

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PANİK BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI, DİSOSİYASYON VE BAĞLANMANIN İLİŞKİSİ

Hatice Betül İLTEMİR

OCAK 2023

ANTALYA

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PANİK BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI, DİSOSİYASYON VE BAĞLANMA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Hatice Betül İLTEMİR

OCAK 2023

ANTALYA

T.C.

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PANİK BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI, DİSOSİYASYON VE BAĞLANMA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Hatice Betül İLTEMİR

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI tezi olarak / /202 tarihinde jüri tarafından (oybirliği /
oyçokluğu ile) kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Nihan Tezer YÖRÜK

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Yıldız BURKOVİK

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT

Tez Teslim Tarihi:

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi /Dönem Projesi olarak sunduğum “Panik bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması, disosiyasyon ve bağlanma ilişkisinin incelenmesi” adlı bu çalışmanın hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, bu çalışmanın herhangi bir kısmının başka bir akademik çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

/ /202

Hatice Betül İLTEMİR

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	v
EKLER LİSTESİ	vi
1. GİRİŞ	1
1. 1. Araştırmanın Amacı	2
1. 2. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi	2
1. 3. Araştırmanın Varsayımları.....	2
1. 4. Tanımlar.....	3
2. ALAN YAZIN	4
2.1. Panik Bozukluk Kavramı.....	4
2.1.1. Panik Bozukluğun Tarihçesi.....	4
2.1.2. Panik Atak ve Panik Bozukluk Tanımı.....	5
2.1.3. Panik Bozukluğun Etiyolojisi.....	7
2.1.3.1. Biyolojik Etkenler.....	7
2.1.3.2. Çevresel Etkenler.....	8
2.1.4. Panik Bozukluğun Epidemiyolojisi.....	9
2.1.5. Panik Bozukluğun Kliniği.....	9
2.1.5.1. Panik Ataklar.....	10
2.1.5.2. Beklenti Anksiyetesi.....	10
2.1.6. Panik Bozuklukta Kuramlar.....	11
2.1.6.1. Psikodinamik Model.....	11

2.1.6.2. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	11
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları.....	12
2.2.1 Duygusal İstismar.....	13
2.2.2. Fiziksel İstismar.....	13
2.2.3. Cinsel İstismar.....	13
2.2.4. Çocukluk Çağı İhmal Türleri.....	14
2.2.5. Duygusal İhmal.....	14
2.2.6. Fiziksel İhmal.....	14
2.2.7. Çocukluk Çağı Travmaları ile ilgili Yapılan Araştırmalar.....	14
2.3. Disosiyasyon.....	15
2.3.1. Tarihçesi.....	15
2.3.2. Epidemiyoloji.....	16
2.4. Bağlanma Kavramı.....	16
2.4.1. Çocuklukta Bağlanma Stilleri.....	16
2.4.1.1. Güvenli Bağlanma.....	16
2.4.1.2. Kaygılı Bağlanma.....	17
2.4.1.3. Kaçınan Bağlanma.....	17
2.4.2. Yetişkinlikte Bağlanma Stilleri.....	17
2.4.2.1. Güvenli Bağlanma.....	17
2.4.2.2. Kayıtsız Bağlanma.....	17
2.4.2.3. Korkulu Bağlanma (Kaçınan).....	17
2.4.2.4. Saplantılı Bağlanma.....	18
2.5. Çocukluk Çağı travmaları, Disosiyasyon ve Bağlanmanın Panik Bozuklukla İlişkisine Yönelik Yapılan Araştırmalar.....	18
3. YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırma Modeli.....	21

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	21
3.3. Verilerin Toplanması.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları.....	22
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	22
3.4.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği.....	22
3.4.3. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği.....	23
3.4.4. Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği.....	23
3.4.5. Belirti Tarama Listesi.....	23
3.4.6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II-K.....	23
3.5. Verilerin Analizi.....	23
4. BULGULAR.....	25
4.1. Verilerin Normallik Dağılımının İncelenmesi.....	25
4.2. Panik Bozukluk Hastalarında Panik Bozukluk Şiddetinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....	25
4.3. Panik Bozukluk Hastalarında Disosiyatif Yaşantı Düzeyinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....	26
4.4. Panik Bozukluk Hastalarında Yakın İlişkilerde Yaşantılar Düzeyinin Hasta ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....	26
4.5. Panik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması Düzeyinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....	27
4.6. Panik Bozukluk Hastalarında, Çocukluk Çağı Travma Düzeyi Disosiyatif Yaşantılar Düzeyi ve Bağlanma Düzeylerinin Arasındaki İlişki.....	29
4.7. Disosiyatif Yaşantılar, Kaygı Boyutu (YİYE- II' nin alt boyutu), Duygusal İhmal ve Aşırı Korunma- Kontrol Boyutlarının (ÇÇT ölçeğinin alt boyutları), Panik Bozukluk Şiddeti Üzerindeki Etkisi.....	31
5.TARTIŞMA.....	32
SONUÇ.....	36
KAYNAKÇA.....	38
EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	45

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	46
EK-3: BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL- 90-R).....	47
EK-4: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-33).....	51
EK-5: PANİK BOZUKLUK ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ (PBŞÖ).....	54
EK-6: DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES).....	57
EK-7: YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ENVANTERİ-II- KISA FORM (YIYE-II-K).....	62
EK-8: KURUM İZNİ BELGESİ.....	63
Ek-9: ETİK KURUL ONAYI.....	64



ÖZET

PANİK BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, DİSOSİYASYON VE BAĞLANMA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Hatice Betül İLTEMİR

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL

Ocak 2023; 80 sayfa

Bu çalışma DSM-V’te kaygı/anksiyete bozuklukları adı altında olan panik bozukluğa odaklanmıştır. Panik bozukluk; aniden ve herhangi bir sebep yokken ortaya çıkan bireyde bilişsel olarak korku-kaygı yaratan bununla birlikte çeşitli bedensel belirtilerle kendisini gösteren ve genelde 10-30 dakika süren, bireyde beklenti anksiyetesini oluşturan yineleyici panik ataklarla devam eden bir psikiyatrik tanıdır. Bu çalışmada panik bozukluk tanısı almış hasta grubu ile herhangi bir tanı almamış kontrol grubunun çocukluk çağı travma düzeyinin, bağlanma ve disosiyatif yaşantılar ile ilgili ilişkisi incelenmiştir. Bu amaçla; her iki gruba da kişisel bilgi formu, bilgilendirilmiş onam formu, panik bozukluk şiddetini ölçmek için panik bozukluk şiddet ölçeği (PBŞÖ), çocukluk çağı travmalarını ölçmek için çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ-33), disosiyatif yaşantıları ölçmek için disosiyatif yaşantılar ölçeği (DES) ve bağlanma düzeyini ölçmek için yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri -2- kısa form (YİYE-II-K) kullanılmıştır. Örneklemi 18-65 yaş arası kadın ve erkekler oluşturmuştur (n:124). Elde edilen veriler SPSS programında Bağımsız örneklem t-testi, Pearson Korelasyon testi ve Çoklu Regresyon ile analiz edilmiştir. Bulgular sonucunda; PB tanısı almış grupta, DY düzeyi, ÇÇT düzeyi ve onun alt boyutlarından olan; duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı korunma- kontrol düzeyi ‘nin kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. PB tanısı almış grupta, yakın ilişkilerde yaşantılar düzeyi ve onun alt boyutundan olan kaçınma düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kaygı düzeyinin (YİYE alt boyutu) ise, hasta ve kontrol grubuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. PB şiddeti ile ilişkisi tespit edilen; DY, kaygı boyutu (YİYE’ nin alt boyutu), duygusal ihmal ve aşırı korunma- kontrol boyutları (ÇÇT alt boyutu) PB şiddetinin %25’ ini açıklamaktadır. Kaygı boyutu ve aşırı korunma kontrol boyutunun PB şiddeti üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. DY ve duygusal ihmal boyutunun, PB şiddeti üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre; DY 1 birim yükseldiğinde, PB şiddeti yaklaşık %14 artmaktadır. Duygusal ihmal düzeyi 1 birim yükseldiğinde, PB şiddeti yaklaşık %48 artmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: bağlanma, çocukluk çağı travması, disosiyasyon, disosiyatif yaşantılar, panik bozukluk, panik bozukluk şiddeti, yakın ilişkilerde yaşantılar

JÜRİ: Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL

Dr. Öğr. Üyesi Nihan Tezer YÖRÜK

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Yıldız BURKOVİK

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA, DISSOCIATION AND ATTACHMENT IN PANIC DISORDER PATIENTS

Hatice Betül İLTEMİR

MSc Thesis in Psychology

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Cumhur AVCİL

January, 2023; 80 pages

This study focused on panic disorder, which is called anxiety disorders in DSM-V. Panic disorder occurs suddenly and for no apparent reason. It is a psychiatric diagnosis that occurs with cognitive fear-anxiety in the individual, manifests itself with various physical symptoms, and continues with recurrent panic attacks, which generally lasts 10-30 minutes and creates anticipatory anxiety in the individual. In this study, the relationship between the of childhood trauma, attachment and dissociative experiences in the patient group diagnosed with panic disorder and the control group without any diagnosis was investigated. For this purpose, a personal information form, consent form, panic disorder severity scale (PDSS) to measure the severity of panic disorder, childhood traumas scale (CTQ-33) to measure childhood traumas, dissociative experiences scale (DES) to measure dissociative experiences, and experiences in close relationships inventory -2- short form (ECR-S-II) to measure the level of attachment was given to both groups. The sample consisted of men and women between the ages of 18-65 (n:124). Obtained data were analyzed with Independent sample T-test, Pearson Correlation test and Multiple Regression in SPSS program. As a result of the findings; in the group diagnosed with PD; DY, CT and its sub-dimensions; emotional abuse, physical abuse, physical neglect, emotional neglect, sexual abuse and overprotection-control level was found to be significantly higher than the control group. It was determined that the level of experiences in close relationships and the level of avoidance of its sub-dimension were significantly higher in the group diagnosed with PD compared to the control group. It was determined that the level of anxiety (ERI sub-dimension) did not differ significantly between the patient and control groups. It was found to be associated with the severity of PD; TF, anxiety sub-dimension, emotional neglect and overprotection control dimensions (CT sub-dimension) explain 25% of PD severity. The anxiety dimension and the overprotection control dimension did not have a significant effect on the severity of PD. It was determined that DY and emotional neglect dimensions had a positive and significant effect on PD severity. According to this result; When DY is increased by 1 unit, the severity of PD increases by approximately 14%. When the level of emotional neglect is increased by 1 unit, the severity of PD increases approximately 48%.

KEYWORDS: attachment, childhood trauma, dissociation, dissociative experiences, experiences in close relationships, panic disorder, , panic disorder severity

COMMITTEE: Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL

Dr. Öğr. Üyesi Nihan Tezer YÖRÜK

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Yıldız BURKOVİK

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Simgeler

S.S.	: Standart sapma
N	: Toplam sayı
<i>p</i>	: Anlamlılık düzeyi
r	: Korelasyon katsayısı
<i>β</i>	: Regresyon katsayısı

Kısaltmalar

CTQ-33	:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
ÇÇT	:Çocukluk Çağı Travmaları
DES	:Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
DY	:Disosiyatif Yaşantılar
PB	:Panik Bozukluk
PBŞÖ	:Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği
SCL90-R	:Symptom Check List (Belirti Tarama Testi)
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
YİYE	:Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri
YIYE-II-K	:Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II- Kısa Form

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Demografik Özellikler	21
Tablo 2. Verilerin Dağılım Özellikleri	25
Tablo 3. Panik Bozukluk Hastalarında Panik Bozukluk Şiddetinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması	25
Tablo 4. Panik Bozukluk Hastalarında Disosiyatif Yaşantı Düzeyinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması	26
Tablo 5. Panik Bozukluk Hastalarında Yakın İlişkilerde Yaşantılar Düzeyinin Hasta ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....	26
Tablo 6. Panik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması Düzeyinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....	27
Tablo 7. Panik Bozukluk Hastalarında, Çocukluk Çağı Travma Düzeyi Disosiyatif Yaşantılar Düzeyi ve Bağlanma Düzeylerinin Arasındaki İlişki.....	29
Tablo 8. Disosiyatif Yaşantılar, Kaygı Boyutu (YİYE- II' nin alt boyutu), Duygusal İhmal ve Aşırı Korunma- Kontrol Boyutlarının (ÇÇT ölçeğinin alt boyutları), Panik Bozukluk Şiddeti Üzerindeki Etkisi	31

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1.1. Modern Panik Bozukluğu Kavramının Kökenleri.....	4
Şekil 2.1.7.2. Panik Atakların Bilişsel Modeli.....	12



EKLER LİSTESİ

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 2. Sosyodemografik Bilgi Formu

EK 3. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

EK 4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

EK 5. Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ)

EK 6. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

EK 7. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II- Kısa Form (YIYE-II-K)

EK 8. Kurum İzni Belgesi

EK.9 Etik Kurul Onayı

BÖLÜM I

GİRİŞ

PB nefes almada güçlük, kontrolü yitirme, baş dönmesi, titreme, kalp çarpıntısı, ölüm korkusu gibi bedensel ve zihinsel belirtilerinin yaşandığı beklenmedik ve yineleyici ataklar olarak tanımlanmaktadır. Panik atakların önemli bir özelliği ise, aniden ortaya çıkması ve kendiliğinden oluşmasıdır (APA, 2014)

PB bireyin sosyal ilişkilerde azımsanamayacak derecede kısıtlanmasına, belirli ortamlardan panik atak yaşamak korkusu sebebiyle kaçınması ve panik atakların daha da tetiklenebilir olmasına neden olmaktadır. Bireyin ikili ilişkileri ve sosyal yaşantısını etkilemekle beraber çalışma performansında düşüklük oluşturması gibi sonuçlara sebebiyet verebilmektedir. PB kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir (Delice ve ark., 2015). Panik ataklar, aniden ortaya çıkmaktadır ve kısa bir süre içerisinde zirveye ulaşmaktadır. Birey bu ataklardan kaçınmaya çalışmak için çeşitli davranışlarda bulunsun da bu daha da atakların şiddetini arttırmaktadır. Birey tekrar bir panik atak yaşama korkusu duyarsa buna beklenti anksiyetesi denir ve PB tanısı konabilmesi için bedensel belirtilerinin yanı sıra beklenti anksiyetesinin de olması gerekmektedir. (Türkiye Psikiyatri Derneği)

Çocukluk çağında yaşanan travmalar, ileriki dönemde psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasında etkili olmuştur (Bonevski ve ark., 2018). Çocukluk çağında yaşanan olayların anksiyete bozuklukları (sosyal fobi, panik bozukluk) depresif bozukluklar vb., arasında bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca disosiyasyon ve sağlık algısında bilişsel sorunlar da aktarılmıştır (Çelik ve Hocaoglu, 2018). Türkiye’de yapılmış çalışmalarda çocukluk çağında duygusal istismar yaşamış bireylerin duygudurum ve anksiyete bozukluklarının daha sık saptandığı bulunmuştur (Örsel ve ark., 2011). Taner ve Gökler’e göre, çocukluk çağı travması fiziksel istismara uğramış bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, kaygı bozuklukları, disosiyatif bozukluklar ve madde kötüye kullanım gibi sonuçlar arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Taner ve Gökler, 2004).

Çocukluk çağında ihmal ve istismar yaşantısının olması disosiyatif yaşantıların (DY) gelişiminde etkili olmaktadır (Vonderlin ve ark., 2018). Erken yaşantılarında birey bağlandığı bakım vereninden istismar ve ihmal gördüğünde, bozulan dengeyi sağlayabilmesi için kendine bir çeşit kapalı sistem kurmaktadır. Bakım veren kişi bireyi koruyamadığında, ihmalkâr ve istismar edici şekilde davrandığında ise, birey bağlandığı bakım vereniyile ilişkisini sürdürebilmek adına disosiyatif olabilmektedir. Bu bir çeşit bireyin kendisini koruma biçimidir (Karan, 2021).

PB, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğunun güvensiz bağlanmayla ilişkileri pek çok araştırmada gösterilmiştir (Eng ve ark., 2001; Myhr, 2004). 41 PB hastası ve 66 sağlıklı yapılan bir çalışma; PB tanısı almış hastaların klinik belirtilerinin disosiyasyonla ilişkili olduğu belirtilmiş ve PB hastalarının disosiyasyon düzeyinin anksiyete şiddetiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (Prasko ve ark., 2010). PB hastalarının %7-%69’u panik atakları esnasında depersonalizasyon ve derealizasyon yaşamakta (Sequi ve ark., 2000; Mendoza ve ark., 2011).

Bu bilgiler ışığında bu çalışma anksiyete bozukluklarının alt grubundan olan panik bozukluğun, spesifik olarak ÇÇT, DY düzeyi ve bağlanma stilleriyle ilişkisinin incelenmesi araştırmaya değer olarak saptanmaktadır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Panik bozukluk toplumda en sık görülen psikiyatrik tanılardan biridir ve her bireyi kendi içinde etkilemektedir. Bu çalışmada; Panik Bozukluk tanısı almış hastalarda çocukluk çağı travmaları, disosiyasyon ve bağlanma tipleri arasındaki ilişkinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bireyin çocukluk çağı travmaları, disosiyasyon ve bağlanmanın panik bozukluğun üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmadır.

Bu çalışmada PB ile disosiyatif yaşantıların, bağlanma stillerinin ve çocukluk çağı travmalarının arasındaki ilişkinin incelenmesi çalışmanın ana amaçlarından birisidir.

1.2. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi

PB toplumda oldukça sık tanı alan psikiyatrik bir hastalıktır. Hastalığın seyrini etkileyen pek çok çalışma aslında mevcuttur. Dsm-5'te panik bozukluk ve panik atağın verileri üzerinden ülkelerdeki yaşam boyu prevalansı %1.7' dir ve 75 yaş sonrası için bu risk %2.7 olmaktadır. Panik ataklarda prevalans yaşam boyunca %13,2 ve 75 yaş sonrasında da %23' tür (Jonge ve ark., 2016).

Araştırma ile birlikte bu etkenlerin PB üzerine çalışan araştırmacılara fayda sağlayabilmek ve bağlanma stilleri, disosiyasyon ve çocukluk çağı travmalarının (ÇÇT) PB üzerindeki etkisini belirleyerek, müdahalede bulunabilecek önlemler alınabilir. Bu araştırmanın sonucu ile klinik psikoloji alanına konu hakkında katkı sağlamak hedeflenmektedir.

ÇÇT'nin ileriye yönelik PB' luğun ortaya çıkmasında bir etken olduğunu destekleyen çalışmalar da mevcuttur. Aynı şekilde bağlanma stillerinin ileriye yönelik psikiyatrik rahatsızlıkların (anksiyete, depresyon, kaygı) ortaya çıkmasında bir arttırıcı etken olduğunu sağlayan çalışmalar da mevcuttur. Literatür incelendiğinde bireylerin ÇÇT' nin olması, beraberinde DY' da getirdiği tespit edildiği için ÇÇT ele alırken, DY da ele almak daha güçlü sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir. ÇÇT' nin, disosiyasyonun ve bağlanma stillerinin tek olarak psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında yordayıcı bir etken olabileceğini sağlayan çalışmalar vardır. Fakat literatürde, bu üç değişkenin bir arada bulunduğu ne gibi sonuçlar ortaya çıktığına dair yeterli bir çalışma yoktur. Bu bilgiler ışığında, bu üç değişkenin PB' luğun seyrindeki etkisinin ne olduğunu incelemek büyük önem arz etmekte ve literatüre katkı sağlamaktadır.

