



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**PANİK BOZUKLUĞU TANISI OLAN HASTALARDA KİŞİLİK
PROFİLLERİ İLE BAĞLANMA STİLLERİNİN İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Gamze İNAL KIZILKAN

Tez DanıŐmanı

Prof. Dr. Servet EBRİNÇ

Klinik Psikoloji ABD

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŐUBAT/2020

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Gamze İNAL KIZILKAN

20.02.2020

ÖZET

Panik Bozukluğu Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Profilleri İle Bağlanma Stillerinin İlişkisinin Araştırılması

Amaç: Bu çalışmada panik bozukluk tanısı olan hastalarda Cloninger'in psikobiyolojik modeli açısından kişilik örüntülerinin ve bağlanma stillerinin birbiriyle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ulaşılan sonuçlar doğrultusunda panik bozukluğu hastalarında sağaltımın, kişilik ve bağlanma stillerine göre düzenlenmesinin tedavi sonucu üzerinde olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca panik bozukluğu tanısı almış hastalarda hem bağlanma stillerinin hem kişilik örüntülerinin bir arada incelendiği ilk çalışma olması nedeniyle literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 18- 65 yaş aralığında, Gebze Fatih Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Ocak 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında başvuran, DSM 5 tanı kriterlerine göre Panik bozukluk tanısı almış 65 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara test ortamında Sosyodemografik Bilgi Formu, Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ve Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni Dunn test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Ölçeklerin geçerlilik güvenilirlik değerlendirmelerinde Reliability analiz yapılmıştır.

Bulgular: Olguların KY puanları ile kaygılı/ikircikli bağlanma puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki; YA ve kaçınan bağlanma puanları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki; ÖB ve güvenli bağlanma puanları arasında pozitif yönlü anlamlı zayıf ilişki; SE ile kaygılı/ikircikli bağlanma puanları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki; İY ile kaçınan bağlanma puanları arasında negatif yönlü

anlamli zayıf ilişki saptanmıştır. Ayrıca çeşitli değişkenlere (yaş, eğitim durumu, medeni durum, panik atak öyküsü) göre EBBÖ ve MKE puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır.

Sonuç: Çalışma sonucunda Panik bozukluğu tanısı alan hastalarda kişilik örüntüleri ile bağlanma stillerinin birbiriyle; medeni durum, gelir durumu, fiziksel hastalık varlığı, eğitim durumu ve yaş gibi değişkenlerin kişilik özellikleri ve bağlanma stilleri ile ilişkili olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Bağlanma Stilleri, Kişilik Örüntüleri, Panik Bozukluk.



ABSTRACT

The Relationship Between Attachment Styles and Personality Profiles in Patients Diagnosed with Panic Disorder

Aim: The aim of this study is to investigate the relationship between personality patterns and attachment styles in terms of Cloninger's psychobiological model in patients with panic disorder. According to the results, it is thought that the regulation of treatment according to personality and attachment styles will contribute positively to the outcome of treatment in panic disorder patients. In addition, it is aimed to contribute to the literature since it is the first study that examined both attachment styles and personality patterns in patients with panic disorder.

Materials and Method: Sixty-five volunteers who were admitted to the Psychiatry Outpatient Clinic of Gebze Fatih State Hospital between January 2019 and May 2019 and diagnosed with panic disorder according to DSM 5 diagnostic criteria were included in the study. Sociodemographic Information Form, Temperament and Character Inventory (TCI) and Adult Attachment Style Scale (AAS) were administered to the participants. Student's t-test was used for comparison of two groups of quantitative data with normal distribution, and Mann Whitney U test was used for comparison of two groups of data that were not normally distributed. One-way Anova Test test was used for comparison of three and more groups with normal distribution and Bonferroni test was used for dual comparison; Kruskal Wallis test was used for comparisons of three or more groups that were not normally distributed and Bonferroni Dunn test was used for dual comparison. Pearson Correlation Analysis was used to evaluate the relationships between variables. Reliability analysis was performed for the validity and reliability of the scales.

Results: There was a significant negative correlation between SD (self directedness) scores and anxious / ambivalent attachment scores; negatively significant weak relationship between NS (novelty seeking) and avoidant attachment scores; positively significant weak relationship between RD (reward dependence) and secure attachment scores; negative correlation between P (persistence) and anxious / ambivalent

attachment scores; negative correlation between C (cooperativeness) and avoidant attachment scores. In addition, statistically significant differences were found in AAS and TCI scores according to various variables (age, educational status, marital status, history of panic attacks).

Conclusion: As a result of the study, personality patterns and attachment styles were compared with each other and found to be correlated in patients with panic disorder; the variables such as marital status, income status, presence of physical illness, educational status and age were found to be related to personality traits and attachment styles.

Keywords: Attachment Styles, Personality Patterns, Panic Disorder.



TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecimde bilgisi, tecrübesi ve ilgisiyle tezime katkı sağlayan, kırmadan eleştirebilen, değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Servet EBRİNÇ'e,

Yüksek lisans eğitim sürecimde mesleğime ve hayata dair çok kıymetli bakış açıları kazandıran değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Yıldız BİLGE ve Dr. Öğr. Üyesi Aynur FEYZİOĞLU'na,

Gerek ders dönemi gerekse staj ve süpervizyon döneminde üzerimde emeği çok çok büyük olan, bilgi ve tecrübesini aktarmaktan çekinmeyen, özverili, kıymetli, idol hocam Doç. Dr. Medine YAZICI GÜLEÇ'e,

Hiç unutamayacağım Erenköy staj günlerinde birlikte olmaktan büyük keyif aldığım canım Aylın ve Zülal'e,

Ders dönemimde yaptıkları tüm yardımlar için teşekkürü borç bildiğim Gebze İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün tatlı kadını Asiye ablama, mesai yükümü hafifleten değerli iş arkadaşlarım Ertuğrul, Bünyamin, Arzu ve Halim'e,

Tezimin veri toplama sürecini sayelerinde tamamladığım Gebze Fatih Devlet Hastanesi'nin yardımsever psikiyatristleri Mehmet Ali Bey, Nuralay Bey, Tugay Bey ve Çiğdem Hanım'a, yoğun hastane temposuna rağmen staj ve eğitim sürecimi tamamlamamda büyük kolaylık sağlayan başhekim yardımcımız Dr. Selma BOZKURT YILDIRIM'a,

Birlikte bir ekip olmaktan büyük keyif aldığım, emekleriyle ve bilgileriyle bana destek olan değerli meslektaşlarım Esin, Leman, Cafer, Burak ve Şule'ye,

Tüm eğitim öğretim hayatımda arkamda olan, beni bugünlere getiren, maddi manevi her türlü destek olan canım annem Seciye, canım babam Türker ve iyi ki var dediğim biricik kardeşim Pınar İNAL'a,

Teşekkürün en fazlasını hak eden, yüksek lisans dönemimin tüm stresinde kahrımı çeken, yoğun İstanbul trafiğinde defalarca kez beni okula götürme fedakârlığı gösteren, sunumlarımı dinleyen, finallere çalıştıran, gizli kahraman, canım eşim, iyi ki'm Av. Berat KIZILKAN'a

Ve tezimi tamamlamaya yakın bir süreçte varlığının haberini aldığım, bizi çok sevindiren, bana annelik kimliğimi kazandıran karnımdaki minik kızıma,

Sonsuz teşekkürlerim ve minnetlerimle

Gamze İNAL KIZILKAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ÇİZELGE LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. PANİK BOZUKLUK.....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Etiyoloji	4
2.1.3.1. Genetik ve Biyolojik Etkenler:	4
2.1.3.2. Psikolojik Etkenler:	5
2.1.3.3. Stresli Yaşam Olayları:.....	7
2.1.4. Klinik Özellikler	7
2.1.4.1. Semptomatoloji:	7
2.1.4.2. Tanı:.....	8
2.1.4.3. Ayırıcı Tanı:.....	10
2.1.4.4. Eş Tanı:	10
2.2.KİŞİLİK.....	11
2.2.1. Kişiliğin Sınıflandırılması	11
2.2.2. Cloninger'in Psikobiyolojik Kişilik Kuramı ve Mizaç-Karakter Envanteri.....	12
2.2.3. Mizaç Boyutları:	13
2.2.3.1. Yenilik Arayışı (YA):.....	13
2.2.3.2. Zarardan Kaçınma (ZK):	15
2.2.3.3. Ödül Bağımlılığı (ÖB):.....	16
2.2.3.4. Sebat Etme (SE):.....	17
2.2.4. Karakter Boyutları.....	17
2.2.4.1. Kendini Yönetme (KY):	17
2.2.4.2. İş Birliği Yapma (İY):	19

2.2.4.3. Kendini Aşma (KA):	20
2.2.5. Panik Bozukluğu ile Mizaç/Karakter İlişkisi.....	21
2.3. BAĞLANMA KURAMI.....	22
2.3.1. Bağlanma Kuramının Gelişimi	22
2.3.2. Çocuklukta Bağlanma Biçimleri.....	25
2.3.3. Yetişkinlikte Bağlanma Biçimleri.....	26
2.3.4. Bağlanma ve Psikopatoloji	26
2.3.5. Bağlanma ve Kişilik	27
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	29
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	29
3.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ	29
3.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	29
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	30
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	30
3.4.2. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)	30
3.4.3. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI /MKE).....	31
3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	31
3.6. ETİK KURUL ONAY VE TARİH NUMARASI	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	33
4.2. PANİK BOZUKLUK HASTALIK SÜRECİNE VE TEDAVİSİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER.....	34
4.3. ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ VE MIZAÇ KARAKTER ENVANTERİ PUANLARININ İNCELENMESİ.....	35
4.3.1. Yaşa Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi...36	
4.3.2. Yaşa Göre Mizaç karakter envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi ...36	
4.3.3. Cinsiyetlere Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	38
4.3.4. Cinsiyetlere Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	38
4.3.5. Eğitim Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	39
4.3.6. Eğitim Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	39

4.3.7. Gelir Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	40
4.3.8. Gelir Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	40
4.3.9. Medeni Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	42
4.3.10. Medeni Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	42
4.3.11. Fiziksel Hastalık Varlığına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	43
4.3.12. Fiziksel Hastalık Varlığına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi.....	44
4.3.13. Tekrar Panik Atak Geçirme Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	45
4.3.14. Tekrar Panik Atak Geçirme Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	45
4.3.15. İlaç Tedavisi Alma Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi.....	47
4.3.16. İlaç Tedavisi Alma Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi.....	47
4.4. ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	47
4.4.1. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) Puanlarının Dağılımı	47
4.4.2. Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (TCI/MKE) Puanlarının Dağılımı.....	48
4.4.3. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ile Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (TCI) Puanlarının İlişkisi	49
4.4.3.1. Mizaç karakter envanteri ölçeği yenilik arayışı puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi	49
4.4.3.2. Mizaç karakter envanteri ölçeği zarardan kaçınma puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi	50
4.4.3.3. Mizaç karakter envanteri ölçeği ödül bağımlılığı puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi	50
4.4.3.4. Mizaç karakter envanteri ölçeği sebat etme puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi	50
4.4.3.5. Mizaç karakter envanteri ölçeği kendi kendini yönetme puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi	50
4.4.3.6. Mizaç karakter envanteri ölçeği iş birliği yapma puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi	51

