, Conroy ve ark. 1999). Bu araştırmanın analiz sonuçları değerlendirildiğinde düşük normalleştirme eğilimindeki katılımcıların daha fazla bedensel şikayetleri felaketleştirme eğiliminde oldukları saptanmıştır. Literatürle örtüşen bu sonuçla düşük ve yüksek normalleştirme eğiliminde olan katılımcılar arasında anlamlı farkın bedensel felaketler altboyutunda olduğu görülür.

Beck'e göre kaygının çekirdek özelliği olan fiziksel ve ruhsal iyi veya kötü hissedişler bilgi işleme sürecindeki şemalarla ilişkilidir. Bedensel duyumların tehlikeli ya da tehdit edici şekilde yanlış yorumlanmasına önem vermekte, uyumsuz davranış ve düşüncelerle felaketleştirici inançların birbirleriyle bağlantısı üzerine odaklanmaktadır (Beck, 1979). Yapılan bu çalışmada fiziksel felaketler alt boyutuna bakıldığında yüksek ruhsal atıf grubundaki kişilerin yüksek fiziksel felaketleştirmeye sahip oldukları literatürle örtüşmektedir.

Çocukluk çağında veya 40'lı yaşların devamında başlayabildiğine yönelik bilgilerin varlığı literatürle desteklenmiş, panik bozukluğun en yaygın olarak geç ergenlik ve otuzlu yaşlar arasında başladığı çalışmalarca gösterilmiştir. Ayrıca 20'li yaşların ortası başlangıç yaşı olarak gösterilmektedir (Faravelli ve Paionni 1999). Bu çalışmada farklı yaş grupları ve katılımcılar arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Bu durum da çalışmanın kısıtlılığından olabileceği düşünülmektedir.

4.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Düşünce tarzları ve panik bozukluğunun ilişkisini incelemeyi amaçlayan bu çalışmada, DSM V tanı kriterlerine göre panik bozukluğu teşhisi almış 75 kişi araştırmanın örneklemini meydana getirmektedir. Bu araştırmaya göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Felaketleştiren bilişler alt boyutları ile belirti yorumlama alt boyutları arasındaki en yüksek korelasyonun bedensel felaketler alt boyutu ile bedensel atıf arasında anlamlı ve ortanın altı derecede güçlü bir korelasyon olduğu görülmüştür.
- Düşük ve yüksek normalleştirme eğiliminde olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı tek farkın bedensel felaketler alt boyutunda olduğu görülmüştür. Buna bağlı olarak düşük normalleştirme eğilimindeki katılımcılar daha fazla bedensel şikayetleri felaketleştirme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir.
- Düşük ve yüksek ruhsal atıf eğilimindeki katılımcılar arasında sosyal felaketler dışında kalan tüm felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından istatistiksel olarak manidar farklar saptanmıştır.
- Yüksek ruhsal atıf grubunda olan katılımcıların yüksek emosyonel felaketleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görülür.
- Fiziksel felaketler alt boyutu incelendiğinde; yüksek ruhsal atıf eğilimindeki kişilerin düşük ruhsal atıf eğilimindeki kişilere göre daha fazla fiziksel felaketleştirme yöneliminde oldukları bulunmuştur.
- Mental felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek ruhsal atıf eğilimindeki katılımcıların daha fazla mental felaketleştirme yöneliminde oldukları saptanmıştır.
- Bedensel felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek ruhsal atıf eğilimindeki kişilerin daha fazla bedensel felaketleştirme yöneliminde oldukları bulunmuştur.
- Düşük ve yüksek bedensel atıf eğilimindeki katılımcılar arasında sosyal felaketler haricinde tüm felaketleştiren bilişler ölçeği alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır.

- Yüksek bedensel atıf grubunda olan katılımcıların yüksek emosyonel falezatleştirme ortalama sıralarına sahip oldukları görölmüştür.
- Fiziksel felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek bedensel atıf eğilimindeki bireylerin daha fazla fiziksel felaketleştirme eğiliminde oldukları görölmüştür.
- Mental felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek bedensel atıf yönelimindeki kişilerin daha fazla mental felaketleştirme yönelimindeki oldukları tespit edilmiştir.
- Bedensel felaketler alt boyutu incelendiğinde yüksek bedensel atıf yöneliminde olan bireylerin daha fazla bedensel felaketleştirme eğiliminde oldukları saptanmıştır.

ÖNERİLER

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda öneriler şunlardır;

Panik bozukluk teşhisi almış kişiler için psikolojik destek alınabilir.

Panik bozukluk ve düşünce iğerikleri arasındaki ilişkiyi çok yönlü araştıran ęalıřmalar yapılabilir.

Ęalıřmada İstanbul’da bulunan özel bir klinikte panik bozukluk teşhisi alan hastalara uygulanmıştır. İleride yapılacak ęalıřmalarda örneklem ęeřitlilięi açısından daha farklı kliniklerde de uygulanabilir.