Bu araştırmanın önemi; bireyin erken yaşantılarındaki bağlanma stilleri, disosiyasyonun ve çocukluk çağı travmalarının gelecekteki yaşamış olduğu panik bozukluğun üzerinde ne denli bir etkisi olduğu inceleyip, eğer bunlar bir yordayıcı etkiye sahipse bireylerin kendi üzerlerindeki farkındalığının artmasına ve kendilerinde olup bitenleri bireysel açıdan çalışabilecekleri bir alan yaratmaya çalışmaktır.

Ayrıca bu çalışmadaki değişkenler, panik bozukluğun ortaya çıkmasında herhangi bir etkiye sahipse eğer, ebeveynlerin çocuk yetiştirirken ki tutumları ve davranışlarını inceleyebilmeleri için onlara bilimsel olarak hazırlanmış bir rehber ortaya sunmak, böylece ileride yetiştirilecek çocukların psikolojik olarak daha sağlıklı olmalarına katkı sağlamak, ebeveynlerinde aynı şekilde faydalanmalarını sağlamaktır.

1.3. Araştırmanın Varsayımları

Hipotez 1: Panik bozukluk hastalarında, çocukluk çağı travma düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Hipotez 2: Panik bozukluk hastalarında, kaçınan bağlanma düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Hipotez 3: Panik bozukluk hastalarında, disosiyatif yaşantı düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Hipotez 4: Panik bozukluk hastalarında çocukluk çağı travma düzeyi, disosiyatif yaşantılar düzeyi ve bağlanma düzeyleri birbiriyle anlamlı derecede ilişkilidir.

1.4. Tanımlar

Panik Atak: Kişinin beklenmedik ve dakikalar içerisinde şiddetinin artarak deneyimlediği kriz durumlarıdır ve yineleyici bir şekilde oluşmaktadır. Kaygı (anksiyete) bozukluklarının içerisinde yer almaktadır. İçsel sıkıntı, yoğun korku ve kaygıyı beraberinde getirir. Bu bedensel belirtileri yaşayan kişi bunun sonucunda kalp krizi geçireceğini zannetmekte veya öleceğine dair hislere kapılmaktadır. Kişi yaşadığı bu duruma karşı fizyolojik olarak tepki vermektedir (titreme, bulantı, baş dönmesi) (APA, 2014). Panik atakların oluşması ve beklenti anksiyetesinin (tekrar bir panik atak oluşmasından duyulan korkulu bekleyiş) var olması durumunda ise “panik bozukluk” denilmektedir.

Agorafobi: Kişinin kaçmanın güç yaratacağı ortamlardan, genellikle de kalabalık olan alanlarda bulunmaktan yoğun sıkıntı ve kaygı duymasudur. Örneğin; bireyin bir eşlikçisi olmadan evin dışında kalması, otobüs veya toplu taşıma alanlarını kullanmamak verilebilir. Kişi bunları yaptığında yoğun bir kaygıyla karşı karşıya kalır. Birey yoğun korku ve kaygı duymasına rağmen buna katlanabilmekte veya kaçınabilmektedir (APA, 2014).

Çocukluk Çağı Travmaları: Çocukluk çağı travmaları bireyin 18 yaşının altında maruz kaldığı her türlü duygusal, fiziksel ve cinsel istismardır. Bunlara ek olarak; ihmal edilmek, bireyin tanıklık ettiği şiddet, ebeveynlerin boşanması veya içlerinden birinin kaybını yaşaması olarak tanımlanabilmektedir. Ayrıca doğal afetler, açlık, göç ve kaza gibi durumlar da bu kategoriye eklenmektedir (DSÖ, 2006).

Bağlanma: Kişinin erken yaşam dönemlerinde; çocuk ile ona bakım veren kişi arasında oluşan duygusal olarak tutarlı, korunmayı amaçlayan ve devamlılığı olan

bir bağ olarak ifade edilebilmektedir. Bağlanma erken dönem yaşantılarındaki bakım verenin ve çocuğun deneyimleriyle birlikte oluşmaktadır (Kurt, 2019).

Disosiyasyon: Nemiah disosiyasyonu tanımlarken; “duygu, duyu, fiziksel faaliyetler ve zihinsel işlevlerin bütün veya tek halinde hatırlamamak, bunları kişinin bilinçten dışlaması” ifadelerine yer vermiştir. İnsanlar yaşamlarının bir döneminde karşılaştıkları yoğun acı ve travmaya karşı yaşamını devam ettirebilmek adına uyum sağlamaya çalışır ve buna bağlı olarak yeni bir tür kendini savunma mekanizması geliştirerek disosiye olabilir (Kaplan ve Sadock, 2005).



BÖLÜM II

ALAN YAZIN

2.1. Panik Bozukluk Kavramı

Günümüzde panik bozukluk anksiyete (kaygı) bozukluklarının alt grubunda yer alan bir terimdir ve günlük hayatta genelde sıkça duyduğumuz bir kelimedir. Kişide yarattığı olay ise, ortada bariz bir tehlike yokken ve kişinin bunu bilmesine rağmen bedensel belirtiler yaşamasıdır. Bu döngü tekrar tekrar deneyimlenir ve bedensel belirtiler, bilişsel deneyimlerle birlikte harmanlanarak bireyde korku yaratır (Tamam, 2009).

2.1.1. Panik Bozukluğun Tarihçesi

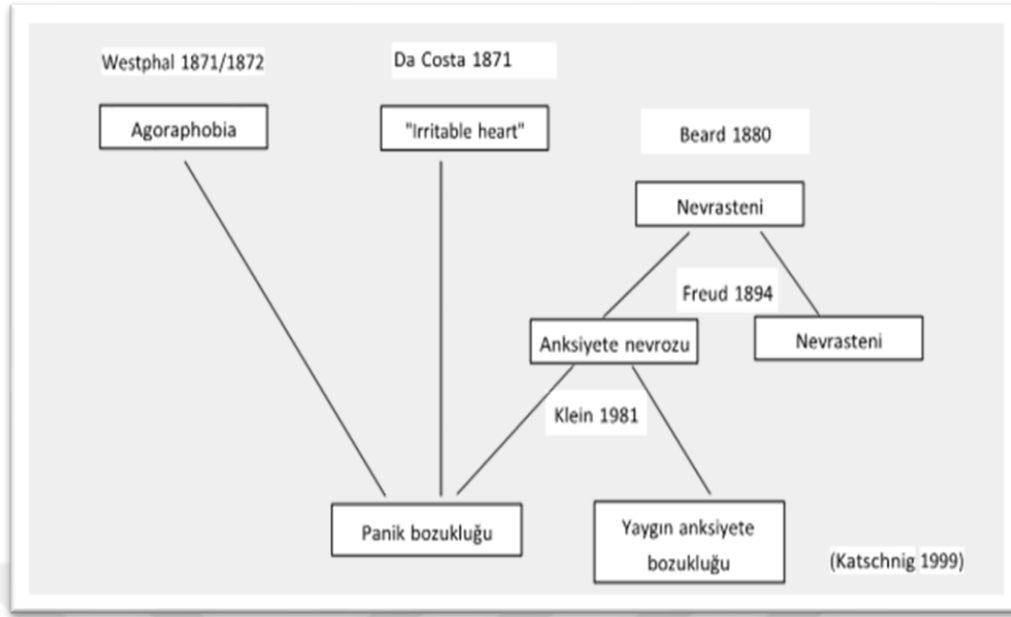
Panik atak kavramsallaşmış olarak ilk defa milattan önce 600’lü yıllarda yaşamış olan Yunan şair Sappho’nun şiirinde ifade edilmiştir (Tükel, 2002). Panik kelimesinin kökeni, Yunan mitolojisinde bilinen tanrılardan biri olan “Pan” kelimesinden türemiştir ve yarısı insan diğer yarısı keçi olarak bilinmektedir (Saydam, 2008). Ansiklopedi ve sözlüklerde ise bu tanım şöyledir “bir bireyi veya topluluğu sebepsiz yere dehşete düşüren ve bunun yol açtığı kargaşa” olarak tanımlanmaktadır. Mitolojide Pan, rivayete göre mağaradaki insanları karanlıkta korkutan, ormandan geçenlerin önlerini keserek korkmasına sebep olan, tiz (çığlık) sesler çıkararak insanların endişelenmesine sebep olan biri olarak tanımlanmaktadır (Tükel ve Alkın, 2006).

1871 yılında Amerika’da iç savaş patlak vermiştir ve bölgede savaşan askerlerde, Mendes Da Costa askerlerde nefes almada güçlük, göğüs ağrısı, baş dönmesi gibi bedensel tepkilerin yaşandığını gözlemlemiştir. Costa askerlerden gelen bu belirtileri incelemiş ve herhangi bir fizyolojik bulguya rastlamadığından dolayı yaşanan bu duruma o dönem “İrritabl Kalp Sendromu” ismini vermiştir. O dönem araştırmalarında kalbin aşırı çalışmasına bağlı sık uyarımından dolayı bu belirtilerin ortaya çıktığı zannedilmektedir (akt. Köseoğlu, 2013).

Panik Bozukluk çok öncelerden fark edilmiştir ve farklı dönemlerde birçok farklı tanımlamalar yapılmıştır. 1871’ de çalışmasını yayımlayan Mendes Da Costa, Westpal, insanların yoğun olduğu bölgelerde bulunmaktan korku yaşayan, evlerine gitmek için etrafındaki kişilerden yardım isteyen üç erkek hastasını bildirmiştir ve bunu “Die Agoraphobie” isimli çalışmasında agorafobi sendromu olarak açıklamıştır (Tükel, 2002).

1895’li yıllara gelindiğinde ise Freud, Heckner’in çalışmasını da inceleyerek panik bozukluğu nevrasteni tanımından ayırarak anksiyete nevrozu olarak tanımlamıştır ve böylece psikiyatrik araştırmalarında yerini almıştır (akt. Öztürk, 2020).

Aşağıdaki şekilde PB’ un kavram kökenlerine yer verilmiştir.



Şekil 2.1.1. Modern Panik Bozukluğu Kavramının Kökenleri

Kaynak: Tükel R, (2002)

Literatürde Freud’un anksiyete nevrozu tanımı 70 yıl boyunca süregeldi. Klein, çeşitli araştırmalar yaparak bazı ilaç kullanımlarının insanlar üzerindeki panik durumunda etkili olduğunu gözlemledi ve panik bozukluğu böylece fizyolojik ve psikolojik belirtiler olarak ikiye ayrıldı. (Tükel ve Alkın, 2006).

DSM-II’ de anksiyete nevrozu olarak yer almış, DSM-III’ te ise bu tanım Panik Bozukluğu kavramıyla yeniden tanımlanmıştır. DSM-IV’te Panik Bozukluk, Agorafobili ve Agorafobisiz şeklinde iki ayrı kategoriye ayrılmıştır (Köseoğlu, 2013). Şimdilerde güncel olarak kullanılan DSM-V’te ise Panik Bozukluğu diğerlerinden ayrılmış ve tek olarak kategorize edilmiştir. Agorafobili, agorafobisiz ibareleri de kalkarak “Agorafobi” tanımıyla tek olarak ayrılmıştır (APA, 2014).

2.1.2. Panik Atak ve Panik Bozukluk Tanımı

Panik Bozukluk, aniden ortaya çıkan görünürde birey herhangi bir tehlike sezmese dahi yoğun korku ve kaygı yaşanan, tekrarlayan panik ataklarla gelen ruhsal bir bozukluktur. Panik atak başlar ve bir dağın tepesine tırmanıyormuş gibi 10 dakika içerisinde genelde zirveye ulaşır, çoğu zaman 10-30 dakika arası sürmektedir ve genelde toplam 1 saati geçmeyecek şekilde olmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2005). Daha uzun sürdüğü vakalar nadir de olsa görülmektedir. Fiziksel belirtilerinde; kalp çarpıntısı, nefes darlığı, terleme ve baş dönmesi vb. belirtiler görülebilmektedir (APA, 2014). Birey yaşadığı durumu anlamlandıramaz, buna bağlı olarak zihinleri dağılmaya başlar ve bu durumdan kaçmaya çalışırlar. Birey bilişsel olarak kendisinin çıldırma, denetimi kaybetme ve kendini ölecek olduğunu zannedebilmektedir. Genelde bunlara sebep olan durum kişinin hızlı hızlı nefes almasıyla alakalıdır. Kişi yeterli oksijeni alamaz ve vücuda dağılmadan hızla geri boşaltılmasından kaynaklanmaktadır. Buna bağlı baygınlık, göz

kararmaları belirtileri görülmektedir. Hastanın klinik muayenesinde konuşma güçlüğü çektiği ve ruminasyonlar görülebilir. Bu semptomlar kişiden kişiye değişmekte ve farklı sürelerde ortadan kalkabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

Beklenti anksiyetesi ise, bireyin yaşadığı yoğun atakları tekrar yaşayacağına dair bir kaygı içerisine girmesine denmektedir. Panik ataklar yaşayan kişi eğer beklenti anksiyetesi de yaşıyor ise ve bu tekrarlayan bir durum ise panik bozukluk tanısı konmaktadır. Bu durum kişinin işlevselliğinde de ciddi sıkıntılara yol açmaktadır. Panik ataklar 13 belirtinin en az 4 tanesinin görülmesinin gerektiği yoğun içsel sıkıntının çıktığı, bireyi bunaltan durumlar olarak tanımlanır (APA, 2014). Panik ataklar yalnızca panik bozuklukta görülmediği gibi diğer kaygı bozukluklarında da görülebilmektedir.

PB, kaygı (anksiyete) bozukluklarının alt kategorisinde yer almaktadır. Belirleyici kriterler şunlardır;

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşır 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.

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 ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışıcılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

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. denetimini yitirmesi, 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 kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkuları toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesneler ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlanti 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).

2.1.4. Panik Bozukluğun Etiyolojisi

Panik bozukluğun etiolojisinin yeterli olarak anlaşılmadığını ve karmaşık bir yapıya sahip olduğunu belirtmiştir. Bu sebeple çoklu bakış açılarını ele alarak, etiolojisinin incelenmesini gerekli kılmaktadır (Pompoli ve ark., 2016).

2.1.4.1. Biyolojik Etkenler

Yapılan çalışmalarda biyolojik köken ile panik bozukluk arasındaki ilişki net olarak ortaya konamamıştır. Fakat yine de panik bozukluk hastalarının farmakolojik tedavilerine iyi sonuç vermesi, genler aracılığıyla aktarılabilirdiği ve de çeşitli testler ile panik atakların ortaya çıkarılabilir olması gibi durumlar panik bozukluğun biyolojik kökenini destekler şekilde ortaya sunmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2005)

Anksiyetenin gelişiminde beynimizde önemli görevleri olan yer amigdaladır. Bunun yanında talamus ve hipokampus panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarında önemli bir yere sahiptir. Amigdala limbik sistemimizde yer alan duygusal belleğimizdir duygusal olarak önemli olan olayları sağlam bir şekilde kayıt altına alır. Çevreden gelen tehlikeli sinyalleri hipokampusa gönderir. Sonuç olarak amigdala korku ve anksiyete konusunda beynin yönetici merkezi rolünü üstlenmektedir ve anksiyetenin biyolojik anlamda rolü olduğu görülmektedir (İlıcak, 2020).

Birinci ve ikinci kuşaktan, akrabalarında panik bozukluğu olan bireylerin panik bozukluğun oluşma ihtimalleri akraba olmayanlara oranla, 4 ile 7 kat daha fazla görüldüğü sonuçlanmıştır (Öngider ve Kavak, 2014). Panik bozukluğun %30'unun genetik faktörlerden, kalan %70'lik kısmın ise çevresel faktörlerden etkilendiği ifade edilmiştir (Arısoy, 2004).

Yapılan bir ikiz çalışmasında ise kişilerin CO₂ duyarlılığı tespit edilmiştir. CO₂ zorlanması sonucu oluşan panik atakların tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine oranla daha fazla ortaya çıktığı tespit edilmiştir. CO₂'nin aşırı duyarlılığı herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerde (diğer anksiyete bozuklukları da buna dahil), bulunmadığından CO₂ aşırı duyarlılığın panik bozukluğa özgü olduğu saptanmıştır (Tükel, 2000). Araştırmacılar genetik faktörlerin en çok aktarım yapıldığı rahatsızlıklardan anksiyete bozukluğu altında panik bozukluk olduğunu ifade etmişlerdir (Altıntaş ve ark., 2015).

Bir diğer çalışmada, serotonerjik sistemle panik bozukluğun arasında bağlantı olduğu tespit edilmiştir. Serotonin reseptörü olarak bilinen 5HT_{1A}, 5-HT reseptörlerinin aktivasyonu aracılığıyla görevini yerine getirmektedir. Çeşitli bilimsel çalışmalar sonucu panik bozukluk tanısı almış ve farmakolojik herhangi bir tedavi uygulanmamış olan hastalarda 5HT_{1A} reseptörünün bağlanması azalmış olduğu bulunmuştur. Bunun sonucunda panik bozukluk hastalarında önemli bir rol üstlendiği belirtilmiştir (Panesar ve Guzman, 2013).

Kolesistokinin (CCK), insanlarda ve hayvanlarda anksiyeteye ilişkili davranışların oluşmasında büyük bir etkisi vardır ve beyinde bolca bulunan bir nörotransmitterdir. Sağlıklı insanlara verilen Kolesistokinin dozuna bağlı olarak kişide korkuyu oluşturmakta ve panik ataklar geçirmelerine sebebiyet vermiştir. Prefrontal bölgenin aktivasyonu sonucu olan fobik kaçınma ise, limbik sistemden dolayı kaynaklanan beklenti anksiyetesidir (Gorman ve ark., 2000).

2.1.4.2. Çevresel Etkenler

Son araştırmalar bir anksiyete bozukluğu olan panik bozukluğunun, erken dönem yaşantılarındaki fiziksel istismar, ihmal ve cinsel istismar gibi çocukluk travmalarının yetişkinlik döneminde anksiyete durumunu arttırdığını ortaya koymuştur. Panik bozukluğun oluşumunda, çocukluk çağı travmalarının da risk faktörü oluşturduğu öne sürülmüştür. Öyle ki, panik bozukluk tanısı almış kişilerin %13 ve %54'lük kısmındaki kişilerde, çocukluk çağı travma öyküsü bulunmaktadır ve bu oran azımsanamayacak kadar yüksektir (Erek, 2006).

Sullivan, eğer bakım veren kişi kaygılıysa ve onun kendisinde yarattığı kaygı bebeğe de aktarılır demiştir. Bebekler kendisine bakım verenin stresini tecrübe etmektedir ve bu stres bebeğe geçmektedir. Burada bakım verenin kendi duygu regülasyonunu yapmasının önemine de değinilmiştir. Bebek stresin ve kaygının yoğun olduğu ortamları zihninde birleştiremez. Bu durumlarda sadece kendi kapasitesinin yettiği kadarına tepki verebilir (akt. Öztürk, 2020).

Birçok sayıdaki araştırmanın sonucunda erken dönemdeki bakım verenin kaybı, eşlerin boşanması gibi durumların yetişkinlikte yaşanan ruhsal sorunların etkeni

olabileceği belirtilmiştir (akt. Öztürk 2020). Panik bozukluğun oluşumundaki durumlardan birisinin de stresli yaşam olayları olduğu bilinmektedir. PB tanısı almış hastaların atak dönemleri incelendiğinde o dönemlerde iş değiştirme, işten çıkarılma, kayıp, yeni yer değişikliği, mezun olma vs. gibi olayların PB şiddetini yordadığı öne sürülmektedir (Tükel, 2002; Moitra ve ark., 2011).