4.4.3.7. Mizaç karakter envanteri ölçeği kendi kendini aşma puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi	51
5. TARTIŞMA	53
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER	53
5.2. ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE EBBÖ ve MKE PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	53
5.2.1 Yaş Değişkenine Göre EBBÖ ve MKE Puanlarının Değerlendirilmesi	53
5.2.2 Eğitim Durumu Değişkenine Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi	54
5.2.3 Gelir Durumu Değişkenine Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi	55
5.2.4 Medeni Duruma Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi.....	55
5.2.5 Fiziksel Hastalık Varlığına Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi	56
5.2.6 Tekrar Panik Atak Geçirme Durumuna Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi	56
5.2.7 İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi	56
5.3. ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ) PUANLARININ DAĞILIMI	56
5.4. MİZAÇ KARAKTER ENVANTERİ (MKE) PUANLARININ DAĞILIMI	58
5.5. ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ) İLE MİZAÇ KARAKTER ENVANTERİ (MKE) PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	60
6. SONUÇLAR	63
KAYNAKLAR	65
EKLER	73
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	73
EK 2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	74
EK 3. MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ (MKE/ TCI).....	75
EK 4. ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ).....	84
EK 5. ETİK KURUL BELGESİ	85
EK 6. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ UYGULAMA ONAYI	87
EK 7. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	88

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 4.1.: Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	33
Çizelge 4.2: Panik Bozukluk Hastalık Sürecine ve Tedavisine İlişkin Dağılımlar.....	34
Çizelge 4.3.: Yaşa Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) Mizaç Karakter Envanteri (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	35
Çizelge 4.4.: Cinsiyetlere Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	37
Çizelge 4.5.: Eğitim Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	38
Çizelge 4.6.: Gelir Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	39
Çizelge 4.7.: Medeni Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	41
Çizelge 4.8. : Fiziksel Hastalık Varlığına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	43
Çizelge 4.9.: Tekrar Panik Atak Geçirme Durumuna Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	44
Çizelge 4.10.: İlaç Tedavisi Alma Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	46
Çizelge 4.11.: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) Puanlarının Dağılımı.....	47
Çizelge 4.12: Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (TCI) Puanlarının Dağılımı.....	48
Çizelge 4.13.: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ile Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (TCI) Puanlarının İlişkisi.....	49

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAS: Adult Attachment Style Scale

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı

EBBÖ: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

İY: İş Birliği Yapma

KA: Kendini Aşma

KY: Kendini Yönetme

MKE: Mizaç ve Karakter Envanteri

NCSS: Number Cruncher Statistical System

ÖB: Ödül Bağımlılığı

PB: Panik Bozukluğu

SE: Direşkenlik/Sebat Etme

TCI: Temperament and Character Inventory

TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire

YA: Yenilik Arayışı

ZK: Zarardan Kaçınma

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Panik bozukluğu (PB), “kişilerin, birdenbire, beklenmedik bir biçimde, herhangi özgül bir nesne ya da durumla ilişkisiz olarak, görünür herhangi bir tetikleyici neden olmadan panik atakları yaşamaları durumu” olarak tanımlanır (1, 2). En sık görülen kaygı bozukluklarından biri olan PB, ani ve açıklanamayan nefes alma güçlüğü, kalp çarpıntısı, göğüste sıkışma veya ağrı, boğulma hissi, mide bulantısı, baş dönmesi, terleme, titreme, aşırı korku, kaygı gibi panik atak belirtileri ile karakterize edilir. Depersonalizasyon ve derealizasyon, kontrol kaybı hissi, delirme veya ölüm korkusu bu belirtilere eşlik edebilir (3). DSM-V’e göre panik atağı ruhsal bir bozukluk değildir. Panik atakların, PB olarak adlandırılan hastalık koduna sahip olması için en az dört panik atak belirtisinin yanı sıra, başka panik atakların olacağına dair sürekli bir kaygı veya atak geçirmekten korunmaya yönelik kaçınma davranışları gösterilmesi gerekir (4).

Kişiliği “bireyi diğerlerinden ayıran, bireye özgü, tutarlı ve yapılaşmış özellikler bütünü” olarak tanımlamak mümkündür (5). Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ve karakter boyutlarını içeren psikobiyolojik kişilik modeli tanımlamıştır. Huy (Mizaç), “temel duygusal uyaranlara otomatik olarak eşlik eden, biyolojik ve genetik yanı baskın, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez özelliklere sahip, daha çok işlemsel öğrenme ile ilişkili olan, ‘kişiliğin duygusal özü’” dür. Birbirinden bağımsız dört boyuttan oluşur. Bu boyutlar: Yenilik Arayışı (YA), Zarardan Kaçınma (ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB), Direşkenlik/Sebat Etme (SE)’ dir (2). Cloninger’in modelindeki ikinci bileşen olan karakter ise ‘kişiliğin kavramsal özü’ olarak nitelendirilir. Karakter, bireyin yaşı ilerledikçe benlik kavramları ile uğraşma, kişisel veya sosyal etkinliklerle gelişime ve değişime uğrar. Bu nedenle mizacın biyolojik, karakterin çevresel yönü daha baskındır denilebilir. Karakter ise üç boyuttan oluşmaktadır: Kendini Yönetme (KY), İş Birliği Yapma (İY), Kendini Aşma (KA). Bu üç özellik tümüyle geliştiğinde olgun kişiliği tanımlar (2, 6).