Örneklem kısıtlılığından dolayı yaşanabilecek sorunları en aza indirmek adına daha büyük örneklerde daha detaylı araştırılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abby JF, Salvatore M, Jeremy DC. Anxiety Disorders in Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6. Baskı. Baltimore: Williams Wilkins, 1995; 1191-1204.
- Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP (2007a) The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. Cogn Ther Res 31:871- 883.
- Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ (2007b) Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders Behav Ther 38:86-94.
- Akpınar, B., Turkey Bilgiş Ve Üstbilgiş (Metabilgiş) Kavramlarının Zihin Felsefesi Açısından Analizi, Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 6/4 Fall 2011, p. 353-365
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
- Amerikan Psikiyatri Birliğı, Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Amerikan Psikiyatri Birliğı, Washington DC, 2013'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliğı, Ankara, 2013.
- Amerikan Psikiyatri Birliğı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliğı, Ankara, 2014.

Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü Baskı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

Angst J (1998) Panic disorder: history and epidemiology. Eur Psychiatry, 13:51-5.
Mendlowicz MV, Stein MB (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorders. Am J Psychiatry, 157:669-682. Nadiga DN, Hensley PL, Uhlenhuth, EH (2003) Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in panic disorder. Depress Anxiety, 17:58-64.

Apfeldorf WJ, Shear MK, Leon AC, ve ark. Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. Depress Anxiety 2000; 12:78-84.

Arısoy Ö. (2004) Psikiyatrik Genetik, Düşünen Adam : Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi; 17 (2) : 109-125

Arslan, M., “Panik Bozuklukta Başlangıç ve Klinik Özellikler Açısından Cinsiyer Farklılıkları” , T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Kliniği, 2002.

Atalay DN, Bayraktar E. Panik Atağı ve Panik Bozukluğu Anksiyete Monografıları. Ankara: Medikomat 1995: 225-255.

Atalay ND, Bayraktar E Panik *Bozukluk*. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları 141, 1992.

Ateşçi Ç, Karadağ F, Amuk T, Özdel O, Oğuzhanoğlu NK. Panik bozukluğunda özkıyım düşünceleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:81-86.

Austin DW, Richards JC (2001) The catastrophic misinterpretation model of panic disorder. Behav Res Ther 39:1277-91.

- Aysev A, Taner Y (2007) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Gohnson&Gohnson, Cilt 1
- Ayyıldız, H., “Majör Depresyon ve Panik Bozuklukta Serum S100B Seviyeleri”, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya Bölümü, 2008.
- Bağdaçık, S., “Majör Depresyon ve Panik Bozukluğu Olan Hastaların Erken Disfonksiyonel Şema Aktivasyonlarının Karşılaştırılması”, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2009.
- Barlow DH ve ark. (1994) Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: implication for research. J Abnorm Psychol, 103: 553-564
- Başaran-Kaçar, S., Sütcü-Tekinsav, S. (2016). Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme *Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Panic Disorder: A Systematic Review*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry ; 8(Suppl 1):79-94
- Batterham PJ, Glozier N, Christensen H., Sleep disturbance, personality and the onset of depression and anxiety: Prospective cohort study, Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2011;46; 1089-1098.
- Bayraktar E. Panik bozukluğu ve agorafobi. Köroğlu E, Güleç C (ed.) “Psikiyatri Temel Kitabı” ndan. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007; 296-317.
- Beck AT, Laude R, Bohnert M. Ideational components of anxiety neurosis. Arch Gen Psychiatry 1974;31(3):319-25.
- Beck AT. Cognitive Therapy and The Emotionaî Disorders. Penguin Books Inc.,1979, Boston.
- Beck, J. (2001). Bilişsel Terapi Temel İlkeler Ve Ötesi. (Çev. N. Hisli Ş.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Bell CJ, Nutt DJ. Serotonin and panic. Br J Psychiatry 1998; 172:465-471

- Bellodi L, Perna G, Caldirola D, Arancio C, Bertani A, Bella DD., CO2-induced panic attacks: A twin study. *Am J Psychiatry* 1998;155: 1184–1188.
- Berrios GE: The history of mental symptoms. 1996. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Pres.
- Bilgen, İ., “Benim Hayatım Hep Böyle mi Geçecek?”(2.Baskı), Epsilon Yayınevi, İstanbul, 2016
- Birmaher B, Ollendick TH (2004) Childhood-onset panic disorder. In: Ollendick TH, March JS (eds) Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. Oxford University Press, New York, 306–333
- Black DW, Andreasen NC., *Introductory Textbook of Psychiatry*, 5th edition, American Psychiatric Pub. 2009.
- Breier A ve ark. (1986) Agoraphobia with panic attacks. Development Diagnostic Stability and Course of Illness. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 1029-36
- Cavallini MC, Bellodi L. Genetics of anxiety disorders. Part 1. IN: Gries EJJ, Faravelli C, Nutt D, Zohar J(ed.) *Anxiety disorders. An Introduction to Clinical Menagement and Research*. John Wiley&Sons, New York 2001:25-40.
- Ceylan M.E, Yazan B (2000). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, Birinci Baskı, 3. cilt, 77-112
- Charney D.S, Woods S.W, Krystal J.H (1992). Noradrenergic neuronal dysregulation in panic disorder: the effects of intravenous yohimbine and clonidine in panic disorder. *Acta Psychiatrica Scan*; 86:273-282
- Chignon JM, Lepine JP, Ades J: Panic disorder in cardiac outpatients. *Am J Psychiatry* 150:780-785, 1993.
- Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986;24(4):461-70.
- Conroy RNM, Smyth O, Siriwardena R ve ark. (1999) Health anxiety and characteristics of self-initiated general practitioner consultations. *J Psychosom Res*, 46:45-50.