2.1.5. Panik Bozukluğun Epidemiyolojisi

Alan yazında yaşam boyu sıklığının %1.5- 5 aralığında değiştiği bilinmektedir. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla panik bozukluktan etkilenmektedir. Panik bozukluğun gelişmesinde etken olan tek toplumsal etken boşanma veya ayrılımdır (Kaplan ve Sadock, 2005). Hiperventilasyon sebebiyle kişi bedenindeki fizyolojik duyumun verdiği rahatsızlığı bilişsel olarak felaketleştirerek, acilen hastaneye başvurmaktadır. İncelenen verilerde hiperventilasyon sebepli sağlık kuruluşlarına başvuranların %35'inin panik bozukluk tanısı aldığı bilinmektedir (Kaldırımcı, 2014).

Panik bozuklukta, kadınlar erkeklerden 2-3 kat daha fazla etkilendiği bildirilmiştir. Genelde genç erişkinlikte (ortalama 25 yaş) başladığı saptanmıştır. Fakat herhangi bir yaşta da gelişebilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

Her ne kadar çalışmalar evli bireylerin panik bozukluğuna yakalanma ihtimalinin daha düşük olduğunu belirtse de Türkiye için panik bozukluk hastalarının %80' inin evli olduğu saptanmıştır (Ateşçi ve ark., 2003). Başlangıç yaşı sabit değildir, fakat genelde geç ergenlik ile otuzlu yaşların başında başlamaktadır. Klinik örneklemelerde başlangıç yaşının ortalama 25 olduğu bilinmektedir (Adams ve Boscarino, 2011). Dsm-5 panik bozukluk ve panik atağın verileri üzerinden ülkelerdeki yaşam boyu prevalansı %1.7' dir ve 75 yaş sonrası için bu risk %2.7 olmaktadır. Panik ataklarda prevalans yaşam boyunca %13.2 ve 75 yaş sonrasında da %23' tür (Jonge ve ark., 2016).

2.1.6. Panik Bozukluğun Kliniği

Panik atağın en temel özelliği sebepsiz yere ortaya çıkmasıdır ve yoğun korku kaygı duygusunun eklenmesidir. Hasta bu yaşadığı bedensel belirtilerini kalp krizi geçirdiğini, bayılacağını, çıldıracağını ve kontrolü kaybedeceğini şeklinde düşünerek yanlış yorumlamaktadırlar. Hastalar ilk panik ataklarını yaşadıklarında o an ne yapıyorlarsa odaklanmada güçlük yaşayabilirler. O an yaşadıkları bu durumdan kaçmaya yeltenebilirler. Atak sırasında kişi bedeninde karıncalaşma, uyuşukluk, ağız kuruluğu, terleme gibi belirtiler hissedebilir. Atakların sıklığı ve bulunduğu konumu kişiden kişiye değişmektedir. Bazen ayda bir bazense daha sık ataklar geçirebilirken kimisi uyku da bile panik ataklar geçirebilmektedir. Panik atak geçiren kişiler genelde ilk ataklarında kendilerini en yakın sağlık birimine başvurabilirler, hekimler ilk müdahalelerin sonucu hastanın yaşadığı durumun psikolojik olduğunu kendisine aktarmaktadır. Yapılan bir çalışmada hastaların panik ataklar için psikiyatriste gitmeden önce 6-7 tane hekime gittiklerini ve çeşitli tetkikler yaptırdıklarını açıklamaktadır (Tamam, 2009).

Panik ataklar gündelik yaşantıda işlevselliğe neden olmaktadır, bu şiddetine göre değişmektedir. Panik ataklar; sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, özgül fobi gibi durumlarda da görülebildiği için sadece panik atakların görülmesi, panik bozukluk tanısının konmasında yeterli bir veri değildir (Öngider ve Kavak, 2014). Panik

bozukluğun kliniğini tanımlamak için üç temel klinik özellik tanımlanır (Tükel ve Alkın 2006). Bunlar;

- 1) Panik Ataklar
- 2) Agorafobi
- 3) Beklenti Anksiyetesi

2.1.6.1. Panik Ataklar

Panik ataklar kişide beklenmedik şekilde ortaya çıkan, kişiye yoğun sıkıntı veren hem fizyolojik hem bilişsel olarak zorlayıcı bir durumdur. Panik bozukluğun tanımlanabilmesi için diğer kaygı bozukluklarında oluşan panik ataklardan ayırt edilmesi gerekmektedir, kendi kendine ortaya çıkması gerekmektedir. Belirtiler kişiden kişiye değişmekle beraber sıklığı da değişkenlik gösterebilmektedir. Panik atak yaşayan kişiler, deneyimledikleri bu durumdan kaçınmaya çalışırlar. Fakat kaçınma davranışları, panik atakların daha da artmasına sebebiyet verebilmektedir (Tamam, 2009).

Birey atak dönemleri hariç herhangi bir sıkıntı yaşamamaktadır. Sosyal ilişkileri, kişilerarası kurduğu ilişkiler ve aktivitelerinde değişiklik olmaz. Sadece panik ataklar esnasında kişi bunalabilir, şaşkın ve korkmuş hissedebilir. Nöbet sonrası kişi tekrar aynı durumu yaşamaktan korkmaktadır. Panik nöbetleri esnasında birey olayları farklı algılayabilir, unutkanlık yaşayabilir veya kendine yabancılaşma (depersonalizasyon) yaşayabilmektedir (İlıcak, 2020).

Agorafobi beklenmedik şekilde çıkan panik ataklar esnasında kaçmanın zor olacağı yerlerde bulunmaktan kaygı duyma ve bu gibi kalabalık, açık alan yerlerden kaçınma davranışının olmasına bağlı kaygı duyulur. Anksiyete bozukluklarının altında yer alan psikiyatrik bozukluktur (Kart ve Türkçapar, 2013). DSM-IV 'te panik bozukluğun bir klinik özelliği olarak tanımlanan agorafobi, DSM-V' te ise panik bozukluktan ayrı bir başlıkta ayrılarak tanımlanmıştır (APA, 2014).

2.1.6.2. Beklenti Anksiyetesi

Panik Bozukluğu tanısı almış kişiler geçirdikleri ataklardan sonra atakların tekrarlanacağına dair yoğun endişe ve korkuya kapılmaktadırlar. Tekrar bir panik atak olacak mı beklentisine girebilmekte, ve sonrasında yine aynı şeylerin yaşanacağına dair duyulan kaygı, beklenti anksiyetesi olarak tanımlanmaktadır. Beklenti anksiyetesinin üç temel ögesi şudur;

- 1) Yeni bir panik atak geçireceğine dair korku ve endişeli düşüncelerin olması,
- 2) Yeni bir panik nöbetinin şiddetine ve tehlikesine dair duyulan inanç ve beklenti olması,
- 3) Korkunun sebebiyet verdiği fiziksel duyumlardan korkunun varlığı (Türk Psikiyatri Derneği)

2.1.7. Panik Bozuklukta Kuramlar

2.1.7.1. Psikodinamik Model

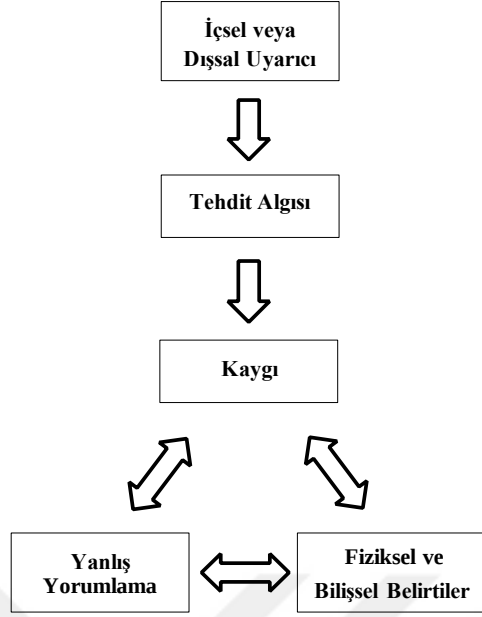
Psikanalitik kurama göre; panik bozukluk hastaları erken dönem yaşantılarında bakım verenin çok kontrolcü, kollayıcı davranışlarının pekiştirdiği çözülmemiş bağımlılık-bağımsızlık çatışmasına sebebiyet veren doğuştan gelen bir korku yanıtı olduğu varsayılmaktadır. Bu şekilde kişi anksiyete, korku yaşadığında durum karşısında savunma mekanizması yetersiz kalmaktadır. Bunun sonucunda oluşan fiziksel duyumsamalar panik atakları uyatabilmektedir (Shear ve ark., 1993).

Birey panik bozuklukta savunma mekanizmalarını kullanır. Bilinçdışı çatışmalar bilinç düzeyine geçme sırasında anksiyete yaşanır. Bu anksiyete yaşanırken savunma mekanizmalarından olan bastırma devreye girer. Bastırma yetersiz kaldığı zaman, karşıt tepki geliştirme, bedenselleştirme, kaçınma gibi savunma mekanizmaları devreye girer (Bandelow ve ark., 1995).

2.1.7.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

Clark'a göre; panik atak esnasında içsel ve dışsal tehdit edici uyarılara karşı fiziksel olarak semptomlar çıkmaktadır. Bu fiziksel semptomlar bir tehdit olarak algılandığında kaygı ortaya çıkmaktadır. Fiziksel ve zihinsel belirtiler kişi tarafından yanlış yorumlanarak, kaygı düzeyini daha da yükseltmektedir. Bu atakların oluşumunu gösteren bir model vardır. Bu “kısır döngü modeli” olarak adlandırılmaktadır (Clark, 1986).

Ataklar esnasında birey yaşadığı belirtileri baş dönmesi, nefes alamamak gibi yanlış yorumlanmasına sebebiyet vermektedir. Kalp çarpıntısı yaşayan kişi, kalp krizi geçireceğini ve öleceğini zanneder. Tüm bu durumlar sonucu kişi gerçekten tehlikeli bir şey olacağına ikna olur. Nefes almada zorlanan kişi bir süre sonra hiç nefes alamayacağı endişesine kapılarak yoğun kaygı yaşar (Kaplan ve Sadock, 2005).



Şekil 2.1.7.2. Panik Atakların Bilişsel Modeli

Kaynak: Clark, (1986)

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları savaş, göç, kazaya tanıklık etmek, doğal afet gibi çocuğun duygusal ve fiziksel olarak zarar görebileceği tüm durumları kapsamaktadır. Çocukluk çağında çocuğa bakım verenin kötü muameleleri (fiziksel ve duygusal) her türlü ihmal, istismar olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk ihmal ve istismarlarını dörde ayırmaktadır. Bunlar; fiziksel istismar, duygusal- psikolojik istismar, cinsel istismar ve ihmal (DSÖ, 2006).

Çocukluk çağı travması çok eskilere dayanır. Öyle ki eski çağlarda çocukların dayanıklı ve işe yararsa yaşamaya hakkı olduğu ve ancak bu sebeple ölüme terk edilmediği görülmüştür. Bununla beraber İslamiyet öncesi dönemde kız çocuklarının diri diri gömülmesi örnek olarak verilebilmektedir (Beyazıt, 2015).

Çocukluk çağı travmalarının ruhsal hastalıkların gelişmesinde oynadığı rolün önemi ilk kez bilimsel kayıtlara 2. Dünya Savaşı bitiminde bakım verenini kaybeden çocuklar ve toplama kamplarından kurtulan çocukların ruhsal tepkilerinin gözlenmesiyle önem kazanmıştır (Nimkin ve Kleinman, 2001). Kempe 1961 yılında “hırpalanmış çocuk” terimini kullanmıştır, bunun sonucunda uzmanlar konuya ilgi göstermeye ve çeşitli çalışmalar yapmaya başlamışlardır. Toplumsal duyarlılık günden güne artmaya başlamıştır ve özellikle savaş, göç, doğal afet gibi durumların olması, çocuğun şiddet görmesi gibi olayların çocukluk çağı travmalarının kökenini oluşturduğu bilinmiştir (Pressel, 2000).

Oluşan bu toplumdaki duyarlılık ve bilinç sayesinde 1974 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde “Çocuk Hakları Sözleşmesi” imzalanmıştır ve en önemli

gelişmelerden biri olarak kabul görülmüştür (Kara ve ark., 2004). Çocukluk çağı travmaları ihmal ve istismar olarak iki kategoriye ayrılmıştır. İstismar çeşitleri, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar; ihmal çeşitleri ise, fiziksel ve duygusal ihmal olarak tanımlanmıştır (Runyan ve ark., 2002).

2.2.2 Duygusal İstismar

Duygusal istismar; 18 yaşından küçük bireyin ruhsal veya duygusal şekilde zarar görecü yaşantılara maruz kalmasıdır. Kişiliklerini zedeleyecek her türlü davranış, söz, eylem, tehditkar davranışa maruz kalmalarını ifade etmektedir (Zoroğlu ve ark.,2011). Çocuğu aşağılayıcı, tehdit edici sözleri veya düşmanca tavırları içermektedir (DSÖ, 2006).

Erken çocukluk döneminde duygusal olarak yeterince bakım verilmeyen bireyin, ileride sosyal ve psikolojik açıdan sorunlar yaşadığı belirtilmektedir. Bu etkiler sayesinde; yeme bozukluğu, saldırgan-zedeleyici davranışlarda bulunma, alkol-madde kötüye kullanım gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Ağır bir ihmal olan duygusal istismar, çocuğun kendi öz gelişimini ciddi anlamda zedelemektedir. Çocuktan sürekli alaycı, kötümser, yaşına ve fiziksel gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması, ceza verilmesi gibi etkenlere maruz kaldıkça çocuğun kişilik yapısını ciddi şekilde etkilemektedir (Zoroğlu ve ark., 2001; Dinleyici ve Dağlı, 2016)

2.2.3 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; çocuğa karşı bilerek fiziksel güç uygulamak, bedensel olarak örselenmesi bunun sonucunda da çocuğun sağlığı, gelişimini tehdit etmektedir (DSÖ, 2006). Çocuğun bedenindeki kendi yapmadığı morluklar, yanıklar, ısırma izi, yanık izi veya kırıklardan oluşmaktadır. Fiziksel istismara uğramış çocuğun bedeninde kalıcı hasarlar oluşabilmektedir. Aile ortamında fiziksel şiddet genelde çocuğa karşı cezalandırma, otorite kurma sebebiyle uygulanabilmektedir (Ünsal, 1998).

Fiziksel istismar, çocuğa fiziksel bir şekilde kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç sonrasında çocuğun sağlığı, gelişimini etkileyen durumlardır. Bu bağlamda; vurma, tekmeleme, çocuğa vurma, boğazını sıkma vb. şeklinde olabilmektedir (DSÖ, 2006).

2.2.4 Cinsel İstismar

Cinsel istismar, henüz gelişimini tamamlamamış 18 yaşından küçük bireyin, bir yetişkin tarafından tehdit veya kendinden yaşça büyük bir çocuk tarafından, kandırma yoluyla kendi cinsel istek ve gereksinimlerini karşılaması adı altında yapılan tüm eylemlere denmektedir. Farklı şekillerde olabilir bunlar; cinsel içerikli konuşmalar, istismarcının kurbana zorla dokunması veya kendisine dokunması için zorlaması, teşhircilik ve röntgencilik (Alpaslan, 2014).

Çocukluk çağı cinsel istismarı genelde cezalandırılacağı hissiyatı, suçluluk duyma ve terk edileceği duygusuyla gizlenebilmektedir. Çoğu zaman çocuk fiziksel olarak zarar gördüğünde ortaya çıktığında bilinmektedir (Aktepe, 2009). Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma oranının %10- 40 arasında olduğu bilinmektedir ve genelde istismar

söylenmemektedir. Dolayısıyla bilinenden daha çok bilinmeyen cinsel istismar sayısı da oldukça fazladır (Aktepe, 2009).

2.2.5 Çocukluk Çağı İhmal Türleri

İhmalin kanıtlanması daha zorken, istismar daha aktif ve davranışlarla süregelir. İhmali pasif istismarı ise aktif olarak tanımlanabilir. Her iki durum çocuğun psikolojisini ve ruh sağlığını ciddi şekilde etkilemektedir (DSÖ, 2006).

2.2.6 Duygusal İhmal

Çocuğun temel ihtiyaçları olan sevilme, saygı görme, sorularına yanıt verilmesi, desteklenme gibi durumlarda karşılanmaması veya ihmal edilmesine denmektedir. Çocuk dünyaya gelirken sadece temel ihtiyaçlarının karşılanması yeterli değildir. Çocuğun bulunduğu yere ait olduğunu bilmesi, değer verildiğini hissetmesi ve güvenli bir şekilde ebeveynine bağlanması gelişimi için oldukça önemlidir (Şar, 1998).

2.2.7 Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, çocuğun yetersiz beslenmesi bakımına ve sağlığına önem verilmemesi veya geciktirilmesi, hijyenine dikkat edilmemesi, evden kovmak, yalnız bırakmak, dışlamak gibi pek çok duruma denilmektedir. Fiziksel ihmale uğramış çocuklarda psikolojik sorunlar ve sosyal içe çekilme, çekingenlik, sınırlı akran etkileşimi gibi pek çok sorun oluşmaktadır (Hildyard ve Wolfe, 2002).

2.2.8 Çocukluk Çağı Travmaları ile İlgili Araştırmalar

Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirdiğine göre dünyanın çeşitli ülkelerde yapılmış olan araştırmanın sonucunda erkeklerin %5-10'nun kadınların ise %20'sinin cinsel istismara uğradığı belirtilmiştir. Genelde kız çocuklarının en çok cinsel istismara uğradığının, erkek çocuklarının ise sert fiziksel cezaya maruz kaldığı belirtilmiştir (DSÖ, 2006).

Fakat ihmal- istismar tanımının ayrılamaması ve sosyal- kültürel farklılıklar, çocuk istismarı ile ilgili net bir bilgi ortaya koymakta zorlanmıştır (Lynch, 2008). Çocukluk çağı travmaları tüm dünyada yaşanan oldukça önemli bir problem olarak görülmektedir. Bununla alakalı yapılan çalışmalar, gün geçtikçe artmakta ve toplumsal olarak farkındalık kazandırılması amaçlanmaktadır. Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerine göre; 2021 yılında ülkemizde güvenlik birimlerine gelen ya da getirilmiş olan çocukların %41' ini mağdur çocuklar oluşturmaktadır. Ayrıca, suç mağduru çocukların %13,1'inin cinsel suçlar olduğu bilinmektedir (TÜİK, 2021).

Araştırmalar istismara uğramış çocukların disosiyatif yaşantı, duygu durum bozuklukları, düşük benlik, düşük öz saygı ve akademik yaşantısında zorlanma olduğunu göstermiştir (Paolucci vd., 2001). Çocukluk çağı travmasında yetişkin dönemde travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları (sosyal fobi, panik bozukluk) gibi çeşitli ruhsal sorunların birbiriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Whiffen ve MacınTosh, 2005).