Bağlanma genel olarak bebek ile anne (veya bakım veren) arasında, bebeğin temel ihtiyaçlarının giderilmesi ve korunmasına yönelik kurulan dinamik bir ilişki

olarak tanımlanabilir (7). Bowlby bebeklik döneminde ebeveyniyle güvenli bağlanma gerçekleştirememenin, anksiyete ve kişilik bozuklukları geliştirmede risk faktörü olabileceğini öne sürmüştür (8). PB’de korunma ve güvenliğe karşı yüksek hassasiyet örüntüsünün nedeni olarak güvensiz bağlanma stili düşünülmektedir (9, 10, 11).

Toplumda oldukça sık görülen PB’nin hem genetik hem çevresel faktörlere dayalı olduğunu gösteren çalışmalardan yola çıkarak bu çalışmada PB tanılı hastalarda bağlanma stilleri ve kişilik örüntülerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Alanyazın incelendiğinde panik bozukluğu-kişilik ilişkisi, panik bozukluğu-bağlanma stilleri ilişkisi daha önceki çalışmalarda incelenmiş olsa da; panik bozukluğu, bağlanma stilleri ve kişilik örüntülerinin birlikte incelendiği çalışmalar kısıtlıdır. Ayrıca bağlanma stilleri ile kişilik örüntülerini inceleyen çalışmalara baktığımızda Cloninger’in modeli açısından inceleme yapan çalışmalar yeterli sayıda değildir. Alandaki bu boşluğun çalışmamız ile doldurulması hedeflenmektedir. Ulaşılan sonuçlar doğrultusunda panik bozukluğu hastalarında sağaltımın, kişilik ve bağlanma stillerine göre düzenlenmesinin tedavi sonucu üzerinde olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Literatür ışığında oluşturduğumuz hipotezler:

- Panik Bozukluğu tanısı alan hastalarda kişilik boyutlarından ‘Zarardan Kaçınma’ puanları yükseldikçe kaygılı bağlanma puanları artacaktır.
- Panik Bozukluğu tanısı alan hastalarda kişilik boyutlarından ‘Kendini Yönetme’ puanları düştükçe kaygılı bağlanma puanları artacaktır.
- Panik Bozukluğu tanısı alan hastalarda ‘Zarardan Kaçınma’ puanları diğer kişilik boyutu puanlarına göre anlamlı derecede yüksektir.
- Panik Bozukluğu tanısı alan hastalarda ‘Kendini Yönetme’ puanları diğer kişilik boyutu puanlarına göre anlamlı derecede düşüktür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. PANİK BOZUKLUK

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Panik bozukluğu çarpıntı, baş dönmesi, titreme, kontrolünü kaybetme, nefes almada güçlük gibi bilişsel, davranışsal ve bedensel belirtiler ile karakterize, tekrarlayan ve beklenmedik panik ataklarla seyreden bir ruhsal bozukluktur (1, 2, 12).

Psikiyatrik bir kavram olarak panik bozukluğu, köken olarak mitolojideki Tanrı Pan' a dayanmaktadır. Pan kelimesi Yunanca 'birlik ve bütünlük' anlamına gelir. Tanrı Pan, doğanın ve evrenin bütünlüğünü simgeleyen önemli bir tanrıdır. Yeryüzünün ikinci büyük tanrısı sayılan Pan, çirkinliği nedeniyle bir orman perisi olduğu düşünülen annesi tarafından doğumdan hemen sonra terkedilmiştir. Neşeli ve gürültücü bir tanrı olan Pan, günlerini dağlarda gezerek, flüt çalarak ve dans ederek geçirmektedir. Yardımsever ve iyi niyetli bir tanrı olmasına karşın, bazen şaka yapmak uğruna insanları aniden korkutacak hareketler yapmaktadır (13, 14).

Panik bozukluğu DSM III ile birlikte psikiyatrik bir rahatsızlık olarak kabul edilmesine karşın, bu alanda yapılan araştırmalar çok daha eskiye dayanır. Günümüzde PB ile ilişkilendirdiğimiz semptomlar 1830'lu yıllarda da tanınıyordu ancak psikolojik bir durumdan ziyade tıbbi bir durum olarak atfediliyordu. Bu dönemdeki tıbbi araştırmalar büyük ölçüde savaş sırasındaki gözlemlere dayanıyordu. Bu dönemdeki kaygı atakları 'asker kalbi', 'efor sendromu', 'hiperventilasyon sendromu', 'iritabl kalp' gibi sözcüklerle adlandırılıyordu. 1871 yılında Da Costa tarafından tanımlanan kaygı atakları nevrotik bir bozukluktan çok kalple ilgili bir bozukluk olarak nitelendirilmiştir (15, 16, 17, 18).

Freud'un 1894'te tanımladığı 'anksiyete nevrozu', DSM III'teki PB belirtileri ile büyük oranda benzerlik taşır. Panik bozukluğunu anksiyete nevrozundan ayırarak farklı bir tanı kategorisine sokan ise Klein olmuştur. Panik atak- agorafobi ilişkisini ilk betimleyen kişi de Klein'dır. Klein, beklenti anksiyetesinin panik atakların ardından geldiğini, panik atak ve beklenti anksiyetesini takiben de agorafobi

geliştiğini öne sürmüştür. Klein'in bu görüşleri, sınıflandırma ve tanı sistemlerine yansımış; PB, DSM III'de ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almıştır (15, 16, 18).