- Coplan JD, Gorman JM, Klain DF. Serotonin related functions in panic-anxiety: a critical overview. *Neuropsychopharmacology* 1992; 6:189-200
- Cowley DS, Flick SN, Roy-Byrne PP. Long-term course and outcome in panic disorder: a naturalistic follow-up study. *Depress Anxiety*, 1996; 2: 13-21.
- Cox BJ, Norton R, Dorward J, Fergusson PA. The relationship between panic attacks and chemical dependencies. *Addict Behav*, 1989; 14: 53-60.
- Davidson G, Neale J (2004) Anormal Psikolojisi, (Çev.Ed.: İ Dağ). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara
- Deorfler LA ve ark. (2007) Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*, 38: 57-71
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L (1973) SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. *Psychopharmacology Bull* 9: 13-27.
- Doğan O, Ketenoğlu C, Gülmez H ve Ark.: Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, 1. Baskı, Dilek Matbaası, Sivas, s.15, 1995
- Dökmen, Ü. (1994). İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, et al. : Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151 (3): 413-20.
- Emmelkamp PMG, Bouman TK, Scholing A. Anksiyete Bozuklukları. Klinik Uygulama Kılavuzu. Çevirenler: Ceyhan B, Oral N, Ankara 1994, Hekimler Yayın Birliği, s. 75-96.
- Erek, Ş., “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Bipolar Bozukluk Komorbiditesi ve Afektif Temperament Özelliklerinin Karşılaştırılması”, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- Ergil, G., “Panik Bozukluğu Hastaları ve Birinci Dereve Akrabalarında Afektif Mizacın Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2006.

- Essau CA ve ark. (1999) Frequency of panic attacks and panic disorder in adolescents. *Depress Anxiety*, 9:19–26
- Etik Ç ve ark (2007) Panik bozukluğu: Solunumsal alt tipler, yakın ve geçmiş yaşam olaylarının rolü. *Yeni Symposium*, 45(3): 128-133
- Faravelli C, Pallanti S (1989) Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry*, 146: 622-626.
- Freidman S ve ark. (1994) African-American and white patients with panic disorder and agoraphobia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 798-803
- Goisman RM ve ark. (1995) DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: New data on a controversial diagnosis. *Am J Psychiatry*, 152(10): 1438-1443
- Goldstein RB, Wicramaratne PJ, Horwatz E ve ark. 1997. Familial aggregation and phenomenology of early-onset (at before age 20 years) panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 54:271-278
- Goodwin RD, Lipsitz JD, Chapman TF et al. Alcohol use disorders in relatives of patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2006;47:88-90
- Gökler I (2005) Çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu tartışmasında farklı bir boyut: Bilgi işleme yaklaşımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12(2): 83-91
- Graeff F.G, Garcia-Leal C, Del-Ben C.M, Guimaraes F.S (2005). Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis? , *An Acad Bras Cienc. Sep*; 77(3): 477-91
- Gül-Gökçegöz, I., “Panik Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Total Antioksidan Kapasite, Paraoksanaz, Arilesteraz ve Malondialdenid Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, Uzmanlık Tezi, T.C. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2011.
- Güleç C, Köroğlu E. Temel Psikiyatri Kitabı, 1. Cilt, Ankara ;s:35-36 1997

- Haaga, D. A.&Davison, G. C. (1986). Cognitive Change Methods. Helping People Change. Editor: Frederick H. Kanfer and Arnold P. Goldstein. (3.Edition). Great Britain: Pergamon Pres, s. 249.
- Hadjistavropoulos HD, Craiq KD, Hadjistavropoulos T (1998) Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. Behav Res Ther, 36:149-164.
- Harris EL, Noyes R Jr, Crowe RR ve ark. Family study of agoraphobia. Report of a pilot study. Arch Gen Psychiatry.40: 1061-1064,1983.
- Hoehn H, Saric R, Mcleod DR. Biology of anxiety disorders. American Psychiatric Press, Washington, 1993.
- Hoffman SG, Shear MK, Barlow DH, Gorman JM et al. Effects of panic disorder treatments on personality disorder charecteristics. Depress. Anxiety, 1998;98(2): 116–123
- İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri TÜRKİYE’DE SIK KARŞILAŞILAN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR Sempozyum Dizisi No:62 (2008) S:175-184
- Işık E, Işık Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları (1. Baskı). İstanbul, Golden Print Yayınları, 2006.
- Kaldırımcı, A.T., “Panik Bozukluk ve Ağrı Bozukluğu Olgularında Bağlanma Stilleri, Ayrılma Anksiyetesi, Savunma Biçimleri, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması” , Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2014.
- Kaplan & Sadock, Klinik Psikiyatri (Özel Psikiyatri 9. Baskı) 2005
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. Baltimore: 1998: 594-602
- Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. Panic Disorder and Agoraphobia: in *Synopsis of Psychiatry*. 7. baskı Giza: Mass Publishing CO, 1994; 582-592.