Başka bir çalışma bize gösteriyor ki ne kadar fazla birey tarafından cinsel ve duygusal istismara maruz kalındıysa, yetişkinlikte depresif epizot meydana gelmesinin de o denli arttığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, cinsel ve duygusal istismar, fiziksel

istismar ve duygusal ihmalin tekrarlanması ne kadar yüksekse o denli semptomların şiddetinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Çelik ve ark., 2018)

2.3. Disosiyasyon

Disosiyasyon kelimesi dis (olumsuzluk) ve sociare (birlik ve bağlantı) anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden ortaya çıkmıştır ve birliğin ve bağlantının bozulması anlamında da kullanılmaktadır (Kolk ve Fisler, 1995). Zihnin bellek, kimlik ve algılama gibi süreçlerinde ayrılma ve değişme (bir nevi kesinti) olmasına disosiyasyon denmektedir. Kısaca bu bütünlemenin yapılamamış olması, şiddetin derecesine bağlı olarak disosiyatif bozukluklar adı altında psikiyatrik tablonun oluşumuna sebep olmaktadır. Disosiyasyon normalde benliğin bir savunma mekanizmasıdır ve dış dünyadan gelen stresörlere karşı dengeyi sağlama görevi görmektedir. Fazla kullanılması durumunda bireyde sorun yaratmaktadır (Malhotra ve Gupta, 2018). Bireyin travmaya verdiği tepki yaşantılarının parçalanması şeklinde olabilmektedir, bu durumda travma bilinçten uzaklaştırılabilir. Fakat bölünen anılar travmanın zihinle yeniden işlenmesini ve hafızayla birlikte entegre olmasını zorlaştırabilmektedir. Her bireyde olağan koşullarda bulunan ve bütünlük içinde işlev gören bir mekanizmadır. Günlük hayatta birden çok zihinsel süreci yerine getirebilmemiz normal disosiyasyonun bir avantajıdır. Fakat bireyin kendisini rahatsız hissetmeye başlaması ve psiko-sosyal olarak işlevlerinde bozulma olması durumunda disosiyatif bozukluk tanısı konulabilmektedir (Öztürk, 2017).

Disosiyatif yaşantılar günlük hayatta bireyde dalgınlık, unutkanlık, hayal kurma, nerede olduğunu bilememe ve zamanı anlık olarak unutmuş olmak gibi durumlara örnek verilebilmektedir. Patolojik olmayan disosiyasyon uyum sağlayıcı bir görev görürken, patolojik olan disosiyasyon bireyin işlevselliğini bozucu bir durumdur (Boysan ve Duyan 2010). Amnezi, depersonalizasyon, çözülme bozukluğu vs. gibi adaptif olmayan savunmaları oluşturmaktadır. Yetişkin ve çocuklarda gözlenen patolojik olmayan disosiyasyonun iki unsuru vardır bunlardan birisi; Absorbsiyon, diğeri fantezi kurmaya yatkınlıktır (Vissia, 2016). Fantezi kurmaya yatkınlık kişinin uzun süre boyunca hayallere dalabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Absorbsiyon ise, zihnin bir fanteziyle meşgul olduğu zaman boyunca kişinin dış dünyadaki gerçekliğe ait farkındalığının geçici bir süre kaybolmasına denmektedir (Butler, 2006).

2.3.1. Tarihçesi

Disosiyasyon eski Mısır mitolojilerine kadar dayanan bir kelimedir. Bunun yanında ilk olarak disosiyasyonun tarihçesinin başlangıcının Fransız psikiyatrist Pierre Janet olduğu bilinmektedir (Öztürk, 2017). Janet hastalarının belirtilerine ve davranışlarına sebebiyet veren disosiye etkenlerin bireyin geçmişteki yaşadığı, travmatik anılardan dolayı kaynaklanabileceğini öne sürmüştür. Bunun tedavisi için ise ancak disosiye olmuş anı ve yaşantıların bilince tekrar getirilerek tedavi edilebileceğini aktarmıştır. Janet bu noktada Freud ile ayrılmaktadır çünkü Janet bireyin yaşadığı gerçek travmatik deneyimlerin disosiyasyonla ilişkisi olduğunu öne sürerken, Freud bilinçdışı fantezi kavramından ilerlemiştir (Öztürk ve Şar, 2008).

2.3.2. Epidemiyoloji

Disosiyasyonun ortaya çıkmasındaki etkenlere bakıldığında çevreden oldukça stres verici olayların yaşanması, belirli yüksek stres verici olaylar karşısında herkesin disosiye olabileceği bilinmektedir. Psikiyatrik bozukluklar içerisindeki disosiyatif kimlik bozukluğunun çocukluk çağı travmalarını en yüksek bildiren tanı grubu olduğu belirtilmiştir (Öztürk, 2017). Genel toplumdaki disosiyatif patolojinin yaygınlığı %8-18 olarak saptanmıştır. Klinik popülasyona bakıldığında kadınlarda daha fazla görüldüğü saptansa da genel olarak bakıldığında cinsiyet oranları birbiriyle yakın çıkmaktadır (Özden, 2018).

2.4. Bağlanma Kavramı

Bireyin belki de yaşamının ilk yıllarında bakım verenile arasındaki ilişkinin, çocuğun bakım verenle arasındaki bağ ile kendini gösteren, özellikle stres yaratan durumlarda yakınlık aradığı tutarlılığı ve sürekliliği devam eden duygusal bir bağ olarak adlandırılmaktadır (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011). Bağlanma yaşamımızın en erken yıllarından diğer dönemlerimize dek bizi etkileyen bir süreçtir (Williams, 2003). Bowlby bebeğin duygusal ihtiyaçlarının tıpkı fiziksel ihtiyaçları kadar önemli olduğunu ve göz ardı edilmemesini aktarmıştır (Arslan ve Teze, 2016). Yaşamımızın ilk yıllarında bize bakım veren ebeveyn ile olan ilişkimiz daha sonraki yıllarda romantik ilişkilerimizi, sosyal ilişkilerimizi ve bireyin diğerleriyle olan ilişkisini belirlediği için oldukça önemli bir faktördür (Williams, 2003).

Geniş bir çerçeveden baktığımızda bağlanma kavramını sadece bakım veren ve bebek arasında bir bağ olarak tanımlamaktansa, bireyin gelecek dönemdeki hayatını da etkisi altına alan bir kavram olarak tanımlamak daha doğru olmaktadır (Hazan ve Shaver, 1998).

Bağlanma kuramının kurucusu olan Bowlby'den sonra bağlanma kuramına yönelik en büyük katkı Ainsworth tarafından yapılmıştır (Erzen ve Çikrikci, 2022). Ainsworth bağlanma kuramı üzerinde farklı çalışmalar yaparak Bowlby'nin bağlanma kuramı ışığında çocukluk döneminde bakım verenin bireysel farklılıklarından kaynaklanan farklı bağlanma stillerinin, bağlanma üzerinde etkisi olduğu görmüştür ve bağlanma üç temel gruba ayrılmıştır. Çocukluk dönemindeki bağlanma stilleri; güvenli bağlanma, kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma olarak sınıflandırılmıştır (Erzen ve Çikrikci, 2022).

2.4.1. Çocuklukta Bağlanma Stilleri

2.4.1.1. Güvenli Bağlanma

Bakım veren kişinin duyarlı, tutarlı ve ulaşılabilir olması bebekle bağ kurmanın en önemli faktörüdür (Bartholomew ve Horowitz, 1991). Bakım veren bu şekilde olduğunda bebek kendi dünyasında diğerleriyle olan ilişkisinin de güvenli ve ulaşılabilir olarak düşünür. Bu durum kendilikleri, benlikleri ve başkalarıyla olan iletişimlerinde de güvenli bir bağ kurulduğunu göstermektedir. Güvenli bağlanan bebek bakım vereninin yokluğunda stres ve hırçınlık yaşasa da bakım veren ortama tekrar geldiğinde sakinleşmiş

ve stresi azalmış olarak hayatına devam eder (Bartholomew ve Horowitz, 1991). Annenin yanında olduğu ortamda çevresini keşfetmeyen, annenin yokluğunda kaygı, stres yaşayan ve anne ortama geldiği halde onu karşılamayan bebek ise güvensiz bağlanmaya örnek olarak adlandırılmaktadır. Güvensiz bağlanan bebek, kendilikleri ve benlikleri açısından da olumsuz bir algılamaya girmektedirler (Çelik, Ekşi ve Gülsu, 2017).

2.4.1.2. Kaygılı Bağlanma

Kaygılı bağlanan çocuklar ise, anne ortamdan çıktığında ona seslendiğinde annenin yanıt vermeyeceğinden veya onun ihtiyaçlarına yardımcı olmayacağından dolayı kaygı duymaktadır. Otokontrol sağlamak amacıyla ebeveynin çocuk üzerinde sözünü tutturmak istemesi veya kontrol amaçlı bakım verenin yokluğuyla tehdit edilen çocuklardır (Bowlby, 1958). Güvensiz bağlanmaya (kaygılı, kaçınan) sahip bireylerin psikopatolojik sorunlara yakalanma riski daha yüksek olduğu saptanmıştır (Shorey ve Synder, 2006). Güvensiz bağlanmaya sahip bireylerin psikopatolojiye daha yatkın olduğunu destekleyen çalışmalar ise literatürde bulunmaktadır (Shorey ve Snyder, 2006; Mikulincer ve Shaver, 2007; Piegale ve ark., 2000).

2.4.1.3. Kaçınan Bağlanma

Kaçınan bağlanma geliştirmiş olan bebekler, ebeveynleri ortamdan çıkarken herhangi bir tepki, sorun göstermezler. Ebeveyn tekrar ortama geldiğinde ise görmezden gelme davranışı sergilerler. Kaçınan bağlanmaya sahip bebeklerin bakım verenlerinin ihmalkâr ve umursamaz davrandığı görülürken, kaygılı bağlanmaya sahip bebeklerin ise bakım vereninin tutarsız davrandığı görülmüştür (Kılıç ve Kümbetlioğlu, 2016).

2.4.2 Yetişkinlikte Bağlanma Stilleri

Bowlby'nin bağlanma kuramı daha sonraki araştırmacılar için temel oluşturmuştur. Bartholomew ve Horowitz dörtlü yetişkin bağlanma stilini oluşturmuşlardır. Bu dörtlü sırayla; güvenli, korkulu, kayıtsız ve saplantılı olarak adlandırılmıştır (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

2.4.2.1. Güvenli Bağlanma

Güvenli bağlanma modeline sahip olan bireyler hem kendi benliklerine karşı hem de dış dünyaya karşı olumlu ve pozitif olabilmektedirler. Kendilerini sevmeye ve seilmeye layık gördükleri gibi karşısındaki bireyleri de bu şekilde algılamaktadırlar. Kendilerine güven duyan, ikili ilişkilerinde duyarlı, güvenilir ve saygılı olabilmektedirler. Bu olumlu yönlerinden dolayı bireysel olarak özerk kalabilmeyi başarırlar. Güvenli bağlanan bireyler başkalarının terk etmesinden yoğun bir kaygı yaşamazlar ve girdikleri ortamlarda kolaylıkla uyum sağlayabilmektedirler (Kışlak ve Çavuşoğlu, 2006).

2.4.2.2. Kayıtsız Bağlanma (Kaçınan)

Kayıtsız bağlanma geliştirmiş bireyler, temelde karşısındaki bireyle yakınlık kurmaktan geri çekilirler ve bu şekilde yaşayabilecekleri hayal kırıklıklarına karşı kendilerini korumuş olurlar. Kendilerine karşı olumlu, başkalarına karşı olumsuz inanç geliştirmişlerdir (Terzi ve Çankaya, 2009).

2.4.2.3. Korkulu Bağlanma

Korkulu bağlanma geliştirmiş bireyler, başkalarıyla yakın ilişki kurmaktan çekinirler ve kendilerini reddedilmeye karşı güvence altına almak isterler. Genelde kaygılı kaçındırlar. Bununla beraber kendilerini değersiz ve sevgiye layık olarak görmezler, diğerleriyle ilgili de olumsuz inançları vardır (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

2.4.2.4. Saplantılı Bağlanma (Kaygılı)

Saplantılı bağlanma geliştirmiş bireyler, kendilerine karşı olumsuz duygular geliştirmişlerdir. Kendilerini değersiz hissederler ve sevmeye layık olarak görmezler. Diğer bireylere ise olumlu değerlendirme yapmaktadırlar. Kendilerini açmakta ve ifade etmekte özgüvenleri azdır (Erözkan, 2004).

2.5. Çocukluk Çağı travmaları, Disosiyasyon ve Bağlanmanın Panik Bozuklukla İlişkisine Yönelik Yapılan Araştırmalar

Literatürde anksiyete bozuklukları adı altında ve ayrı olarak panik bozukluk üzerine yapılmış ampirik çalışmalar mevcuttur. Panik bozukluğun, bağlanma stilleriyle ilişkisini incelemeye yönelik çalışmalar ise sınırlıdır.

Çoğu psikiyatrist, bireylerin ebeveynle olan ilişkilerinin bağlanma stillerini etkilediğini ve bu durumun panik bozukluğun gelişimde önemli bir rol üstlendiğini öne sürmektedir (Şahin, 2011). İstismar mağduru çocukların, yüksek anksiyete, düşük öz saygı gibi çeşitli sorunlar yaşadığı da ortaya konmuştur (Çelik ve Hocaoglu, 2018). Ayrıca disosiyatif bozuklukların, çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (Özden, 2018). Çocukluk çağı travmalarının disosiyasyon ile ilişkisini incelemeye yönelik çalışmalar mevcut olsa da disosiyasyonun, bağlanma stillerinin ve çocukluk çağı travmalarının panik bozuklukla ilişkisini ölçen kapsamlı bir çalışma bildiğimiz kadarıyla yoktur.

Bu çalışmada ise; çocukluk çağı travmalarının, disosiyasyon ve bağlanma stillerinin panik bozuklukla olan ilişkisi araştırılmıştır.

Clemens ve arkadaşlarının (2018), bir Alman örneğinde çocuklara kötü muamelenin alt türleri ve uzun vadeli fiziksel sağlık ilişkisini incelediği bir çalışmada; çocukluk döneminde yaşanan tüm istismar ve ihmal türleriyle genç erişkinlikteki pek çok sağlık sorunları arasında oldukça önemli bir bağlantı olduğunu söylemektedir. Psikolojik ihmalin çeşitli sağlık problemleriyle bağlantılı olduğu gösterilmiştir.

Paolucci ve ark., (2001) ÇÇT' larının uzun vadede olumsuz sonuçlarını incelediği çalışmasında, travmaya maruz kalmış çocukların düşük özsaygı, yüksek anksiyete düzeyi, intihar girişimleri, disosiyatif yaşantılar gibi problemler yaşadığını belirtmektedir.

Çocukluk çağı travmaları, anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve alkol madde kullanımıyla bağlantılıdır (Molnar ve ark., 2001). Çocukluk çağı travmaları,

bireyin çocuklukta travmayı işlemlemede yetişkinlere göre yetersiz olacağından ötürü, yetişkin travmalarından daha fazla etkileyici olduğunu belirtmiştir (Kolk, 2003).

Bouton ve ark. (2001), PB' un çocukluk çağı travmaları ile beraberliği, yetişkinlik çağındaki travmalara oranla daha çok olduğunu bildirmiştir. Çocukluk dönemindeki savunmasızlığın, maruziyetin ve kapasitenin hastalığın şiddetini arttırabileceği bilinmektedir.

Wright ve ark. (2009), ÇÇT incelendiğinde, duygusal ihmal ve istismarın fazla olabileceğini ancak üzerinde daha az çalışıldığını açıklamışlardır. Glasser (2002), ise duygusal ihmal ve istismarın farkedilmesinin ve kanıtlanmasının zor olmasından dolayı böyle olduğunu belirtmiştir.

PB'luğun tekrarlanmasında rol oynayan değişkenleri inceleyen bir araştırma sonucunda, ÇÇT' sının, panik bozukluğun tekrarlanmasında bir öncü olduğu bulunmuştur

Sequi ve ark., Pb hastalarının %24' ünde kendine yabancılaşma (depersonalizasyon) eşlik ettiğini bildirmiştir. Bir çalışmada, PB tanısı almış hastalarla diğer anksiyete bozukluklarının tanısını alan hastalarla disosiyatif yaşantılar ölçeği (DES) skorlarının karşılaştırılması sonucunda, skorların birbirine yakın seviyede olduğu ve her iki grubunda disosiyatif belirtileri benzer oranda yaşadıkları saptanmaktadır (Tekin ve Tekin, 2014).

105 disosiyatif bozukluk tanısı almış kişilerin oluşturduğu bir çalışmaya göre, tanı alan grubun en sık gözlenen kişilik yapılarının kaçınan kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada denekler disosiyatif bozukluk tanısıyla beraber majör depresyon %97, panik bozukluk %74 ve obsesif kompulsif bozukluk %68 tanısı aldıkları bildirilmiştir (Boysan ve Duyan 2010).

Prasko ve ark. (2010), yaptıkları bir çalışmada PB tanısı almış hastaların klinik belirtilerinin disosiyasyonla ilişkili olduğunu saptamıştır. 41 PB hastası ve 66 sağlıklı kontrol grubunun katıldığı bu çalışmada, PB tanılı hastalardaki disosiyasyon düzeyinin anksiyete şiddeti ile ilişkili olduğunu ancak depresif belirtilerle ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Kanada' da 102 yetişkinle yapılan bir çalışmada minör disosiyatif yaşantıların oldukça yaygın olduğunu örneğin; bir konuşmayı dinlemek, okuma yaparken kendini kaptırmak, araç kullanırken dalıp gitmek gibi durumları bildirmiştir. Disosiyasyonun yine başlangıçta bireyin travmatik yaşantılarına verdiği bir tepki/ savunma aracı olarak kullandığı normal bir süreçken, zamanla bu sürecin maladaptif veyahut patolojik bir sürece dönüştüğü varsayımı da ifade edilmiştir (akt.Öztürk ve Şar, 2006).

Andreson ve Alexander ABD' de yaptıkları bir çalışmada, aile içinde geçmişte enste maruz kalmış kadınlarda disosiyatif yaşantılar ölçeğinden en yüksek puan alan kişilerin korkulu-kaçınan bağlanmaya sahip olduğunu göstermiştir (Boysan ve Duyan, 2010).

Anne ve çocuğun arasındaki bağlanma oldukça önem arz etmektedir. Bu bağlanma kopuk ve güvensiz olarak gelişirse psikolojik rahatsızlıkların ve kişilik problemlerinin

gelişeceği belirtilmiştir (Tüzün ve Sayar, 2006). Son yıllarda yetişkin bağlanma yapısının ampirik çalışmalarla incelendiği bilinmektedir. Kişilerarası ilişkilerle ve psikopatolojiyle ilişkileri ortaya konmuştur (Mikulincer ve Shaver, 2007).

Bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin genelde korelatif çalışmalarla incelenmiştir ve güvensiz bağlanmaya (kaygılı, kaçınan) sahip bireylerin psikopatolojik sorunlara yakalanma riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Shorey ve Synder, 2006).

Piegale, Gerlsma ve Schaap (2000), güvensiz bağlanmanın stres ve psikopatolojiyle ilişkisine yönelik yaptıkları bir çalışmada, stresin bir aracı değişken rolünde mi yoksa stresi arttırmaya sebebiyet vermesi sonucu psikopatolojiye sebep olan nedensel bir değişken mi incelemiştir. sonuçta güvensiz bağlanmanın taşıyıcı bir değişkenden çok nedensel bir faktör olduğunu belirtmiştir. sonuçta, stresli olayların bağlanma stilleri ile psikopatoloji arasındaki ilişkide aracı bir rol oynadığını saptamıştır. Bu durumda yüksek kaygıya ve kaçınmaya sahip olan birey, başından geçen yaşam olaylarını daha stresli algılayarak psikopatolojiye daha yatkın hale gelebildiği söylenebilir.