2.1.2. Epidemiyoloji

Panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranları 1990 yılından 2005'e %3.5'ten %4.7' ye yükselmiştir. Amerika ve birkaç Avrupa ülkesinde yapılan on iki aylık prevalans çalışmaları %2-%3 gibi oranları göstermektedir (19, 20). 1997'de Weissman ve arkadaşlarının on farklı ülkede yürüttüğü bir çalışmada, PB'nin yaşam boyu yaygınlığı %0.4 ile %3.5 arasında bulgulanmıştır (21). Panik atak yaygınlığı, PB yaygınlığına göre yaklaşık üç kat daha fazla görülmektedir (2, 15, 18, 21). Ankara'da yapılan bir çalışmaya göre panik atak yaygınlığı %3.4 iken PB yaygınlığı %0.2 olarak bildirilmiştir (22).

Cinsiyete göre PB yaygınlık dağılımı incelendiğinde, kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla rastlanmaktadır (3, 15, 18). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, PB sıklığı kadınlarda %0.5, erkeklerde %0.2'dir (23).

Panik bozukluğu başlangıç yaşı ergenlik ve otuzlu yaşlar arasında değişmekle birlikte ortalama 25 yaş civarı gösterilmektedir. Ergenlik öncesi ve 40 yaş sonrası da nadiren görülebilmektedir (18, 20).

2.1.3. Etiyoloji

2.1.3.1. Genetik ve Biyolojik Etkenler: Panik bozukluğu diğer kaygı bozuklukları arasında genetik geçişi en yüksek olanıdır. PB tanılı hastaların birinci derece yakınlarında PB görülme olasılığı yapılan çalışmalarda %2.8- %14.7 aralığında gösterilmektedir (19, 24). PB'nin kalıtılabilirlik oranı yaklaşık %33 - %48 olarak bildirilmektedir (19, 25).

Panik bozukluğunun nöroanatomisine bakıldığında, korku duygusu ile bağlantılı olan amigdalanın aşırı uyarılması sonucu PB belirtilerinin meydana geldiği düşünülmektedir. Amigdalanın aşırı uyarılması sonucu fizyolojik uyarılar yanlış yorumlanarak panik atak tepkileri ortaya çıkmaktadır (26). Ayrıca amigdala dışında prefrontal korteks ve hipokampusün dahil olduğu 'korku alanı' PB ile ilgili sorumlu alan olarak ifade edilmektedir (27, 28). Noröpinefrin, serotonin, adenozin, gama amino bütirik asit (GABA), Hipotaloma Pitüiter Adrenal (HPA) eksenini, nöropeptitler

gibi bazı genlerin, kimyasal bileşenlerin, proteinlerin PB oluşumunda etkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin PB hastalarına sodyum laktat verildiğinde panik atak tepkileri olduğu gözlenmiştir (26, 29, 30, 31).

Panik atakları arasında kalp ve solunumla ilgili semptomların sıkça görülmesi karbondioksit ile ilgili çalışmalar yürütülmesine hız kazandırmıştır. PB tanılı hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre karbondioksit salınımına karşı daha duyarlı olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Hiperventilasyon tek başına panik ataklara neden olmaz ancak bedensel duyumlar yıkıcı olarak yorumlandığında panik atakları tetikler (29). Hiperventilasyonla karbondioksit salınımının azaltılmaya çalışılması daha da artmasına neden olarak hastada bir kısır döngüye sebebiyet vermektedir (3, 26, 32).

2.1.3.2. Psikolojik Etkenler:

2.1.3.2.a. Bilişsel Kuram: Bilişsel kurama göre PB'nin oluşumunda korkudan korkma hipotezi geçerlidir. Anksiyeteden korkma durumunda fizyolojik uyarılma belirtileri, panik atakların güçlü koşullu tepkisi için koşullandırılmış uyarılar haline gelir (33). Bu durum bedensel duyumları yanlış yorumlamaya neden olur. Örneğin hızlı kalp atışları kalp krizi, baş dönmesi beyin kanaması, nefesin daralması boğulma, ellerde uyuşma felç geçirme belirtisi olarak yanlış yorumlanır (29). Clark'a (29) göre bu bir kısır döngü şeklinde ilerler. İlk olarak içsel (bedensel) duyumlar veya dışsal bir stresörle birlikte algılanan tehdit sonucu kaygı oluşur. Kaygıya bedensel ve bilişsel belirtiler eşlik eder. Bu belirtilerin bir felaket olarak yorumlanması ise mevcut kaygıyı daha da fazla tetikler ve panik atak tepkileri meydana gelir.

Clark, PB olan kişilerin tıbbi felaketlere karşı hassasiyete ilişkin bilişsel şemalar geliştirdiğini ve bu yönde bilişsel önyargılara sahip olduğunu bir çalışma ile göstermiştir. Yaptığı bu çalışmada panik atak geçmişi olan ve olmayan gönüllü katılımcılara 'Jane'in kalbi çarparken o, _____ idi' cümlesinden sonra ekranda kısa süreliğine 'kaçmak', 'okumak' ve 'ölmek' kelimeleri gösterildi. Katılımcılara hangi kelimeleri okuyabildikleri sorulduğunda, panik atak geçirmemiş katılımcılar daha çok 'kaçmak' cevabını verirken, panik atak geçirmiş kişiler 'ölmek' kelimesini daha çabuk okuduklarını ifade ettiler (34).

Bir başka bilişsel psikoloji araştırmasında ise katılımcılara bazı kelimeler gösterilerek kelimelerin hangi renkle yazıldığını söylemeleri istenmiştir. Bir çeşit stroop test olan bu görevde renkleri adlandırmada gecikmeler yaşanması, o kelimenin katılımcı için duygusal bir anlamı olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmada PB hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre 'bayılmak', 'boğulmak' gibi kelimelere geç tepki vermesi, PB olan bireylerin panikle ilgili uyarılara seçici bir önyargı geliştirdiğini göstermektedir (20).