Kaplan,H.I.,Sadock,B.J.Klinik Psikiyatri.Çev.Ed.Abay,E.2004.Nobel Tıp Kitabevleri, 2004

Karabekiroğlu A ve ark. (2007) Panik bozukluğunda beyin görüntüleme çalışmaları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8: 224- 230

Karagöz, Y., “Olumlu Düşünme Eğitim Programının Ergenlerin Geleceğe Yönelik İyimserlik, Depresyon ve Bilişsel Çarpıtma Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı, 2011.

Karahan, T. F. ve Sardoğan, M. (2004). Psikolojik Danışma ve Psikoterapide Kuramlar. Samsun: Deniz Kültür Yayınları, s: 246.

Kart, A. , Önder, Ö. , Türkçapar, M. H. , Felaketleştiren Bilişler Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği, ClinAnal Med 2015;6(suppl 2): 121-124

Kavak, V., “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Sosyal Fobi Görülmesi Sıklığının İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 2009.

Kaya N (2007) Sorularla panik atak. Sistem Yayıncılık, İzmir

Kessler RC ve ark. (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US national comorbidity survey. Psychol Med, 27: 1101-1119

Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2006 Apr;63(4):415-24.

Kessler, RC., Coccaro, EF., Fava, M., Jaeger, S., Walters, EE. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 63(6), 669-678.

- Khawaja NG, Oei TPS, Baglioni AJ. Modification of the Catastrophic Cognitions Questionnaire (CCQ-M) for Normals and Patients: Exploratory and LISREL Analyses. *J Psychopathol Behav* 1994;16(4):325-42.
- Khawaja NG, Oei TPS. Development of a Catastrophic Cognitions Questionnaire. *J Anxiety Disord* 1992;6(3):305-18.
- Kılınç, H. (2005). Ergenlerin Yalnızlık Düzeyleri Ve Kişilerarası İlişkiler İle İlgili Bilişsel Çarpıtmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Klerman GL ve ark. (1991) Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *J Am Med Assoc*, 265(6): 742-746
- Kocabaşoğlu N. (2002). Panik Bozukluğu, Agorafobi ve Diğer Komorbid Durumlar ; *Yeni Symposium*, 40 (2): 68-75
- Köroğlu, E. (1998) (ed.) Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı.4. Baskı (DSM IV) , Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s: 517-596
- Köroğlu, E., Panik Bozukluğu, 1. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2006.
- Kurt, E., Karabaş, Ö., Yorguner, N., Wurz, A., Topçuoğlu, V. (2016). Deleterious Results of Safety Seeking Behaviors in Panic Disorder: Polydipsia and Diabetes Mellitus Type 2. *Turkish Journal of Psychiatry*.
- Kurtoğlu, E. (2009). Lise Öğrencilerinde Gözlenen Saldırganlık Düzeylerinin Otomatik Düşünceler, Cinsiyet ve Sınıf Düzeyi Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, O. M Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kuyucu, Y. (2007). Boşanmış Ailede Yetişen Ergenlerin Bilişsel Çarpıtmalarıyla Benlik Değerleri Arasındaki İlişki. Doktora Tezi, D.E.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Labbate LA, Pollac MH, Otto MW, et al.: Sleep panic attacks: an association with childhood anxiety and adult psychopathology. *Biol Psychiatry* 1994; 36: 57-60

- Leahy, R.L. (1996). Cognitive Therapy: Basic Principles and Applicacy: Basic Principles and Application.
- Lepine JP, Pelissolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP; eds. Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms. London: Martin Dunitz; 1999
- Liebowitz MR, Gorman JM, Fryer AJ ve ark: Lactate provocation of panic attacks. II. Biochemical and physiological findings. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:709-719.
- Maddock RJ, Buonocore MH, Miller AR, Yoon JH, Soosman SK, Unruh AM., Abnormal Activity-Dependent Brain Lactate and Glutamate+Glutamine Responses in Panic Disorder, Biol Psychiatry 2012
- Manfro G., Otto MW., Mc Ardle ET, (1996). Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and course of panic disorder. J Affect Disord, 41 : 135-139
- Mantar A., Alkın T., (2012) Panik Bozukluğu Oluşumunda Biyolojik Etkenler. Türkiye Klinikleri J. Psychiatry Special Topics 5 (4) : 26-35
- Marchesi C, Cantoni A, Fanto S, RM Giannelli, Maggini C. The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: A 1-year naturalistic study. *Journal of Affective Disorders*, 2005; 89:189-194.
- Marks IM. Genetics of fear and anxiety. Br J Psychiatry 1986; 149:406-418.
- Massion AO, Dyck IR, Shea MT, Philips KA et al. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder. Arch Gen Psychiatry, 2002 ;59:434- 440
- Mavissakalian MR, Perel JM. 1995. Imipramin treatment of panic disorder with agoraphobia: Dose ranging and plasma level-response relationships. Am J Psychiatry; 152: 673-82