Sumer vd. 2009, depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve panik bozukluk (PB) tanısı konulan 104 kişi ile herhangi bir psikopatoloji tanısı konmayan 77 kişi katıldığı çalışmada; bağlanma boyutlarının depresyon, PB ve OKB ile ilişkisi incelenmiştir ve Türk toplumunda batı toplumlarından daha farklı olarak saplantılı bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu ve bu farklılığın kültürel farklılıklardan oluşabileceği ifade edilmiştir.

Selbes vd. 2018, panik bozukluğu hastalarında erişkin ayrılma anksiyetesi ve bağlanma biçimlerinin incelendiği çalışmada; panik bozukluğu tanılı 65 kişiyle kontrol grubunu oluşturan 65 sağlıklı gönüllü grubun sonuçlarına göre; PB tanısı almış bireylerle herhangi bir tanısı olmayan bireyler arasında ilk sırada bağlanma biçimi olarak saplantılı bağlanma yer almıştır ve her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bununla beraber saplantılı bağlanmanın PB oluşumunu arttırabileceğine yönelik bir risk faktörü olabileceği ifade edilmektedir.

Ancak bazı çalışmalar panik bozuklukla bağlanma stillerinin arasında bir ilişki olmadığını, panik bozukluğun aksine yaygın anksiyete bozukluğunun bağlanma biçimlerinin birbiriyle ilişkisi olduğunu da söylemektedir (Newman, Shin ve Zuelling, 2016). Yine bu çalışmadaki gibi Manicavasagar ve ark. (2009), Panik bozukluğa eşlik eden bir ayrılık anksiyetesi bulunan ve bulunmayan yetişkinlerle yaptığı bir çalışmada, kaygılı bağlanmanın panik bozukluktan çok ayrılık anksiyetesiyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Bazı çalışmalarda DY, ÇÇT ve bağlanma stillerinin tek tek anksiyete bozukluklarıyla olan ilişkisinin incelendiği görülmektedir. Spesifik olarak panik bozukluğun disosiyasyon, ÇÇT ve bağlanma stilleriyle de ilişkili olduğu literatür tarafından desteklenmektedir. Sonuç olarak panik bozuklukla ÇÇT, DY ve bağlanma stillerinin arasında anlamlı bir ilişki olduğu (kısmen tersi bulgular gösteren çalışmalar mevcut olsa da) literatürce desteklenmektedir. Fakat bu üç değişkenin sadece panik bozukluk üzerindeki etkisini incelemeye yönelik çalışmalar oldukça kısıtlıdır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma yöntemi bakımından, nicel bir araştırmadır. Nicel araştırma, sayısal veriler kullanarak, kesin ve genellenebilir sonuçlara ulaşmayı hedefleyen bir araştırmadır. Araştırmanın kapsadığı süre bakımından, kesitsel bir araştırmadır. Kesitsel araştırma, tek bir zaman aralığında toplanarak, incelenen olguların o anki durumunu ortaya koymaya çalışan araştırmalardır (İslamoğlu ve Alınışık, 2016).

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 18-65 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Panik bozukluk tanısı almış olan bireyler hasta grubunu, herhangi bir psikiyatrik tanı almamış bireyler ise kontrol grubu olarak, araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Hasta grubu için, panik bozukluk dışında tanı almış olan kişiler hasta grubuna dâhil edilmezken, herhangi bir psikiyatrik tanı almış olan kişiler ise kontrol grubuna dâhil edilmemiştir.

Bu kapsamda, panik bozukluk tanısı almış 62 kişi araştırmanın hasta grubu örneklemi oluştururken, herhangi bir psikiyatrik tanı almamış 62 kişi araştırmanın kontrol grubu örneklemi oluşturmuştur. Örneklemeye yönelik hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1: Hasta ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri

Değişken	Kategori	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	37	59,7	40	64,5
	Erkek	25	40,3	22	35,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	59,7	28	45,2
	Çalışmıyor	25	40,3	34	54,8
Psikiyatrik Tanı	Evet	62	100	0	0,0
	Hayır	0	0,0	62	100
Eğitim	İlköğretim	12	19,3	7	11,3
	Lise	18	29,0	13	21,0
	Önlisans	6	9,7	10	16,1
	Lisans	20	32,3	28	45,2
	Lisansüstü	6	9,7	4	6,5
Medeni Durum	Evli	28	45,2	28	45,2
	Bekâr	24	38,7	30	48,4
	Boşanmış	10	16,1	4	6,5
		$\bar{X} \pm S.S.$	Min.-Maks.	$\bar{X} \pm S.S.$	Min.-Maks.
Yaş		35,67 $\pm$ 10,95	19 - 63	29,20 $\pm$ 9,12	18 - 60

Araştırmaya hasta grubunda katılanların %59,7'sinin kadın, %40,3'ünün erkek olduğu; %59,7'sinin çalıştığı ve %40,3'ünün çalışmadığı; tamamının psikiyatrik tanı aldığı ve %19,3'ünün ilköğretim, %29'unun lise, %9,7'sinin önlisans, %32,3'ünün lisans ve %9,7'sinin lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu; %45,2'sinin evli, %38,7'sinin bekar ve %16,1'inin boşanmış olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşı 19-63 aralığında değişmekte olup, yaş ortalaması 35,67'dir.

Araştırmaya kontrol grubunda katılanların %64,5'inin kadın, %35,5'inin erkek olduğu; %45,2'sinin çalıştığı ve %54,8'inin çalışmadığı; tamamının psikiyatrik tanı almadığı, %11,3'ünün ilköğretim, %21'inin lise, %16,1'inin önlisans, %45,2'sinin lisans ve %6,5'inin lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu; %45,2'sinin evli, %48,4'ünün bekar ve %6,5'inin boşanmış olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşı 18-60 aralığında değişmekte olup, yaş ortalaması 29,20'dir.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yürütülmesi için Antalya Bilim Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği kurumundan 18.10.2021 tarihinde 2021/22 nolu karar ile onay alınmıştır. Özel Terapi Tıp Merkezi'nden 10.09.2021 tarihli onay ile, panik bozukluk tanısı konmuş hastalardan çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak veri toplanmıştır. Sağlıklı katılımcı havuzunu oluşturmak için ise yine çevrimiçi anket yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aşaması Google Forms üzerinden yürütülmüştür. Katılımcılar, Bilgilendirilmiş Onay Formunu onayladıkları takdirde veri toplama araçları sırasıyla verilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Kişisel Bilgi Formu 8, Belirti Tarama Listesi 90, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği 33, Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği 7, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği 28 ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri 9 soru olmak üzere toplam 175 ifadeden oluşmaktadır. Katılımcılara sosyodemografik bilgiler edinmek için Kişisel Bilgi Formu, psikolojik belirti düzeylerini ölçmek için Belirti Tarama Listesi, çocukluk çağı travma düzeyini ölçmek için Çocukluk Çağı Travma ölçeği, panik bozukluk şiddetini ölçmek için Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği, disosiyatif yaşantı düzeyini ölçmek için Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve bağlanma türünü ölçmek için Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri verilmiştir.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacının katılımcıların sosyodemografik verilerine ulaşabilmek amacıyla oluşturulmuştur. Katılımcılara cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi kişisel bilgileri içeren sorular sorulmuştur.

3.4.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-33)

İlk hali Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından 53 madde şeklinde geliştirilmiştir. Türkçeye Şar ve arkadaşları tarafından ilk kez 2012 senesinde uyarlanmıştır. Şar ve

arkadaşları (2020) tarafından yürütülen ikinci uyarlama çalışmasında 33 maddelik yeni bir ölçek oluşturulmuştur ve aşırı koruma ve kontrol alt boyutu eklenmiştir. 5'li likert tipte, toplam 33 maddeden oluşan ve çocukluk çağı cinsel istismarı (20, 21, 23, 24, 27 maddeleri), fiziksel istismarı (9, 11, 12, 15, 17 maddeleri) ve duygusal istismarı (3, 8, 14, 18, 25 maddeleri), duygusal ihmal (5, 7, 13, 19, 28 maddeleri) ve fiziksel ihmali (1, 4, 6, 36 2, 26 maddeleri) ve aşırı koruyuculuk-aşırı korumacılığı (29-33 maddeleri) içeren 6 alt puandan oluşan bir ölçektir (Şar ve ark., 2020).

3.4.3. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra, 1993'de Carlson ve arkadaşları tarafından ölçek güncellenmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Vedat Şar ve arkadaşları tarafından yapılmış hem de türkçeye çevrilmiştir. Çalışmalarda ölçeğin yüksek iç sına-tkrar sına güvenilirliği katsayılarına sahip olduğu görülmüştür. Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır ve her bir maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanla disosiyasyon seviyesi belirlenmektedir. Fakat bu ölçek tanı koydurucu bir araç değil daha çok tarama ya da dissosiyatif yaşantıları derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekten yüksek puan elde edilmesi bir dissosiyatif bozukluğu düşündürür fakat kanıtlamaz (Yargıç, Tutkun ve Şar, 1995).

3.4.4. Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ)

Bu ölçekte panik bozukluğun DSM-IV belirtilerinin şiddetini, beklenti anksiyetelerini, işlevsellikteki bozulmaları ve fobik kaçınmayı, panik atakların sıklığını ölçmektedir. Toplam 7 maddeden oluşmakta olup her madde için 0-4 arasında puan alarak toplam puana ulaşılır. Ölçek, Shear ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını da Monkul ve arkadaşları yapmıştır (Monkul vd., 2004).

3.4.5. Belirti Tarama Listesi (SCL90-R)

Leonard R. Denogatis ve arkadaşlarının Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterinden yararlanarak geliştirilmiştir. SCL-90, bireydeki psikolojik semptomların ne düzeyde olduğunu ve bunların hangi alanlarda olduğunu saptayan 90 maddelik bir ölçüm aracıdır (Kılıç, 1991). Ölçek Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Dağ tarafından yapılmıştır (Dağ, 1991).

3.4.6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II-Kısa Form (YİYE-II-K)

Ölçek iki boyuttan oluşmaktadır. Bunlar bağlanmaya ilişkin kaygı ve kaçınma olarak iki boyutludur. YİYE-II, her bir boyutun 1'den 7'ye kadar derecelendirilmiş likert tipi 18 maddede incelendiği, kaygılı bağlanma ve kaçınan bağlanma adı altında iki boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardan alınan her bir puan 18-126 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttığında, bağlanma kaygısının arttırdığını ya da kaçınmacı bağlanmanın arttığı söylenmektedir. Ölçeğin 2005 yılında Selçuk ve Günaydın tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Selçuk, 2005).

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada yer alan istatistiksel analizler IBM SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile yapılmıştır. Veri setinde aykırı değerler içeren sağlıklı kontrol grubundaki 16 katılımcıya ait veriler, araştırma dışı bırakılmıştır. Bunun sebebi bu verileri analize dahil ettiğimizde normal dağılım göstermemesidir. Regresyon analizi yapabilmek için verilerin normal dağılım sergilemesi gerektiğinden dolayı, aykırı değerler silinmiştir. 140 katılımcıya ulaşılmasına rağmen, aykırı değerlerin araştırma dışı bırakılması sebebiyle çalışmaya 124 katılımcının cevapları ile devam edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin normal dağılıma uygunluğu belirlemek amacıyla, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş ve veri setinin normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir. Veri setinin normal dağılım göstermesi dikkate alınarak, yapılan analizlerde parametrik test yöntemleri uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan 124 katılımcıların demografik özellikleri hakkında bilgi edinebilmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlilik analizleri yapılmış ve ölçeklerin güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hipotezlerin testi için üç farklı analiz türü kullanılmıştır;

1. Araştırma değişkenlerinin hasta ve kontrol grubuna göre farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem T-Testi kullanılmıştır.
2. Araştırma değişkenlerinin birbirleri ile ilişkisini test etmek amacıyla pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm katılımcılar, hasta grubu ve kontrol grubu ele alınarak korelasyon analizleri yapılmıştır.
3. Araştırma değişkenlerinin panik bozukluk şiddeti üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizinde olduğu gibi tüm katılımcılar, hasta grubu ve kontrol grubu ele alınarak regresyon analizleri yapılmıştır. Bağımlı değişken olan panik bozukluk şiddeti ile ilişkisi tespit edilen araştırma değişkenleri bağımsız değişkenler olarak regresyon analizine dâhil edilmiştir.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular, istatistiki anlamlılık $p < ,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Verilerin Normallik Dağılımının İncelenmesi

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini anlamamanın yollarından biri, çarpıklık ve basıklık değerlerine bakmaktır. Çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasında yer alması, verilerin normal bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (George ve Mallery, 2010). Çarpıklık ve basıklık değerleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Verilerin Dağılım Özellikleri

Ölçek ve Alt Boyutları	Çarpıklık	Basıklık
Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği	,464	-,928
Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	,926	,795
Yakın İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği	-,414	,219
Kaçınma Boyutu	-,757	,160
Kaygı Boyutu	,732	-,046
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	,536	,158
Duygusal Taciz Boyutu	1,173	1,311
Fiziksel Taciz Boyutu	1,265	1,197
Fiziksel İhmal Boyutu	,456	-,515
Duygusal İhmal Boyutu	-,038	-,355
Cinsel Taciz Boyutu	1,774	1,904
Aşırı Korunma-Kontrol Boyutu	1,658	1,536

Panik bozukluk şiddet ölçeğine ait çarpıklık değerinin ,464 ve basıklık değerinin-,928 olduğu tespit edilmiştir. Disosiyatif yaşantılar ölçeğine ait çarpıklık değerinin ,926 ve basıklık değerinin ,795 olduğu tespit edilmiştir. Yakın ilişkilerde yaşantılar ölçeğine ait çarpıklık değerinin-,414 ve basıklık değerinin ,219 olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travma ölçeğine ait çarpıklık değerinin ,536 ve basıklık değerinin ,158 olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlara ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri de Tablo 3’te görülmektedir. George ve Mallery (2010)’ nin açıkladığı sınırlar içerisinde (-2 ve +2) yer alan veri setinin, normal dağılıma sahip olduğu görülmüştür. Yapılan normallik dağılım sonucu ile, araştırma analizleri için parametrik testler uygulanmıştır.

4.2. Panik Bozukluk Hastalarında, Panik Bozukluk Şiddetinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

Panik bozukluk şiddeti düzeyinin, hasta ve kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız örneklem T-Testi yapılmış ve sonuçları Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Panik Bozukluk Hastalarında Panik Bozukluk Şiddetinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

Kategoriler	n	$\bar{X}$	S.S.	t	p
Hasta Grubu	62	11,58	5,08	11,879	,001*
Kontrol Grubu	62	2,09	3,71		

* $p < .05$

Panik bozukluk şiddeti düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=11,879$; $p < .05$). Hasta grubunun panik bozukluk şiddeti düzeyinin ($\bar{X}=11,58$), kontrol grubuna ($\bar{X}=2,09$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.3. Panik Bozukluk Hastalarında, Disosiyatif Yaşantı Düzeyinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

Disosiyatif yaşantılar düzeyinin, hasta ve kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız örneklem T-Testi yapılmış ve sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Panik Bozukluk Hastalarında Disosiyatif Yaşantı Düzeyinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

Kategoriler	n	$\bar{X}$	S.S.	t	p
Hasta Grubu	62	19,49	9,73	2,456	,015*
Kontrol Grubu	62	14,98	10,69		

* $p < .05$

Disosiyatif yaşantılar düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,456$; $p < .05$). Hasta grubunun disosiyatif yaşantılar düzeyinin ($\bar{X}=19,49$), kontrol grubuna ($\bar{X}=14,98$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.4. Panik Bozukluk Hastalarında, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Düzeyinin Hasta ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

Yakın ilişkilerde yaşantılar düzeyinin, hasta ve kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız örneklem T-Testi yapılmış ve sonuçları Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Panik Bozukluk Hastalarında Yakın İlişkilerde Yaşantılar Düzeyinin Hasta ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Kategoriler	n	$\bar{X}$	S.S.	t	p
Yakın İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği	Hasta Grubu	62	4,17	,65	2,593	,011*
	Kontrol Grubu	62	3,83	,79		
Kaçınma Boyutu	Hasta Grubu	62	4,80	,76	2,466	,015*

	Kontrol Grubu	62	4,36	1,11		
Kaygı Boyutu	Hasta Grubu	62	2,92	1,29	,547	,585
	Kontrol Grubu	62	2,78	1,54		

* $p < .05$

Yakın ilişkilerde yaşantılar düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,593$; $p < .05$). Hasta grubunun yakın ilişkilerde yaşantılar düzeyinin ($\bar{X}=4,17$), kontrol grubuna ($\bar{X}=3,83$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan kaçınma düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,466$; $p < .05$). Hasta grubunun kaçınma düzeyinin ($\bar{X}=4,80$, kontrol grubuna ($\bar{X}=4,36$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan kaygı düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($t=,547$; $p > .05$).

4.5. Panik Bozukluk Hastalarında, Çocukluk Çağı Travması Düzeyinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

Çocukluk çağı travma düzeyinin, hasta ve kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız örneklem T-Testi yapılmış ve sonuçları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Panik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması Düzeyinin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Kategoriler	n	$\bar{X}$	S.S.	t	P
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Hasta Grubu	62	59,37	14,22	3,924	,001*
	Kontrol Grubu	62	49,44	13,97		
Duygusal Taciz Boyutu	Hasta Grubu	62	8,92	2,95	3,484	,001*
	Kontrol Grubu	62	7,11	2,82		
Fiziksel Taciz Boyutu	Hasta Grubu	62	7,52	2,27	2,953	,004*
	Kontrol Grubu	62	6,34	2,17		
Fiziksel İhmal Boyutu	Hasta Grubu	62	10,56	3,49	3,319	,001*
	Kontrol Grubu	62	8,48	3,48		
Duygusal İhmal Boyutu	Hasta Grubu	62	13,92	4,19	2,800	,006*
	Kontrol Grubu	62	11,71	4,59		
Cinsel Taciz Boyutu	Hasta Grubu	62	6,08	1,65	2,286	,024*
	Kontrol Grubu	62	5,50	1,13		

Aşırı Korunma-Kontrol Boyutu	Hasta Grubu	62	12,37	4,06	2,870	,005*
	Kontrol Grubu	62	10,29	4,01		

* $p<.05$

Çocukluk çağı travma düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=3,924$; $p<.05$). Hasta grubunun çocukluk çağı travma düzeyinin ($\bar{x}=59,37$), kontrol grubuna ($\bar{x}=49,44$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan duygusal taciz düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=3,484$; $p<.05$). Hasta grubunun duygusal taciz düzeyinin ($\bar{x}=8,92$), kontrol grubuna ($\bar{x}=7,11$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan fiziksel taciz düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,953$; $p<.05$). Hasta grubunun fiziksel taciz düzeyinin ($\bar{x}=7,52$), kontrol grubuna ($\bar{x}=6,34$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan fiziksel ihmal düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=3,319$; $p<.05$). Hasta grubunun fiziksel ihmal düzeyinin ($\bar{x}=10,56$), kontrol grubuna ($\bar{x}=8,48$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan duygusal ihmal düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,800$; $p<.05$). Hasta grubunun duygusal ihmal düzeyinin ($\bar{x}=13,92$), kontrol grubuna ($\bar{x}=11,71$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan cinsel taciz düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,286$; $p<.05$). Hasta grubunun cinsel taciz düzeyinin ($\bar{x}=6,08$), kontrol grubuna ($\bar{x}=5,50$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan aşırı korunma-kontrol düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,870$; $p<.05$). Hasta grubunun aşırı korunma-kontrol düzeyinin ($\bar{x}=12,37$), kontrol grubuna ($\bar{x}=10,29$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.7. Panik Bozukluk Hastalarında, Çocukluk Çağı Travma Düzeyi Disosiyatif Yaşantılar Düzeyi ve Bağlanma Düzeylerinin Arasındaki İlişki

Panik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travma Düzeyi, Disosiyatif Yaşantılar Düzeyi ve Bağlanma Düzeyleri Arasındaki ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla korelasyon analizi yapılmış ve sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Panik bozukluk şiddeti ile disosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=,318$; $p<,05$). Disosiyatif yaşantılar düzeyi arttığında, panik bozukluk şiddeti de artış göstermektedir.