Bandura ise Clark'ın teorisindeki 'bedensel duyuların yanlış yorumlanması' açıklaması yerine, bilişsel öz yeterlik kavramının PB gelişiminde daha etkili bir unsur olduğundan söz eder. Özyeterlilik kavramı, stresli ve tahmin edilemeyen durumlarla başedebilme becerisi anlamına gelir (35).

Son dönem teorilerine baktığımızda Clark ve Bandura'nın fikirlerinin bir birleşimi kabul edilmektedir. Casey'in bu yeni kognitif modelinde PB oluşumu ve sürdürülmesinde hem bedensel duyuların katastrofik yorumu hem de özyeterlilik kavramı bir arada etkili olmaktadır (36, 37).

2.1.3.2.b. Psikodinamik Kuram: Anksiyete bozukluklarının psikodinamik kuramı, DSM' deki gibi kategorilere değil tüm anksiyete spektrumuna açıklama getirir. Yaygın anksiyete, PB gibi rahatsızlıklardaki kaygı nitel olarak birbirinden farklı değil, yalnızca şiddet olarak farklıdır. Kaygı düzeylerindeki bu farklılık, savunma düzeneklerinin de farklılaşmasına neden olur (37). Psikanalitik kuram, kaygının temeli olarak id ve ego arasındaki bilinçdışı çatışmaları sorumlu tutar. Bu çatışmalar genellikle cinsellik ve saldırganlık dürtüleriyle ilişkilidir (3, 38). Daha sonraki görüşler kaygının yalnızca cinsel dürtülerden değil, sosyal ve kültürel çatışmalar, bağımlılık-bağımsızlık arasındaki saldırgan dürtüler veya çatışmalar gibi daha pek çok faktörden kaynaklanabileceği yönündedir (39). Kaygının kaynağı bilinçdışı olduğu için kişi yaşadığı kaygının sebeplerini ifade edemez. Bilinçdışı çatışmalar, PB hastaları için panik atak yaşama deneyiminden daha korkutucudur. Bu nedenle bilinçdışı çatışmayı deneyimlemekten kaçınmak için panik atak tepkileri ortaya çıkar (3, 40). Kaygıya, bedenin belli organlarıyla ilişkili fiziksel duyular eşlik eder; bunlar genellikle solunum organları veya kalp ile ilişkilidir. Bu durum, anksiyetenin boşalım aracı olarak motor belirtileri kullandığını göstermektedir (41).

Anksiyete nevrozunun gelişiminde etkili olan faktörlerden biri de erken yaşam olaylarıdır. Shear ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma, PB tanılı hastaların ebeveynlerini genellikle öfkeli, kontrolcü, korkutucu ve eleştirel olarak hatırladıklarını göstermektedir. Bu durum erken dönem ilişkilerinde zorlanmaya yol açmaktadır (39). Erken yaşam olaylarındaki ebeveynle ilişkili yaşanan travmatik durumların PB geliştirmede etkisini, Bowlby'nin bağlanma kuramı ile açıklamak uygun olabilir. Bowlby'e göre (42) erken dönemde ebeveynle ilgili yaşanan eksiklik, yaşamın ilerleyen dönemlerinde tehdit algısında artışa neden olan faktör olabilir. Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşamak kadar, ebeveyni yitirme korkusunun kendisi de PB gelişiminde etkilidir. Örneğin, çocuğunu çekip gitmekle korkutan bir ebeveynin çocuğu da gelecekte ayrılık anksiyetesi yaşayabilir (43).

2.1.3.3. Stresli Yaşam Olayları: Panik bozukluğu tanısı alan hastaların panik atak geçirdiği dönemlerdeki yaşam olayları incelendiğinde, büyük çoğunlukta bir yakınından ayrılma, iş değiştirme, ev değiştirme, mezun olma, bir yakının vefatı, fiziksel bir rahatsızlık gibi çeşitli stresörlere rastlanmaktadır (18). Yapılan bir başka çalışma, panik atak öncesi on iki hafta içinde yaşanan aile içi şiddet, maddi zorluklar gibi stresli yaşam olaylarının PB şiddetini ve panik atak sıklığını yordadığını göstermiştir (44).

2.1.4. Klinik Özellikler

2.1.4.1. Semptomatoloji:

2.1.4.1.a. Panik atağı: Algılanan bir tehdit karşısında yoğun fiziksel duyuların eşlik ettiği tepki panik atak olarak tanımlanır (43). PB tanısı konulabilmesi için kişinin en azından hastalığın başlangıç dönemlerinde bir panik atak geçirmiş olması gerekir (18). Panik atağı tek başına bir ruhsal bozukluk değildir. Yalnızca kaygı bozukluklarında değil, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanım bozuklukları gibi farklı durumlarda da panik atağı görülebilir (4). DSM-5'e göre "çarpıntı ya da kalbin hızlı atması, terleme, titreme ya da sarsılma, nefesin daralması, soluğun tıkanıp durması, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi, ayakta duramama, bayılacak gibi olma, titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması, derealizasyon ya da depersonalizasyon,

çıldırma ya da denetimini yitirme korkusu, ölüm korkusu” belirtilerinden en az dördünün görüldüğü, yoğun korku ya da sıkıntı durumu panik atak olarak adlandırılır (4).

Tek bir panik atak sonrasında bile olguların 2/3’ünde PB, yaklaşık yarısında depresyon gelişme ihtimali yüksektir (12). Panik atağın en şiddetli dönemi genelde 5-10 dakika kadar kısa sürer, nadiren yarım saati bulabilir. Ancak başta ne olduğunu anlamlandıramayan hasta korkuyla acil servislere başvurur. Kısa bir süre sonra ise yatışmaya başlar (2).