- McMahon FJ, Kassem L.,Anksiyete Bozuklukları: Genetik. Aydın H, Bozkurt A ed(s). 8.baskı. Ankara: Güneş Kitabevi.2007:1759-1762.
- Mellman TA, Uhde TW: 1989.Sleep panic attacks; new clinical findings and theoretical implications. Am J Psychiatry; 146: 1204-1207
- Michael H.Ebert,Peter T.Loosen,Barry Nurcombe Ve ark.,Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi,Güneş Kitabevi,s:328-340,2003
- Mirdal GM (1985) The condition of "tightness": the somatic complaints of Turkish migrant women. Acta Psychiatr Scand 71: 287-296.
- Moreau DL, Weissman MM. Panic disorder in children and adolescents. A review. Am J Psychiatry 1992; 149:1306-1314.
- Neal AM, Turner SM (1991) Anxiety disorders research with African-Americans: Current status. Psychological Bulletin, 109: 400-410
- Nemiah JC (1985) Anxiety states (anxiety neuroses). Comprehensive Text Book of Psychiatry /IV, 1. Cilt, Baltimore, Williams and Wilkins.
- Noyes R, Reich J, Chiristiansen J. Outcorne of panic disorder: Re!ationship to diagnostic subtypes and comorbidity. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 809-818
- Nutt DJ, Lawson C. 1992. panic attacks: a neurochemical overview of model and mecanism. Br J Psychiatry, 160: 165-178 .
- Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press, 2000: 573-593.
- Ollendick TH, Mattis SG, King NJ (1994) Panic in children and adolescents: a review. J Child Psychol Psychiat, 35: 113–134
- Oltmanns T ve ark. (2003) Anormal davranışlar psikolojisinde vaka çalışmaları (Çev. Ed.: İhsan Dağ). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara
- Onur E ve ark. (2004) Panik- agorafobi spektrumu kavramı. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(3): 215- 223

- Özakkaş M.D., Tahir (Ed), (2015). Bilişsel Terapi ve Uygulamaları: Tedavi Müdahaleleri İçin Bir Kılavuz (3.Baskı). Leahy, R.L., Litera Yayıncılık, 2015. 24-26.
- Özer, A. K. (2000). “Ben” Değeri Tiryakiliği: Duygusal Gerilimle Baş Edebilme. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Özkan M ve ark. (2005) Panik bozukluğuna komorbid eksen-1 bozukluklarının oluşumunda travmatik yaşam olaylarının rolü. Klinik Psikiyatri, 8: 53-59
- Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 10. Basım, Ankara: Feryal Matbaası, 2004: 350-353.
- Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 6. Basım, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995: 266-278.
- Öztürk-Yavuz, E., “Panik Atak Hastalığı (Panik Bozukluk) ve Farmakolojik Tedavisi”, Bitirme Ödevi, T.C. Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, 2014.
- Papp LA, Klein DF, Martinez J. Diagnostic and substance specificity of carbondioxide induced panic. Am J Psychiatry 1993; 150:250-257.
- Parmaksız, S., “Panik Bozuklukta Ghrelin, Triglicerit, Kolesterol Ve Alt Tiplerinin Düzeyleri Ve Klinik Değişkenlerle İlişkisinin Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, T.C. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2008.
- Perna G, Cacchi S, Bertani A, Arancio C, Bellodi L (1995). 35% CO2 sensitivity in healthy first degree relatives of patients with panic disorder. Am J Psychiatry; 152:623-625
- Pini S., Dell’Osso L., ve ark. (2003). Awareness of illness in patients with bipolar-I disorder with or without comorbid anxiety disorder. Aust N Z J Psychiatry, 37:355-61
- Pollack MH, Otto MW, Sabatino S et al. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. Am J Psychiatry, 1996; 153: 376-381.

- Quintana H. Cognitive development. In Textbook of Adolescent Psychiatry (Ed R. Richard):171-180. New York: Oxford University Press, 2003.
- Rapee RM. Psychological factors in panic disorder. *Adv Behav Res Ther* 1993;15(1):85-102.
- Rapee RM. The psychological treatment of panic attacks: Theoretical conceptualization and review of evidence. *Clin Psych Rev* 1987;7:427-38.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in United States: based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 45:977-986
- Regier DA., Rae DS. ve ark. (2000). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry*, 173(suppl.34):24-8
- Robbins JM, Kirmayer LJ (1991) Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med* 21: 1029-1045.
- Robert MA, Hirschfeld MD. Panic disorder: Diagnosis, Epidemiology, and Clinical Course. *J Clin Psychiatry* 1996;57(suppl 10):3-8
- ROCKMORE Tom, Cognition: An Introduction to Hegel's Phenomenology of Spirit, University of California Pres, 1997.
- Roth M (1988) Anxiety and anxiety disorders: General overview. *Handbook of Anxiety*, 1. Cilt, Biological, Clinical and Cultural Perspectives, M Roth, R Noyes, GD Burrows (Ed), Amsterdam, Elsevier.
- Roy-Byrne P ve ark. (2000) Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry*, 176: 229-235
- Russell Noyes jr, Rudolf Hoehnsaric. Anksiyete Bozuklukları. Csa Medikal yayıncılık, s:86, 1998