Panik bozukluk şiddeti ile kaygı boyutu ($r=,289$; $p<,05$) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kaygı düzeyi arttığında, panik bozukluk şiddeti de artış göstermektedir. Panik bozukluk şiddeti ile yakın ilişkilerde yaşantılar ($r=,183$; $p>,05$) ve kaçınma boyutu ($r=-,009$; $p>,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Panik bozukluk şiddeti ile çocukluk çağı travma düzeyi ($r=,335$; $p<,01$) ve duygusal ihmal ($r=,389$; $p<,01$) ve aşırı korunma-kontrol ($r=,267$; $p<,05$) boyutları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travması, duygusal ihmal ve aşırı koruma-kontrol düzeyleri arttığında, panik bozukluk şiddeti de artış göstermektedir. Panik bozukluk şiddeti ile duygusal taciz ($r=,241$; $p>,05$), fiziksel taciz ($r=,048$; $p>,05$), fiziksel ihmal ($r=,243$; $p>,05$) ve cinsel taciz ($r=,231$; $p>,05$) boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Disosiyatif yaşantılar ile yakın ilişkilerde yaşantılar ($r=,040$; $p>,05$), kaygı ($r=-,078$; $p>,05$) ve kaçınma ($r=,163$; $p>,05$) boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Disosiyatif yaşantılar ile çocukluk çağı travma düzeyi ($r=,263$; $p<,05$) ve fiziksel taciz ($r=,275$; $p<,05$) ve aşırı koruma-kontrol ($r=,284$; $p<,05$) boyutları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travması, fiziksel taciz ve aşırı koruma-kontrol düzeyleri arttığında, disosiyatif yaşantılar düzeyi de artış göstermektedir. Disosiyatif yaşantılar ile duygusal taciz ($r=,218$; $p>,05$), fiziksel ihmal ($r=,118$; $p>,05$), duygusal ihmal ($r=,171$; $p>,05$) ve cinsel taciz ($r=,113$; $p>,05$) boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Yakın ilişkide yaşantılar ile çocukluk çağı travma düzeyi ($r=-,192$; $p>,05$), duygusal taciz ($r=-,179$; $p>,05$), fiziksel taciz ($r=-,225$; $p>,05$), fiziksel ihmal ($r=-,114$; $p>,05$), duygusal ihmal ($r=-,217$; $p>,05$), cinsel taciz ($r=,034$; $p>,05$) ve aşırı korunma-kontrol ($r=-,109$; $p>,05$) boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 7. Panik Bozukluk Hastalarında, Çocukluk Çağı Travma Düzeyi, Disosiyatif Yaşantılar Düzeyi ve Bağlanma Düzeylerinin Arasındaki İlişki

Ölçekler ve Alt Boyutları	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
1.Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği	1											
2.Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	,318*	1										
3.Yakın İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği	,183	,040	1									
4.Kaçınma Boyutu	-,009	-,078	,759**	1								
5.Kaygı Boyutu	,289*	,163	,506**	-,177	1							
6.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	,335**	,263*	-,192	-,460**	,319*	1						
7.Duygusal Taciz Boyutu	,241	,218	-,179	-,367**	,215	,774**	1					
8.Fiziksel Taciz Boyutu	,048	,275*	-,225	-,349**	,122	,706**	,510**	1				
9.Fiziksel İhmal Boyutu	,243	,118	-,114	-,353**	,296*	,740**	,371**	,403**	1			
10.Duygusal İhmal Boyutu	,389**	,171	-,217	-,449**	,267*	,889**	,662**	,495**	,645**	1		
11.Cinsel Taciz Boyutu	,231	,113	,034	-,139	,236	,335**	,209	,181	,233	,138	1	
12.Aşırı Korunma-Kontrol Boyutu	,267*	,284*	-,109	-,327**	,267*	,855**	,610**	,611**	,474**	,712**	,169	1

* p<.05 ** p<.01

4.9. Disosiyatif Yaşantılar, Kaygı Boyutu (YİYE- II' nin alt boyutu), Duygusal İhmal ve Aşırı Korunma- Kontrol Boyutlarının (ÇÇT ölçeğinin alt boyutları), Panik Bozukluk Şiddeti Üzerindeki Etkisi

Korelasyon tablosunda PB şiddeti ile ilişkisi olan araştırma değişkenleri regresyon analizine dâhil edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin (Disosiyatif Yaşantılar, Kaygı Boyutu (YİYE- II' nin alt boyutu), Duygusal İhmal ve Aşırı Korunma- Kontrol Boyutlarının (ÇÇT ölçeğinin alt boyutları) panik bozukluk şiddeti üzerindeki etkisinin tespit edilebilmesi amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmış ve analiz sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Disosiyatif Yaşantılar, Kaygı Boyutu (YİYE- II' nin alt boyutu), Duygusal İhmal ve Aşırı Korunma- Kontrol Boyutlarının (ÇÇT ölçeğinin alt boyutları), Panik Bozukluk Şiddeti Üzerindeki Etkisi

Ölçekler ve Alt Boyutları	Model Özeti		Anova Analizi		Katsayılar	
	R	ΔR^2	F	Sig	B	Sig
Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği					,136	,035*
Kaygı Boyutu (YİYE- II alt boyutu)					,697	,146
Duygusal İhmal Boyutu (ÇÇT alt boyutu)	,501	,251	4,774	,002*	,475	,020*
Aşırı Korunma-Kontrol Boyutu (ÇÇT alt boyutu)					-,167	,432

(Bağımlı Değişken: Panik Bozukluk Şiddeti); * $p < .05$

Bağımsız değişkenlerin panik bozukluk şiddeti üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik kurulmuş olan regresyon modelinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($F=4,774$; $p < .05$). Bağımsız değişkenler, panik bozukluk şiddetinin %25'ini açıklamaktadır ($\text{Adj. } R^2 = .251$).

Disosiyatif yaşantılar ($B = .136$; $p < .01$) ve duygusal ihmal boyutunun ($B = .475$; $p < .01$), panik bozukluk şiddeti üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre; disosiyatif yaşantılar 1 birim yükseldiğinde, panik bozukluk şiddeti yaklaşık %14 artmaktadır. Duygusal ihmal düzeyi 1 birim yükseldiğinde, panik bozukluk şiddeti yaklaşık %48 artmaktadır.

Kaygı boyutu ($B = .97$, $p > .05$) ve aşırı korunma-kontrol boyutunun ($B = -.167$, $p > .05$) ise, panik bozukluk şiddeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur.

TARTIŞMA

Bu araştırma, panik bozukluk hastalarında, çocukluk çağı travmasının disosiyasyon ve bağlanma tipleri arasındaki ilişkinin sağlıklı kontrollerle incelenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın katılımcıları 18-65 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerden oluşmaktadır. 16 katılımcı daha önce psikiyatrik tanısı olması sebebiyle örnekleme dahil edilmemiştir. Bu bölümde çalışmanın amaçları ile bağlantılı çeşitli hipotezler ve alan yazındaki araştırmalar göz önünde bulundurularak tartışılmıştır. Ardından çalışmanın sınırlılıkları ve gelecekteki çalışmalara öneriler yer verilmiştir.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre: PB hastalarında; ÇÇT düzeyi, DY düzeyi ve YİY düzeyi ve onun alt boyutlarından biri olan kaçınma düzeyi, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir. Yakın ilişkilerde yaşantılar düzeyinin bir diğer alt boyutu olan kaygı düzeyinin ise hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. ÇÇT alt boyutlarında; duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı korunma kontrol düzeyi PB hastalarında, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir. Hasta grubunun PB ile korelasyonuna baktığımızda; PB şiddeti ile kaygı arasında ilişki vardır. Kaygı düzeyi arttığında PB şiddeti de artış göstermektedir. PB şiddeti ile YİY ve kaçınma boyutu arasında ilişki yoktur. PB şiddeti ile ÇÇT düzeyi, alt boyutlarda; duygusal ihmal, aşırı korunma kontrol boyutları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel anlamlı ilişki vardır. ÇÇT, duygusal ihmal ve aşırı korunma kontrol düzeyleri arttığında PB şiddeti de artış göstermektedir. PB şiddeti ile fiziksel ihmal ve duygusal, fiziksel, cinsel taciz boyutları arasında istatistiksel bir ilişki yoktur. Regresyon sonucundaki, bağımsız değişkenler (DY, duygusal ihmal, kaygı ve aşırı korunma kontrol boyutları) PB şiddetinin %25'ini açıklıyor. DY ve duygusal ihmal boyutunun, PB şiddeti üzerinde pozitif yönlü bir ilişkisi var. DY 1 birim yükseldiğinde, PB şiddeti yaklaşık %14 artmaktadır. Duygusal ihmal düzeyi 1 birim yükseldiğinde, PB şiddeti %48 artmaktadır. Kaygı boyutu ve aşırı korunma kontrol boyutunun ise PB şiddeti üzerinde etkisi saptanmamıştır.

Literatür incelendiğinde; Çocukluk çağına yaşanan travmaların ileriki dönemde ortaya çıkacak psikiyatrik rahatsızlıklara sebebiyet verdiği bilinmektedir.

Taner ve Gökler'e göre, çocukluk çağı travması fiziksel istismara uğramış bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, kaygı bozuklukları, disosiyatif bozukluklar ve madde kötüye kullanım gibi sonuçlar arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Taner ve Gökler, 2004). Çocukluk çağına ihmal ve istismar yaşantılarına sahip olmuş bireylerin, ileriki dönemde ruhsal sorunlar yaşama riski daha fazladır (Durmuşoğlu ve Doğru, 2006). Travmatik yaşantılarının sonucunda verilen ilk yanıt disosiyasyon veya aşırı uyarılma iken, travmanın duygusal sonuçları korku, anksiyete, öfke şeklindedir. Araştırmalar istismara maruz kalmış bireylerin, yüksek anksiyete, düşük özsaygı, disosiyatif yaşantılar, davranış sorunları, intihar girişimleri gibi sorunlarının olduğunu göstermiştir (Paolucci, Genuis, ve Violato, 2001). Yine geçmişte yapılmış bir araştırma sonucu, yetişkinlikte anksiyete bozuklukları, duygusal ihmal ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptamıştır (Farazmand, Mohammdkhani vd., 2015). PB'luğun tekrarlanmasında rol oynayan değişkenleri inceleyen bir araştırma sonucunda, ÇÇT'

sının, panik bozukluğun tekrarlanmasında bir öncü olduğu bulunmuştur (Liv, Sareen ve Bolton, 2015).

Bu çalışmada panik bozukluk hastalarında ÇÇT düzeyi, DY düzeyi ve bağlanma düzeylerinin arasındaki ilişkinin sonucunda; panik bozukluk şiddeti ile, yakın ilişkilerde yaşantılar ölçeği ve kaçınma boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, fakat kaygı boyutu ile panik bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aynı şekilde duygusal taciz boyutu, fiziksel taciz boyutu ve fiziksel ihmal boyutu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ÇÇT alt boyutundan olan bu değişkenlerin panik bozukluk ile anlamlı çıkmamasının sebebi travma sonrası stres bozukluğu ile alakalı olması olabilir.

Bonevski ve ark, (2008) yaptığı bir çalışmada 40 PB hastası ile 40 sağlıklı grubu karşılaştırmış ve kontrole göre PB tanısı almış kişilerde fiziksel ihmal ve cinsel kötüye kullanım ölçekleri arasında herhangi bir fark yokken, duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal ölçeklerinde PB lehine anlamlı bir fark bulmuşlardır. Bu sonuç bu araştırmadaki bulguyu destekler niteliktedir.

Yapılan bir çalışmada; çocukluk çağında yaşanan travmaların bireyin sonraki dönem yaşantılarını etkilediğini ve bu bireylerin yaşadıkları ihmal ve istismarın kalıcı etkilerinin olduğu, diğer bireylere oranla farklı ruhsal problemlerinin olduğu görülmüştür (Karal ve Atak, 2022). Literatürde, Bonevski ve arkadaşlarının bildirdiğine göre; bireyin yaşamındaki travmatik olaylar genellikle psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında bir faktör olarak belirtilmiştir (Bonevski ve Naumovska, 2018). Başka bir araştırmaya göre; yaşam boyu travmatik deneyime maruz kalmanın psikiyatrik hastalıkları arttırdığının (distimik bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu vb.), fakat çocukluk çağı travmasının diğer psikiyatrik bozukluklara nazaran, özellikle panik bozukluk ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Zlotnick, ve ark., 2008). Wright ve ark., (2009), ÇÇT' nda duygusal ihmal ve istismarın aslında fazla olduğunu ama bu konu üzerinde yeterince çalışma yapılmadığını belirtmiştir. Alanyazındaki bu bulgular, bu çalışmadaki bulgularını desteklemektedir.

Alan yazında 839 lise öğrencilerinin oluşan bir çalışmada disosiyatif bozukluk ve çeşitli değişkenleri incelemiştir. Herhangi bir travmatik deneyim bildiren bireylerin, bildirmeyenlere göre daha yüksek düzeyde disosiyatif semptomlar gösterdiği belirtilmiştir (Zoroğlu, Tüzün ve ark.,2001).

Chu ve Dill (1990), 98 kadın psikiyatrik hasta üzerinde yapılan bir çalışma sonucuna göre; çocuklukta istismar öyküsü bulunduğunu belirten bireylerin, bulunmadığını belirten bireylere oranla daha yüksek düzeyde disosiyatif semptomlar bildirdiğini belirtmiştir. Zoroğlu ve ark., (2000), 36 çocuk ve ergen üzerinde yaptıkları bir araştırmada, ihmal ve istismar ile disosiyasyonun arasında bir ilişki olduğunu ve en sık duygusal istismarın görüldüğünü aktarmıştır.

Ayrıca ülkemizde alkol bağımlılığı tanısı konmuş bireylerin ve alkol dışı madde bağımlılığı tanısı konan bireylerin örneklemi oluşturduğu bir çalışmada travma ve disosiyatif yaşantıların arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Cüneyt ve Kültegin, 2003). Ogawa ve arkadaşlarının bildirdiğine göre; travmanın şiddeti, süregenliği ve yaş bakımından erken dönem yaşının olması disosiyasyon düzeyinde de artış olduğu saptanmıştır (Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, ve Egeland 1997). Klinik

ve normal popülasyonda yapılan pek çok araştırmaya göre farklı travma çeşitlerine maruz kalmanın yüksek düzeyde disosiyasyona neden olduğu saptanmıştır (Kurt, 2019). Bu araştırmaya ilişkin olarak bu çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. ÇÇT düzeyi, fiziksel taciz ve aşırı korunma-kontrol düzeyleri arttığında disosiyatif yaşantı düzeyi de artmaktadır. Ayrıca, PB hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek DY düzeyi olduğu saptanmıştır.

Alan yazında bağlanmaya yönelik yapılmış pek çok çalışma mevcuttur. Geçmişe yönelik yapılmış bir çalışmada, bağlanma ilişkisinin kaygı bozukluklarının gelişiminde önemli bir rolü olduğu belirtilmiştir (Warren ve ark., 1997).

Psikopatoloji ve bağlanmaya ilişkin yapılan bir çalışmaya göre; kaygı ve kaçınmanın, ileriye dönük oluşabilecek psikopatolojilerde bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada; obsesif- kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve depresyon tanısı almış grubun herhangi bir psikopatolojisi olmayan gruba göre, yüksek seviyede bağlanma kaygısı bildirdikleri saptanmıştır (Sümer ve ark., 2009).

Bu sonuçlar alan yazındaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Cooper ve arkadaşları ile Shoney ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaların sonucunda panik bozukluk ve güvensiz bağlanma arasında belirgin düzeyde bir ilişki olduğu saptanılmasına rağmen, temel bağlanma boyutları arasındaki ilişkinin tutarlı bir bulgusunun bulunmadığı belirtilmiştir (Cooper ve Shaver, 1998; Shorey ve Snyder, 2006). Geçmiş çalışmalarda bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmacılar, güvensiz bağlanmanın bir neden olduğunu ve stresli yaşam olaylarının bağlanma stilleri ile psikopatolojiyi etkileyebileceğini buldular. Bireyin kaçınan ve kaygılı bağlanmaya sahip olması, yaşadığı olayları daha tehdit dolu algılamasına sebep olur ve bu bireyin psikopatolojiye yatkın hale gelmesine neden olmaktadır (Piegale, Gerlsma ve Schaap, 2000). Pek çok araştırmacının ortak sonucuna göre güvensiz bağlanmaya sahip bireylerin psikopatolojiye daha yatkın oldukları saptanmıştır (Shorey ve Snyder, 2006; Mikulincer ve Shaver, 2007). Bu çalışma sonucunda da yakın ilişkilerde yaşantılar ve alt boyutu olan kaçınma düzeyinin hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular bu araştırmayı desteklemektedir.

Yapılan bazı çalışmalar tam tersi bulgulara da ulaşmıştır. Manicavasagar ve ark., (2009) çalışmasında kaygılı bağlanmanın PB' dan çok ayrılık anksiyesiyle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Başka bir çalışmada, saplantılı ve korkulu bağlanmanın PB ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Selbes, 2018). Bifulco ve ark., (2006) çalışmasında ise PB ile bağlanma arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Bu bulgular bu araştırma sonuçlarına ters düşmektedir. Bu farklılığın, PB tanılı hasta grubundan verilerin alınması ve bireylerin hastalığından kaynaklı bir sebeple (örneğin, panik atak geçireceğim korkusu, duygudurumu) içe çekinme yaşaması ve ortamlardan kaçınmaya çalışması sonucu kaçınan bağlanma seviyesi daha yüksek çıkmış olabilir. Marazziti ve ark., (2007) YİYE' ni kullanarak yaptıkları bir araştırma sonucu, PB hastalarının kaygılı bağlanma puanlarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucu, bu araştırmanın sonucuyla uyuşmamaktadır. Bu farklılığın kültürel farklılıklardan kaynaklı bir sebep olabileceği düşünülebilmektedir. Bu araştırma sonucunda, kaygı düzeyinin PB tanılı grup ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Bu çalışmanın sınırlılıklarına gelecek olursak; öncelikli olarak toplanan örneklemelerin sadece bir kurum ile sınırlı kalması her ne kadar analizler için yeterli olsa da genellenebilirliği kısıtlamaktadır. Ayrıca katılımcıların yakın ilişkilerde yaşıntılar envanteri kısa formuna (YIYE-II-K) vermiş olduğu yanıtlar bireyin o anki psikolojik ruh hali, duygu durumu ve verdiği cevapların kendi inisiyatifiyle alakalı olmasından dolayı yanlış hatırlama, yanlış cevap verme gibi durumlar söz konusu olabilir. Bu durum ÇÇT ölçeğinde de geçerli olabilir. Bireyler yanlış cevap verme, yanlış hatırlama gibi durumlar yaşayabilir. PB tanılı hasta grubuna anketler verilirken kurum bünyesinde hastadan bilgilendirilmiş onamla bireyin tamamen rızası olarak anketler uygulanmış olsa dahi, birey kendisini psikolojik olarak stresli ve kaygılı hissetmiş olabilir. Bu nedenle verdiği cevapları etkileyebilir. Aynı şekilde ölçeklerde DY düzeyini ölçmek için DES ölçeği kullanıldı, disosiyasyon tanısını ölçmeye yönelik bir ölçek olmadığı için sonuçlarda kısıtlılık yaratabilmektedir.