2.1.4.1.b. Beklenti anksiyetesi: Yaşanılan bir panik atak sonrası tekrar atak geçirmeye ilişkin korkuya beklenti anksiyetesi denir. Beklenti anksiyetesi içinde olan kişinin bedenine yönelik ilgisi artar ve solunum, kalp vb. ile ilgili en ufak değişikliğe karşı tetikte beklemektedir. Bu bekleyiş tekrar atak geçirme riskini artırmakta ve agorafobik kaçınmaya öncülük etmektedir (12, 2)

2.1.4.1.c. Agorafobi: Hastalar tekrar panik atağı geçirebilecekleri korkusuyla atağı tetikleyebileceğini ya da atak geçirirse yardım alamayacağını düşündükleri durum, yer ya da olaylardan kaçınmaya çalışabilirler. Bu durum ‘agorafobi’ olarak adlandırılır. Kaçınma davranışı başta kaygıyı yatıştırmaya yardımcı olsa da uzun vadede hastalığın süregelenleşerek şiddetlenmesine neden olur. Agorafobi tanısı, PB olup olmadığına bakılmaksızın ayrı bir tanı olarak konur. Ancak PB olgularının büyük çoğunluğuna agorafobi eşlik eder. Bu tip durumlarda hastalığın şiddeti, eş tanı oranları ve yeti yitimi daha fazla artmaktadır (45, 12).

2.1.4.2. Tanı:

DSM-5’e göre PB tanı kriterleri şunlardır:

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

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

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

2. Terleme

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

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

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

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

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye 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 korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi, takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi,

örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır) (4).

2.1.4.3. Ayırıcı Tanı:

2.1.4.3.1. Ayırıcı Tanıda Fiziksel Hastalıklar: Panik ataklar tıbbi bir duruma bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle tıbbi hastalık öyküsü iyi araştırılmalıdır. Bedensel hastalık tanısı dışlanmadan psikojenik değerlendirme yapılmamalıdır. Panik atak belirtilerine benzer tıbbi durumlar arasında endokrinolojik hastalıklar (hipertiroidi, Cushing sendromu, menopoz, hipoglisemi vb.), kardiyovasküler rahatsızlıklar (mitral kapak prolapsusu, kardiyak aritmi, konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon vb.), solunum hastalıkları (astım, pulmoner emboli) gibi birçok örnek verilebilir. Ayrıca aşırı kafein tüketimi, alkol veya madde yoksunluğu, bazı antipsikotikler de panik atak tepkilerine benzer belirtilere yol açabilir (2, 12).

2.1.4.3.2. Ayırıcı Tanıda Ruhsal Hastalıklar: Panik bozukluğu, sıklıkla yaygın anksiyete ve fobik bozukluklarla karıştırılabilmektedir. PB'de tanı koydurucu temel belirti beklenmeyen, ani gelişen panik ataklarıdır. Beklenti anksiyetesinin şiddetli olması yaygın anksiyete bozukluğuna benzerlik gösterebilmektedir. Ancak yaygın anksiyete bozukluğu uzun sürelidir ve kaygının şiddeti panik ataklardaki kadar yüksek değildir. Fobiler ise özel bir nesne ya da durumla karşılaşıldığında ortaya çıkar. Bu sebeple PB'de olduğu gibi kaygı tepkileri beklenmedik değildir (2, 12). Paranooid psikozlarda ve şizofrenide, kötülük görme sanrıları ya da korkutucu işitme-görme varsanıları sonucunda da panik nöbetlerine benzer şiddetli korku tepkileri ortaya çıkabilir (2).

2.1.4.4. Eş Tanı: Panik bozukluğu nadiren tek başına görülür. Yapılan bir çalışmada PB'nin %93'ünde eş tanıya rastlanmıştır (46). Eş tanı olduğunda hastalığın şiddeti ve gidişat olumsuz etkilenmekte, işlevsellikte daha fazla düşüş görülmektedir. PB'ye en sık eşlik eden rahatsızlık majör depresyondur (12, 46, 47, 48). Majör depresyon dışında PB'ye sıklıkla agorafobi, bipolar bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk eşlik etmektedir (2, 12). Bir başka çalışma

PB'ye %35 yaygın anksiyete, %31 majör depresyon, %19 özgül fobi, %13 distimi, %10 sosyal fobi ve %8 obsesif kompulsif bozukluk eşlik ettiğini göstermektedir (49). PB'ye sosyal fobinin eşlik etmesi, yaşam boyu depresyon gelişme olasılığını büyük oranda artırmaktadır (18). PB'ye eşlik eden kişilik bozuklukları ise sıklıkla çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğudur (50). Borderline ve paranoid kişilik bozuklukları da PB'ye eşlik edebilmektedir. Kişilik bozukluklarının PB'ye eşlik etmesi tedavi seyrini olumsuz etkilemektedir (51). Ayrıca PB-duygudurum bozuklukları eş tanısı durumlarında intihar olasılığı daha yüksek olduğundan eş tanı değerlendirmeleri dikkatle yapılmalıdır (12).

2.2.KİŞİLİK

Kişilik kavramı kaynağını eski Yunan tiyatrolarında geçen 'persona' kelimesinden almaktadır. 'Persona' gerçek kişiliği değil tiyatrodaki sergilenen maskeli tiplere ifade etmektedir. Günümüzde ise kişilik, "içsel kaynaklardan ortaya çıkan ve yaygın olarak kişinin davranışlarına hakim olan, biyolojik tabiatı ve deneysel olarak öğrenilenleri kapsayan, kişinin algılama, öğrenme, düşünme, başa çıkma ve davranış örüntüleri" olarak tanımlanabilir (6). Daha genel bir ifadeyle ise kişilik, "bireyi diğerlerinden ayıran, bireye özgü, tutarlı ve yapılaşmış özellikler bütünü" olarak açıklanabilir (5).