- Salkovskis PM, Clark DM, Gelder MG (1996) Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behav Res Ther* 34: 453–8.
- Sanderson WC, Barlow DH (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder, *J Nerv Ment Dis*; 178: 588-591
- Sartorius N, Ustün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, Von Korff M, Wittchen HU. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Oct;50(10):819–824
- Savaşır I (1994) Ölçek uyarlanmasıdaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi* 9(33): 27-32.
- Saydam M.B. Dış(arı)lananın dönüşü: Psikomitolojide “Pan(ik)” *Psikeart Dergi* 2014: 22-31
- Saygılı, S., Karamustafalıoğlu, O. (2010). Panik Bozukluğu Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve Komorbidite. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* ;23:32-37
- Schmidt NB, Lerew DR, Trakowski JH (1997) Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *J Consult Clin Psychol*, 65:214-220.
- SCHUNK H. Dale, Öğrenme Teorileri, Çev.: Muzafer ğahin, Nobel Yayınları, Ankara 2009.
- Segui J, Marquez M, Canet J et al. (2000). Differential clinical features of late-onset panic disorder, *J Affect Disord*; 57: 115-119
- Segui J, Marquez M, Canot J, et al. (1999). Differential clinical features of early-onset panic disorder, *J Affect Disord*; 54: 109-117
- Sevinçok, L., Akoğlu, A. (2001)Panik ve Depresyon: Etiyoloji, Tanı ve Eştanı Sorunları. *Duygudurum Dizisi*, 5: 215-227

- Sharples BA, Kevin MC, Chambles DL, Milrod BL, Khalsa SR, Barber JP., Isolated Sleep Paralysis and Fearful Isolated Sleep Paralysis in Outpatients With Panic Attacks, *Journal Of Clinical Psychology* 2010; 66(12) 1292-1306.
- Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF. Gender differences in panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2002; 159:55-58.
- Silove D ve ark. (1995) Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychol Med*, 25(2): 405-411
- Simon NM, Fischmann D (2005) The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 66(Suppl. 4): 8-15
- Starcevic J.1992.Should postattack phenomena be included in the definition and description of a panic attack. *Am.J. Psychiatry* 148:1752-1753.
- Stein MB, Asmundson GJ, Ireland D, Walker JR: Panic disorder in patients attending a clinic for vestibular disorders. *Am J Psychiatry* 151:1697-1700, 1994.
- Stein MB, Uhde TW., Biology of anxiety disorders. *Textbook of Psychiatry*, Hales RE, Yudovsky SC, Talbott JA (eds.) 2.Baskı. Washington, DC: American psychiatric Press 1994: 54-76.
- Sungur M (1997) Fobik Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 1: 5-11.
- Topçuoğlu V, Karabekiroğlu A, Yazgan Ç.,Panik Bozukluğu Provokasyon Çalışmaları ve Provokasyon Ajanlarının Farklılıkları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6; 38-62.
- Turan M.T, Eşel E (2002). Panik Bozukluğun Elektrofizyolojisi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* ; 12: 106-108
- Tükel R (2000). Anksiyete Bozuklukları, *Çizgi Tıp Yayınevi*, Ankara
- Tükel R (2002) Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 5(Ek3): 5-13
- Tükel R. (1997). Panik Bozukluğu ; *Psikiyatri Dünyası* ; 1: 12-17

- Tükel, R., Alkın, T. (2006) (eds) Anksiyete Bozuklukları , Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No:4, 1. Baskı, Ankara s: 41-143
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. Klinik Psikiyatri, 4, 12-16.
- Türkçapar, M. H. (2000). Kognitif Terapi ve Psikanalize Bakışı. 3P Dergisi. 8(1): 44.
- Türküm, A. S. (1996). Akılcı Olmayan Düşünceler Ölçeğinin Geliştirilmesi. III. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi. Adana: Çukurova Üniversitesi.
- Tweed JL ve ark. (1989) The effects of childhood parental death and divorce on the six-month history of anxiety disorders. Br J Psychiatry . 154:823-28
- Tyrer P. Treating panic: Psychological treatments are preferable to drug treatments. 1989;283:147-168
- Valenca AM, Nardi AE, Nascimento I, Zin WA, Versioni M (2002). Carbondioxide test as an additional clinical measure of treatment response in panic disorder, Arq Neuropsiquiatr; 60(2-B): 358-61
- VAN Tim, “What Might Cognition Be, If Not Computation?”, The Journal of Philosophy, Vol: 92, No. 7 (1995), pp. 345-381
- Vural, A., “Panik Bozuklukta Uyku Kalitesi”, Uzmanlık Tezi, T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2013.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:305-309.
- Weissman MM. Panic Disorder: impact on quality of life. J Clin Psychiatry 1991; 52: 6- 8.

- Whitaker A ve ark. (1990) Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 487–496
- Yenier-Duman, Ö. , Usubütün, S. , Göka, E. , Belirti Yorumlama Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(1):26-40
- Yetkin S., Erdamar A., Yokuşoğlu M., Özgen F., Aydın H.,Özgün F., Panik Bozukluğu Hastalarında Uykuda Kalp Hızı Değişkenliği, *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, 2014;1:28-32
- Yonkers KA, Zlotnick C, Allsworth J et al. Is the course of panic disorder the same in the women? *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 596-602.
- Yurdagül, E., “Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması”, Uzmanlık Tezi, T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2006.
- Yüksel N., Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 2006.