Önerilere gelecek olursak; gelecekteki çalışmalarda, hem disosiyasyon tanılı hasta örneklemini de dahil edilerek araştırmanın güçlenmesi sağlanabilir. Örneklemin daha geniş bir havuzdan toplanması çalışmanın genellenebilirliği açısından oldukça etkili olabilir. Ölçeklerin oldukça uzun olması da bireyin sıkılmasına neden olabilir ve cevapları etkileyebilir.

PB, anksiyete alt grubundaki bir hastalık olduğu için genellikle yapılan çalışmalar direkt panik bozukluğa yönelik değil anksiyete bozukluklarını genelleyici çalışmalardır. Bu sebeple ileriki çalışmalarda sadece PB özelinde çeşitli değişkenler incelenerek daha spesifik bulgular elde edilebilir. Aynı şekilde DY düzeyini ölçmek değilde disosiyasyon tanısı almış bireyler üzerinde bu şekilde bir çalışma tekrarlanabilir. Bu sonuçların daha etkili olmasına olanak sağlayabilir. Bahsedilen sınırlılıkların ve tavsiyelerin gelecekteki çalışmalarda dikkate alınması tavsiye edilmektedir.

Değinilen sınırlılıklara rağmen bu çalışma; toplumda oldukça sık görülen panik bozukluğun sebeplerine ve yordayıcı etkenlerin neler olduğuna yönelik önem taşımaktadır. Elde edilen bu verilerin bağlanma stillerinin, disosiyasyonun ve çocukluk çağı travmasının panik bozuklukla ilişkisinin ne derece önem arz ettiği konusunda bir fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

1- PB Hastası Grubun PB Şiddeti, DY Düzeyi, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Düzeyi ve ÇÇT Düzeyi' nin Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması

Panik bozukluk şiddeti düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=11,879$; $p<.05$). Hasta grubunun panik bozukluk şiddeti düzeyinin ($\bar{x}=11,58$), kontrol grubuna ($\bar{x}=2,09$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Disosiyatif yaşantılar düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,456$; $p<.05$). Hasta grubunun disosiyatif yaşantılar düzeyinin ($x=19,49$), kontrol grubuna ($x=14,98$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yakın ilişkilerde yaşantılar düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,593$; $p<.05$). Hasta grubunun yakın ilişkilerde yaşantılar düzeyinin ($x=4,17$), kontrol grubuna ($x=3,83$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan kaçınma düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,466$; $p<.05$). Hasta grubunun kaçınma düzeyinin ($x=4,80$), kontrol grubuna ($x=4,36$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan kaygı düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($t=.547$; $p>.05$).

Çocukluk çağı travma düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=3,924$; $p<.05$). Hasta grubunun çocukluk çağı travma düzeyinin ($x=59,37$), kontrol grubuna ($x=49,44$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan duygusal taciz düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=3,484$; $p<.05$). Hasta grubunun duygusal taciz düzeyinin ($x=8,92$), kontrol grubuna ($x=7,11$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan fiziksel taciz düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,953$; $p<.05$). Hasta grubunun fiziksel taciz düzeyinin ($x=7,52$), kontrol grubuna ($x=6,34$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan fiziksel ihmal düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=3,319$; $p<.05$). Hasta grubunun fiziksel ihmal düzeyinin ($x=10,56$), kontrol grubuna ($x=8,48$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan duygusal ihmal düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,800$; $p<.05$). Hasta grubunun duygusal ihmal düzeyinin ($x=13,92$), kontrol grubuna ($x=11,71$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan cinsel taciz düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,286$; $p<.05$). Hasta grubunun

cinsel taciz düzeyinin ($x=6,08$), kontrol grubuna ($x=5,50$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Alt boyutlardan aşırı korunma-kontrol düzeyi, hasta ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,870$; $p<.05$). Hasta grubunun aşırı korunma-kontrol düzeyinin ($x=12,37$), kontrol grubuna ($x=10,29$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

2- Panik Bozukluk Hastalarında, Çocukluk Çağı Travma Düzeyi Disosiyatif Yaşantılar Düzeyi ve Bağlanma Düzeylerinin Arasındaki İlişki

PB şiddeti ile disosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. DY düzeyi arttığında, panik bozukluk şiddeti de artış göstermektedir.

PB şiddeti ile kaygı boyutu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kaygı düzeyi arttığında, PB şiddeti de artış göstermektedir. PB şiddeti ile yakın ilişkilerde yaşantılar ve kaçınma boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

PB şiddeti ile ÇÇT düzeyi ve alt boyutlarından duygusal ihmal ve aşırı korunma-kontrol boyutları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ÇÇT, duygusal ihmal ve aşırı koruma-kontrol düzeyleri arttığında, PB şiddeti de artış göstermektedir. PB şiddeti ile duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal ve cinsel taciz boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

DY ile yakın ilişkilerde yaşantılar, kaygı ve kaçınma boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

DY ile ÇÇT düzeyi, alt boyutlarından fiziksel taciz ve aşırı koruma-kontrol boyutları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ÇÇT, fiziksel taciz ve aşırı koruma-kontrol düzeyleri arttığında, DY düzeyi de artış göstermektedir. DY ile duygusal taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel taciz boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Yakın İlişkide yaşantılar ile ÇÇT düzeyi, alt boyutlarından duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı korunma-kontrol boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

3- Disosiyatif Yaşantılar, Kaygı Boyutu (YİYE- II' nin alt boyutu), Duygusal İhmal ve Aşırı Korunma- Kontrol Boyutlarının (ÇÇT ölçeğinin alt boyutları), Panik Bozukluk Şiddeti Üzerindeki Etkisi

Bağımsız değişkenlerin PB şiddeti üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik kurulmuş olan regresyon modelinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişkenler, PB şiddetinin %25'ini açıklamaktadır.

DY ve duygusal ihmal boyutunun, panik bozukluk şiddeti üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre; DY1 birim arttırıldığında, PB şiddeti yaklaşık % 14 artmaktadır. Duygusal ihmal düzeyi 1 birim arttırıldığında, PB şiddeti yaklaşık % 48 artmaktadır.

Kaygı boyutu ve aşırı korunma-kontrol boyutunun ise, PB şiddeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur.

KAYNAKÇA

Makaleler

- Addams, R.E., Boscarino, J.A. (2011). Perievent Panic Attack and Depression After The World Trade Center Disaster: A Structural Equation Model Analysis. *Int J Emerg Ment Health*, 13(2): 69-79.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağında Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 95-119.
- Alpaslan, A.H. (2014). Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(2): 194-201.
- Altıntaş, E., Uğuz, Ş. ve Levent, B. A. (2015). Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması. *Cukurova Medical Journal* 40 (2):288-297.
- Arısoy, Ö. (2004). Psikiyatrik Genetik. *Düşünen Adam Dergisi*, 17(2):109-125
- Arslan Delice, M., Tabo, A. Alataş, G. ve Atagün, M. İ. (2015). Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Eksen I ve Eksen II Eştanısı Açısından Cinsiyet Farklılıkları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 28 (1), 58-65. doi:10.5350/DAJPN2015280106
- Ateşçi, Ç.F., Karadağ, F., ve ark. (2003). Panik Bozukluğunda Özkıyım Düşünceleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2): 81-86.
- Bandelow, B., Hajak G., ve ark. (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. I. methodological problems. *Int Clin Psychopharmacol*, 10(2): 83-93 doi:10.1097/00004850-199506000-00004
- Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four- Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2): 226-244 doi:10.1037//0022-3514.61.2.226.
- Beyazıt, U. (2015). Çocuk İstismarı Konusunda Türkiye’ de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*
- Bifulco, A. ve ark. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood, neglect /abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(10): 796-805.
- Bonevski, D., ve Naumovska, A. (2018). Trauma and anxiety disorders throughout lifespan. fear and anxiety from normality to disorder. *Psychiatria Danubina*, 30(6): 384-389.

- Bouton, M.E., Mineka, S. ve Barlow, D.H. (2001). A Modern Learning Theory Perspective on the Etiology of Panic Disorder: Psychological Review, American Psychological Association, 108(1): 4-32.
- Bowly, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. International Journal of Psycho- Analysis, 39: 350-373. London
- Boysan, M., Duyan, V. (2010). Gelişimsel Psikopatolojinin Bakış Açısıyla Disosiyasyon. Kriz Dergisi 18(1): 17-32. Doi:10.1501/Kriz_0000000308
- Butler, L.D.(2006). Normative Dissociation. Psychiatr Clin N Am, 29(1): 45-62. Doi:10.1016/j.psj.2005.10.004
- Chu, J.A. ve Dill, D.L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. The American Journal of Psychiatry, 147(7): 887-892.
- Clemens, V., Lang, M.H., ve ark. (2018). Association of child maltreatment subtypes and long- term physical health in German representative sample. European Journal of Psychotraumatology, 9(1): 1510278 doi:10.1080/20008198.2018.1510278
- Cooper, M.L., Shaver, P.R. ve ark. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. Journal of Personality and Social Psychology, 74(5): 1380-1397. Doi: 10.1037/002-3514.74.5.1380
- Çelik, F.G.H., Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. Sakarya Tıp Dergisi, 8(4): 695-711. doi:10.31832/smj.454535
- Çelik, H., Ekşi, H., Gülsu, N. (2017). Orta Çocukluk Döneminde Güvenli Bağlanma ile Mükemmeliyetçiliğin Çeşitli Değişkenler Bağlamında İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 7(47): 53-68.
- Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) 'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2(1).
- Dinleyici, M., Dağlı, F.Ş. 2016). Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü (Derleme). Osmangazi Tıp Dergisi. Doi: 10.20515/otd.20235
- Durmuşoğlu, N., ve Doğru, S. (2006). Çocukluk Örseleyici Yaşantılarının Ergenlikteki Yakın İlişkilerde Bireye Etkisinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15; 237-247.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A. ve ark. (2001). Attachment in Individuals With Social Anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety and Depression. American Psychological Association, 1(4): 365- 380. Doi: 10.1037//1528-3542.1.4.365

- Erözkan, A. (2005). Lise Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri ve Yalnızlık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(2): 155-175.
- Erzen, Ç. ve Çikrikçi, Ö. (2022). Bağlanma Stilleri ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide akademik motivasyonu. 8(2): 671-690 doi:10.31592/queusbed.1113578
- Evren, C. ve Ögel, K. (2003). Alkol/ Madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/ madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(1): 30-37.
- Farazmand, S. ve ark. (2015). Mediating Role of Maladaptive Schemas Between Childhood Emotional Maltreatment and Psychological Distress Among College Students. *Practice in Clinical Psychology*, 3(3).
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse and Neglect*, 26(6): 697- 714. Doi: 10.1016/S0147-2134(02)00342-3
- Gorman, J.M., Kent, J.M. ve ark. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry*, 157(4): 493-505. Doi:10.1176/foc.2.3.426
- Hazan, S., Shaver, P.R. (1998). BAĞLANMA (Yakın İlişkilerle İlgili Araştırmalar İçin Bir Çerçeve) . *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 31(1), doi:10.1501/Egifak_0000000242
- Helvacı Çelik, F. G. ve Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711 doi:10.31832/smj.454535
- Hilyard, K.L., Wolfe, D.A. (2002). Child Neglect: Developmental Issues and Outcomes. *Child Abuse Negl*, 26 (6-7):679-695. Doi:10.1016/S0145-2134(02)00341-1
- Jonge, P., Roest, A.M. ve ark. (2016). Cross- national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*, 33(12): 1155-1177. doi: 10.1002/da.22572.
- Kara, B., Biçer, Ü., ve Gökalp, A.S. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2): 140-151.
- Karal, E. ve Atak, H. (2022). Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Üzerine Kavramsal Bir Çalışma. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1): 82-103.
- Kart, A., Türkçapar, M.H. (2013). Agorafobik Bilişler Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2(3), 167-172.

- Kesebir, S., Kavzoğlu, S.Ö., Üstündağ, M.F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 3(2): 321-342.
- Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)' nin Geçerlilik ve Güvenirliği. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1(2).
- Kılıç, T. ve Kümbetlioğlu, M. (2016). Bağlanma Stillerinin İletişim Becerilerine Etkisini Araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(3): 381-396.
- Kışlak, Ş.T. ve Çavuşoğlu, Ş. (2006). Evlilik Uyumu, Bağlanma Biçimleri, Yüklemeler ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkiler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 9(9): 61-68.
- Kolk, B.A., Fisler, R. (1995). Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study. *Journal of Traumatic Stress*.
- Liu, Y., Sareen, J. ve Bolton, J. (2015). Development and Validation of a risk-prediction algorithm for the recurrence of panic disorder, *Depress Anxiety*, 32(5): 341-348. Doi: 10.1002/da.22359
- Lynch, M.A., Saradidze, L., Zolotor, A. (2008). National Study on Violence Against Children in Georgia.
- Malhotra, N., Gupta, N. (2018). Dissociative disorders: Reinvention or reconceptualization of the concept?. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 34(5): 44-45 doi: 10.4103/ijsp.ijsp_40_18
- Manicavasagar, V., Silove, D., ve ark. (2009). Adult Attachment Styles in Panic Disorder with and Without Comorbid Adult Separation Anxiety Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2). Doi: 10.1080/00048670802607139
- Marazziti, D. ve ark. (2007). Romantic Attachment in Patients with Mood and Anxiety Disorder. 12(10): 751-756 doi: 10.1017/s1092852900015431
- Mikulincer, M. ve Shaver P. (2007). Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change. New York: Guilford Press.
- Moitra, E., Dyck, I. ve ark. (2011). Impact of Stressful Life Events on the Course of Panic Disorder in Adults. *J Affect Disord*, 134(1-3): 373-376. 10.1016/j.jad.2011.05.029
- Molnar, B., Buka, S.L., ve ark. (2001). Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology Result From the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5): 753-760.

- Monkul, E.S. ve ark. (2004). Panic Disorder Severity Scale: reliability and validity of the Turkish version. *Depress Anxiety*, 20(1): 8-16. Doi: 10.1002/da.20011.
- Myhr, G., Sookman, D. ve Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive- compulsive disorder: a comparison with depressed out- patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand* 109(6): 447-56 doi:10.1111/j.1600_0047.2004.00271.x
- Newman, M.G., Shin, K.E., ve Zellig, A.R. (2016). Development Risk Factor in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Journal of Affective Disorder*, 206: 94-102. Doi: 10.1016/j.jad.2016.07.008
- Nimkin, K., Kleinman, P.K. (2001). Imaging of child abuse. *Radiol Clin North Am*, 39(4): 843-864. doi: 10.1016/s0033-8389(05)70314-6.
- Ogawa, J.R. ve ark. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol*, 9(4): 855-879. Doi: 10.1017/S0954579497001478
- Öngider, N., Kavak, V. (2014). Agorafobisi Olmayan Panik Bozukluk Hastalarında Eşlik Eden Sosyal Fobik Semptomların ve Sosyodemografik Değişkenlerin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 17: 63-72
- Örsel, S., Karadağ, H., K. Kahiloğulları, A. ve A. Aktaş, E. (2011). Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı ve Psikopatolojisi ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 12(2): 130-136
- Özden, M.Ş. (2018). Travma ve Disosiyatif Bozukluklar: Genel bir Bakış. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3): 71-76.
- Öztürk, E. ve Şar, V. (2006). The “ Apparently Normal” Family: A Contemporary Agent of Transgenerational Trauma and Dissociation. *Journal of Trauma Practice*, 4(3): 287-303. Doi:10.1300/J189v04n03_06
- Öztürk, E. ve Şar, V. (2008). Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62: 662-668 doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01865.x
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L., Vialota, C. (2001). A Meta- Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1): 17-36. doi.org/10.1080/00223980109603677
- Piagle, S.B., Gerlsma, C. ve Schaap, C. (2000). Insecure attachment as a risk factor for psychopathology: the role of stressful events. *Journal Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7: 296-302.
- Pompoli, A., Furukawa, T. A. ve ark. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis.

Cochrane Database of Systematic Reviews, 13; 4(4)
doi:10.1002//4651858.CDO11004.pub2

Prasko, J., Raszka, M., Divecky, T. ve ark. (2010). Panic disorder and dissociation-comparison with healthy controls. Biomedical papers of the medical faculty of the university palacky, olomouc, czechoslovakia, 154(2): 179- 83. Doi:10.5507/bp.2010.028

Pressel, D.M. (2000). Evaluation of Physical Abuse in Children. Am Fam Physcian, 15;61(10): 3057- 3064.

Selbes, A., Berkol, T.D., Sevilay, K. ve ark. (2018). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Panik Bozukluğu Hastalarında Erişkin Ayrılma Anksiyetesi ve Bağlanma Biçimleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 29(3): 171-9

Selçuk, E., Günaydın, G. ve ark. (2005). Yetişkin Bağlanma Boyutları İçin Yeni Bir Ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II' nin Türk Örnekleminde Psikometrik Açidan Değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Yazıları, 8(16): 1-11.

Shear, M.K., Cooper A.M. ve ark. (1993). A Psychodynamic Model of Panic Disorder. Am J Psychiatry, 150(6): 859-66. Doi: 10.1176/ajp.150.6.859.

Shorey, H. ve Synder, C.R. (2006). The Role of Adult Attachment Styles in Psychopathology and Psychotherapy Outcomes. Review of General Psychology, 10(1): 1-20 doi: 10.1037/1089-2680.10.1.1

Shorey, H., Synder, C.R. ve ark. (2006). The Role of Adults Attachment Styles in Psychopathology and Psychotherapy Outcomes. Review of General Psychology, 10(1): 1-20 doi: 10.1037/1089-2680.10.1.1

Sümer, N., Ünal, S., Kaya, B. ve ark. (2009). Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif- Kompulsif Bozuklukla İlişkisi. Türk Psikoloji Dergisi, 24(63): 38-45.

Şar, V., Öztürk, E., ve İkikardeş, E. (2012). Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 1054- 1063.

Tamam, L. (2009). Panik Bozukluk. Actual Medicine

Taner, Y., ve Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali. Psikiyatrik Yönleri. Acta Medica, 82-86.