EKLER

Ek-1: Araştırmada Kullanılan Onam Formu ve Kişisel Bilgi Formu

T.C. Beykent Üniversitesi

Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

AYDINLATILMIŞ RIZA FORMU

Sizi Elçin KURŞUNOĞLU tarafından yürütülen “**Düşünce Tarzlarının Panik Bozukluğuyla İlişkisi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Panik Bozukluk tanısı almış bireylerde düşünce tarzlarının panik atak ortaya çıkması ve panik bozukluk gelişimi ile ilişkisini araştırmaktır. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimse baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamaktır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya elcinkursunoglu@hotmail.com e-posta adresi ve 05355998000 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni Hal:

Eğitim Durumu:

Meslek:

Kullanılan İlaç:

Kronik Rahatsızlık:

Alışkanlıklar(sigara,alkol vb.)

Psikiyatrik Öykü:

Ek-2: Belirti Yorumlama Ölçeği

BELİRTİ YORUMLAMA ÖLÇEĞİ-TALİMAT

Belirti atıflarının ölçüldüğü 39 soruluk, kişilerin kendi kendilerine uyguladıkları bir ölçektir. Sık rastlanan bedensel belirtilerden oluşan 13 soruyu izleyen, her biri fiziksel bir rahatsızlık ya da hastalık veya ruhsal bir sıkıntı ya da hastalık olasılığını veya çevresel ve normalleştirilen bir atfı içeren üçer maddeden oluşur. Katılımcılar ölçeğin her bir maddesine, sorulan bedensel belirti için bu maddede yapılan nedensel atfı kendilerince ne kadar olası gördüklerini 1 ile 5 arasında değişen Likert ölçeğinde 1 "hiç", 2 "biraz", 3 "orta", 4 "çok", 5 "pek çok" seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıt verirler.

BELİRTİ YORUMLAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda sıralanan durumlar daha önce yaşadığınız durumlar olabileceği gibi daha önce hiç başınıza gelmemiş de olabilir. Her bir durum için aşağıda verilmiş olan her bir nedenin karşısında yer alan rakamları, bu nedenin sizin durumunuzu ne kadar açıkladığını düşünerek yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu durumu son 3 ay içinde yaşıyor yaşamadığınızı da **A (evet)** ya da **B (hayır)** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm soruları her bir seçenek için tek tek yanıtlayınız.

1 (Hiç) 2 (Biraz) 3 (Orta) 4 (Çok) 5 (Pek çok).

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
1- Uzun süren baş ağrılarım olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm.					
1a Duygusal olarak sıkıntılıyım	1	2	3	4	5
1b Kaslarım, sinirlerim ya da beynimde bir sorunum var	1	2	3	4	5
1c Yüksek bir ses, parlak bir ışık ya da benzer bir şeyler beni huzursuz etmiş olmalı	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde uzun süren baş ağrılarınız oldu mu ?					
A- Evet B- Hayır					
2-Çok terlersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
2a Ateşim ya da bir enfeksiyonum olmalı	1	2	3	4	5
2b Endişeli ya da sinirliyim	1	2	3	4	5
2c Oda çok sıcak, üstüm kalın ya da çok çalışıyor olmalıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde çok terlediğinizi fark ettiğiniz oldu mu?					
A- Evet B- Hayır					

3- Aniden başım dönerse muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

3a Kalbim ya da tansiyonum var 1 2 3 4 5

3b Yeteri kadar yemedim ya da çok hızlı ayağa
kalktım 1 2 3 4 5

3c Çok stres altında olmalıyım 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde aniden başınız döndü mü?

A- Evet

B- Hayır

4-Ağız kuruluğum olduğunu fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

4a Tükürük bezlerim ile ilgili bir sorun olmalı 1 2 3 4 5

4b Bir şeylerden kaygılanmış ya da korkmuş
olmalıyım 1 2 3 4 5

4cDaha çok su almaya ihtiyacım var 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde ağız kuruluğunuz oldu mu?

A- Evet

B- Hayır

5- Kalbim göğsümden fırlayacak gibi çarparsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

5a Kendimi çok yordum ya da çok kahve içtim 1 2 3 4 5

5b Gerçekten heyecanlanmış ya da korkmuş
olmalıyım 1 2 3 4 5

5c Kalbimde bir sorun olmalı 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde çarpıntınız oldu mu?

A- Evet

B- Hayır

6- Kendimi yorgun hissedersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

6a Duygusal olarak tükenmişim ya da cesaretim
kırılmış 1 2 3 4 5

6b Kendimi yordum ya da yeterince hareket
yapmıyorum 1 2 3 4 5

6c Kansızım ya da kanım yetersiz 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde kendinizi yorgun hissettiniz mi?

A- Evet

B- Hayır

7- Elimin titrediğini fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

7a Sinir sistemimle ilgili bir sorunum olabilir 1 2 3 4 5

7b Çok sinirliyim 1 2 3 4 5

7c El kaslarımı yordum 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde elinizin titrediğini farkettiliniz mi?

A- Evet

B- Hayır

8- Uyuma güçlüğü çekiyorsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

8a Ağrı ya da fiziksel rahatsızlık beni uyutmuyor 1 2 3 4 5

8b Yorgun değilim ya da çok kahve içtim 1 2 3 4 5

8c Çok endişeliyim ya da bir şeylere sinirlenmiş olmalıyım 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde uyuma güçlüğüünüz oldu mu ?

A- Evet

B- Hayır

9-Midem ağrırsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

9a Kendimi endişeden hasta ettim 1 2 3 4 5

9b Grip ya da mide rahatsızlığım var 1 2 3 4 5

9c Bana dokunacak bir şeyler yedim 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde mide ağrınız oldu mu?

A- Evet

B- Hayır

10- İştahım kaçarsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

10a Çok yiyordum ya da şu an vücudumun eskisi 1 2 3 4 5

kadar besine ihtiyacı yok

10b Öylesine endişeliyim ki eskisi gibi yemeklerin tadını alamıyorum

10c Midemde ya da bağırsaklarımda bir sorun var

Son üç ay içinde iştahsızlığınız oldu mu?

A- Evet

B- Hayır

11-Nefessiz kalırsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

11a Akciğerlerimde ya da kalbimde bir sorun var

11b Oda havasız ya da hava kirliliği var

11c Çok heyecanlı ya da kaygılıyım

Son üç ay içinde nefessiz kaldığınız oldu mu?

A- Evet

B- Hayır

12- Ellerimde ya da ayaklarımda uyuşma, karıncalanma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

12a Duygusal stres altındayım

12b Sinir sistemimde ya da kan dolaşımda bir sorun var

12c Üşüyorum ya da elim ayağım dondu

Son üç ay içinde ellerinizde ya da ayaklarınızda uyuşma, karıncalanma hissettiniz mi?

A- Evet

B- Hayır

13- Kabızlığım ya da bağırsak düzensizliğim olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

13a Yediklerim arasında yeterince meyve ve lifli besinler yok

13b Sinirsel gerilimim düzenli tualete çıkmama engel oluyor

13c Bağırsaklarımla ilgili bir sorun var

Son üç ay içinde kabızlık ya da bağırsak düzensizliğiniz oldu mu?

A- Evet B- Hayır

14- Göğsümde bir sıkışma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

14a Kalp krizi geçiriyorum

14b Çok korktum ya da heyecanlandım

14c Kendimi çok yordum

Son üç ay içinde göğsünüzde bir sıkışma hissiniz oldu mu?

A- Evet

B- Hayır

www.bilisseldavranisci.org

Ek-3: Felaketleştiren Bilişler Ölçeği

FELAKETLEŞTİREN BİLİŞLER ÖLÇEĞİ

Yönerge: Bu anket aşağıda yer alan maddelere ilişkin inançlarınızı ve düşüncelerinizi ölçmeyi amaçlamaktadır. Bazen bu maddelerde yazan durumların *tehlikeli* olduğuna inanılır. Aşağıda tanımlanan durumları lütfen dikkatle okuyunuz ve bu durumların ne kadar tehlikeli olduğuna inandığınızı ölçeği kullanarak işaretleyiniz.

NE KADAR TEHLİKELİ?	HİÇBİR ZAMAN	BİRAZ	BAZEN	ÇOK	AŞIRI DERECEDE
asabi olma					
kaza geçirme					
zihnin normal çalışmaması					
size gülünmesi					
bulantı hissetme					
patlayacak gibi olma					
yaralanmak					
akılcı düşünememe					
sosyal ortamlarda utanmak					
kusma					
sallantı hissetmek					
öfkeli olmak					
kalp krizi geçirmek					
muhakeme güçlüğü yaşama					
bir hata yapma					
baş dönmesi hissetmek					
rahatlayamama					
kaygılı hissetme					
inme geçirmek					
korkmak					
düşünmeyi kontrol edememe					
ne söyleyeceğini bilmeme					
kalpte yanma					

uyanılmış halde olma					
gergin hissetme					
hasta olma					
duyularını kaybetme					
başarısız olma					
midede rahatsızlık hissi					
berbat hissetme					
saldırıya uğramak					
çıldırma					
insanları huzursuz etmek					
göğüste baskı hissi					
depresif olma					
görme kaybı					
zihnin durması					
uyuşma hissi					
paniklemek					
sinirlilik					
boğuluyor gibi olmak					
zihinde bulanıklık					
zayıf hissetme					
huzursuz hissetmek					
ağrı hissetme					
çaresizlik hissi					
belleğini yitirme					
sinirsel gerginlik					
başetmede zorlanma					
sıkılganlık					

ÖZGEÇMİŞ

25.09.1992 yılında İstanbul’da doğdum. Lise eğitimimi Özel Kültür Lisesi’nde tamamladım. 2015 senesinde Bahçeşehir Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünden mezun oldum. Mezun olduğum sene Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına başladım. 2018 Ocak ayından itibaren Dr. İbrahim Bilgen Muayenehanesi’nde psikolog olarak görev yapmaktayım.

Elçin KURŞUNOĞLU