Tekin, M. ve Tekin, A. (2014). Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(4): 330-339. Doi:10.5455/cap.20140210075959

- Terzi, Ş. ve Cihangir, Z. (2009). Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Olmayı ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(31): 1-11.
- Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 5(3): 5-13
- Tükel, R., Alkın, R. (2006). Anksiyete Bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara.
- Tüzün, O., ve Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörobiyolojik Bilimler Dergisi*, 19(1): 24-39.
- Ünsal, A. (1998). Çocuk İstismar ve İhmalinde Önemli Bir Etmen Olarak Aile. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 14(3): 301-315.
- Van der Kolk, B. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolesc Psychiatric Clin North America*, 12(2): 293- 314.
- Vonderlin, R., Klesindienst, N., Alpers, G.W. ve ark. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta- analytic review. *Psychological Medicine*, 48(15), 2467- 2476
- Warren, S.L. ve ark. (1997). Chil and Adolescent Anxiety Disorder and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5).
- Whiffen, V., MacınTosh, H.B. (2005). Mediators of the Link Between Childhood Sexual Abuse and Emotional Distress. 24-39
- Williams, A. (2003). Adolescents' relationships with parents. *Journal of Language and Social Psychology*, s. 58-65.
- Wright, M.O., Crawford E., ve Castillo, D.D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl*, 33(1): 59-68. Doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Yargıç, İ., Tutkun, H. ve Şar, V. (1995). The reliability and validity of the Turkish version of the dissociative experiences scale. *Trauma and Dissociation Worldwide*, 8:10-13
- Zlotnick, C. ve ark. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses. *Compr Psychiatry*, 49(2): 163- 169. Doi:10.1016/j.comppsy.2007.08.007
- Zoroğlu, S.S., Tüzün, Ü., ve ark. (2001). Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2) 69-78.

Zoroğlu, S.S., ve ark. (2000). Çocuk ve Ergenlerde dissosiyatif bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4): 197-206.

Kitaplar

Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (5. Baskı, s. 117-121) içinde (E. Köroğlu, Çev). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Arslan, E., Teze, S. (2016). Bağlanma kuramı, Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar, s.71-90. Çizgi Kitabevi.

Aydın, H. ve Bozkurt, A. (Ed). (2005). Kaplan ve Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry (2. Baskı). Güneş Kitabevi

George, D., ve Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update, 10th edition, Pearson, Boston.

İslamoğlu, H., ve Alınçık, Ü. (2016). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri.

Mikulincer, M. ve Shaver P. (2007). Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change. New York: Guilford Press.

Öztürk, E. (2017). Travma ve Disosiyasyon: Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri. Nobel Tıp Kitabevleri.

Runyan, D.K., Hassan, F., ve ark. (2002). Child Abuse and neglect by parents and other caregivers. *World Report On Violence and Health*. 59-86

Şar, V. (1998). Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1. Baskı. s. 823-834.

Tükel, R., Alkın, R. (2006). Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.

Tezler

Erek, Ş. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Bipolar Bozukluk Komorbiditesi ve Afektif Temperament Özellikleri Karşılaştırılması (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

- Ilıcak, A. (2020). Hastalık Kaygısı Bozukluğu ile Panik Bozukluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Kaldırımcı, A. T. (2014). Panik bozukluk ve ağrı bozukluğu olgularında bağlanma stilleri, ayrılma anksiyetesi, savunma biçimleri, mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması. (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi.
- Karan, A. (2021). Çocukluk Çağı Travmalarının Disosiyatif Yaşantılar ile İlişkisi: Zaman Perspektifi ve Duyu Düzenlemenin Aracı Rolü (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Işık Üniversitesi.
- Köseoğlu, F. (2013). Majör Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarında Üstbiliş İşlevlerinin Değerlendirilmesi (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi) Fırat Üniversitesi
- Kurt, M. (2019). Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Disosiyasyon, Bağlanma ve Aleksitimi İlişkisi (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
- Öztürk, E. Y. (2020). Panik Bozukluk ve Sağlıklı Kontrollerde Kabul ve Kararlılık Modelinin (ACT) İncelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi
- Şahin, S. (2011). Panik Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travması ve Aile İlişkilerinin Hastaların yaşam kalitesi ve Hastalığın Fenomenolojisi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı. İstanbul
- Vissia, E.M. (2016). Pieces of the Puzzle: Empirical Studies on the Diagnosis Dissociative Identity Disorder. (Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen.

Web Siteleri

- Dünya Sağlık Örgütü (2006). Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu konuda Harekete Geçirilmesine ve Kanıt Toplanmasına Yönelik Bir Kılavuz <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>
- Türkiye İstatistik Kurumu (2021). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri. www.data.tuik.gov.tr adresinden 10 Aralık 2022 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Psikiyatri Derneği Panik Bozukluğu. Halka yönelik bilgilendirme klavuzu https://www.psikiyatri.org.tr/halka.yonelik/27/panik_bozuklugu adresinden 14 aralık 2022 tarihinde alınmıştır.

EKLER**EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Sayın Katılımcı; Bu araştırma, Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji programı öğrencisi Hatice Betül İltemir tarafından Dr. Cumhur Avcil danışmanlığında yürütülmektedir. Bu çalışmadaki amaç; Panik Bozukluğu tanısı almış hastalarda çocukluk çağı travmaları, disosiyasyon ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırmak suretiyle incelenmesi hedeflenmektedir. Araştırmaya katılımınız için 18- 65 yaş aralığında olmanız ve Panik Bozukluk tanısı almış olmanız gerekmektedir. Araştırmaya katılımınızı onayladığınız takdirde, sizden beklenen çalışmada yer alan ölçek sorularını yanıtlamanızdır. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmada sizden kimlik gibi hiçbir belirleyici bilgi istenmemekle birlikte, cevaplarınız tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Çalışma esasında herhangi bir nedenden ötürü rahatsızlık hissederseniz, nedenini açıklamaksızın istediğiniz aşamada katılımı sonlandırabilirsiniz. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak ve yanıtlanmasını istediğiniz sorularınız içinadresinden iletişime geçebilirsiniz. İçten katılımınız ve bilime verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

☐ Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaş: _____
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Eğitim Durumu: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Önlisans () Lisans
() Lisansüstü () Doktora
4. Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır
5. Meslek: _____
6. Medeni Durum: () Evli () Bekar () Boşanmış
7. Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?: () Evet () Hayır
8. Var ise belirtiniz: _____

EK-3: BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)

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

Hiç: 0

Çok az: 1

Orta derecede: 2

Oldukça fazla: 3

İleri derecede: 4

1. ___ Baş ağrısı
2. ___ Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ___ Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ___ Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ___ Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ___ Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ___ Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ___ Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ___ Olayları anımsamada güçlük
10. ___ Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ___ Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ___ Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ___ Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ___ Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali

15. ___ Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ___ Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ___ Titreme
18. ___ Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ___ İştah azalması
20. ___ Kolayca ağlama
21. ___ Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ___ Tuzığa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ___ Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ___ Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ___ Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ___ Olanlar için kendisini suçlama
27. ___ Belin alt kısmında ağrılar
28. ___ İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ___ Yalnızlık hissi
30. ___ Karamsarlık hissi
31. ___ Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ___ Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ___ Korku hissi
34. ___ Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ___ Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ___ Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ___ Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ___ İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. ___ Kalbin çok hızlı çarpması
40. ___ Bulantı ve midede rahatsızlık hissi

41. ___ Kendini başkalarından aşağı görme
42. ___ Adale (kas) ağrıları
43. ___ Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ___ Uykuya dalmada güçlük
45. ___ Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ___ Karar vermede güçlük
47. ___ Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ___ Nefes almada güçlük
49. ___ Soğuk veya sıcak basması
50. ___ Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. ___ Hiçbir şey düşünmeme hali
52. ___ Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ___ Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ___ Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ___ Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ___ Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ___ Gerginlik veya coşku hissi
58. ___ Kol ve bacaklarda ağırlık hissi. Aşırı yemek yeme
59. ___ Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ___ Aşırı yemek yeme
61. ___ İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ___ Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ___ Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ___ Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ___ Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ___ Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama

67. ___ Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ___ Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ___ Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
70. ___ Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ___ Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ___ Dehşet ve panik nöbetleri
73. ___ Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ___ Sık sık tartışmaya girme
75. ___ Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ___ Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ___ Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ___ Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ___ Değersizlik duygusu
80. ___ Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ___ Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ___ Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ___ Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ___ Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ___ Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ___ Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ___ Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ___ Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ___ Suçluluk duygusu
90. ___ Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

EK- 4: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-33)

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1)Yeterli yemeğim olurdu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7) Sevildiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11) Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar

oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

12)Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14) Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

16) Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğı oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

18)Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

19)Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

25) Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

29) Ailemdekiler yaşlılarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

30) Ailemdekiler her şeye karıştırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

32) Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

33) Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

EK-5: PANİK BOZUKLUĞU ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ (PBŞÖ)

İsim Soyadı _____

Değerlendirici _____

Tarih _____

Amaç, agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğundaki DSM-IV belirtilerinin şiddetini ölçmektir. Panik atağı sıklığı ve şiddetinin sabit bir biçimde ölçülmesini sağlamak amacıyla puanlamalar son bir ay için yapılır. Kullanıcılar farklı bir zaman dilimi seçerlerse zaman dilimi tüm başlıklar için tutarlı olmalıdır.

Her soru 0-4 olarak puanlanır, öyle ki, 0=hiç ya da mevcut değil, 1=ılımlı, nadir belirtiler, hafif bozulma; 2=orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hala idare edilebilir; 3=şiddetli, aşırı uğraş halindeki belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksaması ve 4=aşırı, yaygın neredeyse değişmez belirtiler, yetiyitimi yaratıcı.

Görüşmeci hastanın tam ya da sınırlı belirtili panik atağı/ları geçirip geçirmediğini bilmiyorsa önce bunu sormalıdır. Panik yoksa 2. ve 3. sorular 0 olarak puanlanmalı, görüşme 4. sorudan başlatılmalıdır. 4. ve 5. sorular da 0 olarak puanlandıysa 7. ve 8. sorular sorulmadan 0 olarak puanlanır.

1. Panik atağı sıklığı, sınırlı belirtili panik ataklar dahil

0=Hiç panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı (SBP) yok

1=Hafif, ortalama tam panik atağı sayısı haftada birden az ve bir SBP/gün'den daha fazla değil. 2=Orta, haftada bir veya iki tam panik atağı ve/veya çoğul SBP'ler/gün.

3=Şiddetli, haftada ikiden çok tam panik atakları ama ortalama günde birden çok değil.

4=Aşırı, günde birden fazla tam panik atağı geçirme, geçirilen günlerin sayısının geçirilmeyenlerden fazla olması.

2. Panik atakları sırasındaki zorlanma, sınırlı belirtili panik ataklar dahil

0=Panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı yok ya da ataklar sırasında hiç zorlanma yok.

1=İlmlı zorlanma, ama hiç ya da az bir aksama ile etkinliği sürdürebilmektedir.

2=Orta zorlanma, ama hala idare edilebilir, etkinliğini sürdürebilmekte ve/veya konsantrasyonunu idame ettirmekte, ama bunları güçlüklerle yapabilmektedir.

3=Şiddetli, belirgin zorlanma ve aksama, konsantrasyonunu yitirir ve/veya etkinliğini durdurmak zorundadır, ama odanın ya da durumun içinde kalabilmektedir.

4=Aşırı, şiddetli ve yetiyitimi yaratıcı zorlanma, etkinliğini durdurmak zorunda, eğer mümkünse odayı ya da durumu terkedecektir, eğer kalırsa konsantre olamamakta, aşırı zorlanmaktadır.

3. Beklenti anksiyetesinin şiddeti (Paniğe ilişkin korku, kaygılı beklenti ya da endişe)

0=Panik atağı hakkında tasa yok

1=İlmlı, panik atağı hakkında arasıra korku, endişe ya da kaygılı beklentisi oluyor.

2=Orta, sıklıkla endişeli, korkulu ya da kaygılı beklenti içinde, ama anksiyetesiz dönemleri de var. Dikkat çekici bir yaşam biçimi değişikliği var, ama anksiyete hala idare edilebilir ve genel işlevselliği bozulmamıştır.

3=Şiddetli, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklentilerle zihinsel uğraşı, konsantrasyon ve/veya verimli işlev görme becerisinde büyük ölçüde aksama var.



4=Aşırı, neredeyse sabit, yetiyitirici anksiyete, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklenti nedeniyle önemli görevleri sürdürememektedir.

4. Agorafobik korku/ kaçınma

0= Hiç, korku ya da kaçınma yok

1=İlımlı, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle durumla yüzleşebilir ve başaşılabılır Yaşam biçimi değişikliği yok ya da az.

2=Orta, dikkat çekici korku ve/veya kaçınma, ama hala kontrol edilebilir; korkulan durumlardan kaçınır ama bir yoldaşla birlikte yüzleşebilir. Biraz yaşam biçimi değişikliği vardır, ama genel işlevsellik bozulmamıştır.

3=Şiddetli, yoğun kaçınma; fobiye uyabilmek için büyük ölçüde yaşam biçimi değişikliği gerekmektedir, bu da olağan etkinlikleri sürdürmeyi güçleştirmektedir.

4=Aşırı, yaygın yetiyitirici korku ve/veya kaçınma. Yaşam biçiminde yoğun değişiklik gerekmiştir öyle ki, önemli görevler yapılamamaktadır.



5. Panik atağı ile ilişkili duyumlardan korku / kaçınma

0=Zorlanma yaratıcı bedensel duyumları uyaran durum ya da etkinliklerden korku ya da kaçınma yok.

1=İlımlı, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle bedensel duyumları uyaran durum ve etkinliklerle az zorlanma ile yüzleşebilir ve sürdürebilir. Yaşam biçiminde az değişiklik vardır.

2=Orta, göze çarpıcı kaçınma ama hala idare edilebilir. Kesin ama sınırlı bir yaşam biçimi değişikliği vardır, öyle ki, genel işlevsellik bozulmamıştır.

3=Şiddetli, yoğun kaçınma, yaşam biçiminde büyük ölçüde değişikliğe ya da işlevsellikte aksamaya yol açmaktadır.

4=Aşırı, yaygın ve yetiyitimi yaratıcı kaçınma. Önemli görev ve etkinlikleri yapmayacak kadar yoğun bir yaşam biçimi değişikliği gerekmiştir.

6. Panik bozukluğuna bağlı olarak çalışma işlevselliğinde bozulma / aksama.

(Puanlayıcılara not: Bu soru çalışmaya odaklanmıştır. Eğer kişi çalışmıyorsa okulu, tam gün okula gitmiyorsa evdeki sorumlulukları hakkında sorular sorunuz.)

0=Panik bozukluğu belirtilerinden dolayı bozulma yok.

1=İlımlı, hafif bozulma, işin zorlaştığını hissetmekte ama performansı hala iyidir.

2=Orta, belirtiler düzenli ve kesin aksamaya yol açmakta, ama hala kontrol edilebilir. Meslek performansı etkilenmiş, ama başkaları çalışmasının hala yeterli olduğunu söylemektedirler.

3=Şiddetli, mesleksi performansında önemli ölçüde bozulmaya neden olmuştur, öyle ki, başkaları farketmiştir; bazı günler işe gidememektedir ya da hiç iş yapamamaktadır.

4=Aşırı, yeti yitirici belirtiler, çalışmamaktadır (ya da okula gidememekte veya ev içi sorumluluklarını sürdürememektedir).

7. Panik bozukluğuna bağlı olarak toplumsal işlevsellikte bozulma / aksama.

0=Bozulma yok.

1=İlımlı, hafif bozulma, toplumsal davranış niteliğinin biraz değiştiğini hissetmektedir ama toplumsal işlevsellik hala yeterlidir.

2=Orta, toplumsal yaşamda kesin aksama, ama hala kontrol edilebilir. Toplumsal etkinliklerin sıklığında ve/veya kişiler arası etkileşimlerin niteliğinde biraz azalma vardır, ama hala olağan toplumsal etkinliklerin çoğuna katılabilmektedir.

3=Şiddetli, toplumsal performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmaktadır. Toplumsal etkinliklerde belirgin bir azalma ve/veya diğerleriyle etkileşmekte belirgin bir güçlük vardır; diğerleriyle etkileşmek için kendini hala zorlayabilmekte ama toplumsal ya da kişiler arası durumların çoğundan hoşlanmamakta ya da iyi işlev görememektedir.

4=Aşırı, yetiyitimi yaratıcı belirtiler, nadiren dışarı çıkmakta ve diğerleriyle etkileşmektedir, panik bozukluğu nedeniyle bir ilişkisini bitirmiş olabilir.

TOPLAM PUAN (1-7. soruların toplamı)



EK-6: DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkedeler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkedeler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun

sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşıda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkedeler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağır hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

EK-7: YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ENVANTERİ-II-KISA FORM

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II-Kısa Form (Experiences in Close Relationships-Revised-Short Form)

Ölçek toplam 9 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk 6 maddesi kaçınmacı bağlanma, geriye kalan 3 maddesi ise kaygılı bağlanma boyutunu ölçmektedir. Kodlama işleminden sonra ilk 6 maddenin ortalaması alınarak bireyin kaçınma düzeyi hesaplanır. Son 3 maddenin ortalaması alınarak da bireyin kaygı düzeyi hesaplanır.

Ters kodlanan maddeler: 1,3,4,5,6.

7'li derecelendirme yöntemine göre:

1 = Beni hiç tanımlamıyor

4 = Beni orta düzeyde tanımlıyor

7 = Beni tam olarak tanımlıyor

YİYE-II-K

Yakın zamanda tanıştığınız, karşılıklı sevgi hissedip yakınlaşmaya başladığınız (daha ilk evrelerinde olan) arkadaşlık ilişkilerinizi düşünün. Eğer şu sıralar bu evrede olan herhangi bir ilişkiniz yoksa geçmişte yaşadığınız böyle dönemleri hatırlayın. Aşağıdaki soruları lütfen bu evredeki ilişkilerinizi düşünerek yanıtlayınız. (Yaşadığınız hisleri ortalama olarak düşünün.)

1) Özel duygu ve düşüncelerimi yakınlaştığım arkadaşlarımla paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.	Bu ifade sizi ne kadar tanımlıyor? HİÇ COK AZ AZ ORTA FAZLA COK FAZLA TAM
2) Yakınlaştığım arkadaşlarıma kolay kolay açılmam.	Bu ifade sizi ne kadar tanımlıyor? HİÇ COK AZ AZ ORTA FAZLA COK FAZLA TAM
3) Genellikle, yakınlaştığım arkadaşlarımla sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	Bu ifade sizi ne kadar tanımlıyor? HİÇ COK AZ AZ ORTA FAZLA COK FAZLA TAM
4) Zor zamanlarımda, yakınlaştığım arkadaşlarımdan yardım istemek bana iyi gelir.	Bu ifade sizi ne kadar tanımlıyor? HİÇ COK AZ AZ ORTA FAZLA COK FAZLA TAM
5) Başımdan geçenleri yakınlaştığım arkadaşlarımla konuşurum.	Bu ifade sizi ne kadar tanımlıyor? HİÇ COK AZ AZ ORTA FAZLA COK FAZLA TAM
6) Yakınlaştığım arkadaşlarıma rahatlıkla güvenip inanırım.	Bu ifade sizi ne kadar tanımlıyor? HİÇ COK AZ AZ ORTA FAZLA COK FAZLA TAM
7) Sıklıkla, yakınlaştığım arkadaşlarımdan beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	Bu ifade sizi ne kadar tanımlıyor? HİÇ COK AZ AZ ORTA FAZLA COK FAZLA TAM
8) Yakınlaştığım arkadaşlarımdan beni, benim onları önemsemediğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	Bu ifade sizi ne kadar tanımlıyor? HİÇ COK AZ AZ ORTA FAZLA COK FAZLA TAM
9) Yakınlaştığım arkadaşlarımdan zamanla benden uzaklaşacakları endişesine kapılırım.	Bu ifade sizi ne kadar tanımlıyor? HİÇ COK AZ AZ ORTA FAZLA COK FAZLA TAM

Not: Ölçeğin kullanımı için izin gerekmemektedir. Bu çalışmanın referans gösterilmesi yeterlidir.

EK- 8: KURUM İZNİ BELGESİ



EKLER

EK- 9: ETİK KURUL ONAYI