'Kişilik', 'karakter' ve 'mizaç' çoğu kez birbirinin yerine kullanılan, ancak birbirinden farklı kavramlardır. Karakter ve mizaç kavramları kişiliğin iki temel bileşenidir. 'Mizaç' diğer bir ifadeyle 'huy', doğuştan getirilen, biyolojik temele dayanan davranış eğilimleri olarak tanımlanır. 'Karakter' ise daha çok öğrenme ve sosyal çevre etkisiyle gelişen algılayış biçimi, başa çıkma becerileridir (2). Karakter, mizaç üzerine oyularak şekillenen yeni bir yapı olarak düşünülebilir. Kişilik ise mizaç ve karakterin dinamik etkileşiminden doğan bir sonuç olarak düşünülebilir (6).

2.2.1. Kişiliğin Sınıflandırılması

Kişilik özelliklerinin sınıflandırılma çabaları çok eski çağlara dayanmaktadır. Kategorik modellerin yanı sıra boyutsal modeller son yıllarda ön plana çıkmıştır. Gözlemlenen davranışların kaydedilmesi ve benzer özelliklerin kümelerine ayrılması ile boyutsal modeller tanımlanmıştır. Bunlar arasında Hans Eysenck'in üç boyutlu

modeli, Paul Costa ve Robert McCrae'nin beş faktör modeli, Cloninger'in dört mizaç, üç karakter boyutundan oluşan yedi faktör psikobiyojik modeli sayılabilir (2, 6).

2.2.2. Cloninger'in Psikobiyojik Kişilik Kuramı ve Mizaç-Karakter Envanteri

Cloninger'in mizaç ve karakterden oluşan iki bileşenli psikobiyojik modeli, patolojik durumların yanı sıra normal kişiliği tanımlayabilmemizi sağlar. Bu modele göre birbirinden bağımsız dört boyuttan oluşan mizaç ile üç farklı boyuttan oluşan karakter, kişiliği oluşturur. Cloninger'in kuramı kişiliğin hem genetik, nörobiyojik temelini, hem gelişimsel etmenlerini, hem davranışsal ve emosyonel yapısını, hem de psikiyatrik bozukluklara olan etkisini açıklaması bakımından oldukça kapsamlı ve bilgi verici bir içeriğe sahiptir (52). Bu model, ikiz ve aile çalışmaları, uzun süreli gelişim çalışmaları, nörofarmokolojik ve nörodavranışsal çalışmalar ve psikometrik ölçümler temel alınarak oluşturulmuştur (53).

Cloninger'in kişilik modeli diğer modellerin aksine, bellek tipleri ile sosyal ve biyojik belirleyicileri de dikkate almıştır. Bireyin yenilik, tehlike ve farklı ödül tiplerine verdiği yanıtlar incelenerek temel duyguların algısal bilgi işleme süreçlerini nasıl etkilediği incelenmiştir. Bu sayede özellikle koşullu uyaranlara verilen bilinçdışı tepkiler gibi erken öğrenme özellikleriyle kalıtsal eğilimlerin bağlantısı aydınlatılmıştır (53).

Mizaç, biyojik ve genetik yanı baskın olan, temel emosyonel uyaranlara otomatik olarak eşlik eden, yaşam boyunca nadiren değişikliğe uğrayan, 'kişiliğin duygusal özü'dür. Frontal, temporal ve limbik kortikal bölgelerdeki nöral faaliyetler mizaç boyutlarında rol oynar. Cloninger'in modelinde mizaç, farklı nörotransmitter dizgelerinden etkilenen, birbirinden bağımsız dört boyuttan oluşur: Yenilik Arayışı (YA), Zarardan Kaçınma (ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB), Sebati Etme (SE). YA'nın dopamin ile, ZK'nın serotonin ve GABA ile, ÖB'nin düşük bazal nöradrenerjik aktivite ile, SE'nin glutamat ve serotonin ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (53, 54, 55).

Karakter, iç görü ve olgunlaşma ile gelişen, kültürel çevreden etkilenen, istemli tutumları etkileyen 'kişiliğin kavramsal özü'dür. Karakter, neokorteks ve

hipokampus aracılığıyla düzenlenen soyutlama, yorumlama, çözümleme, tümevarım gibi üst bilişsel işlevleri içerir. Bu yüksek işlevler, mizaçla düzenlenen duygulanım ve kognitif süreçler için önemlidir ve benlik algısı ile dış dünya algısı oluşumunda rol oynar. Cloninger'in kişilik modelinde karakter, Kendini Yönetme (KY), İş Birliği Yapma (İY) ve Kendini Aşma (KA) boyutlarından oluşur (53).

Cloninger'in tanımladığı bu modelde yer alan kişilik boyutları Temperament and Character Inventory (TCI) ile ölçülmektedir. Türkçeye Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) olarak çevrilmiştir. Cloninger'in Mizaç Karakter Envanteri, YA, ZK, ÖB ve SE'den oluşan dört boyutlu mizaç bileşenini, KY, İY, KA'dan oluşan 3 boyutlu karakter bileşenini içermektedir. YA dört alt boyuttan oluşur: YA1 (keşfetmekten heyecan duyma/ kayıtsız katılık hali); YA2 (dürtüsellik/iyice düşünme); YA3 (savurganlık/tutumluluk); YA4 (düzensizlik/düzenlilik). ZK'nin alt boyutları ise ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık/sınırsız iyimserlik), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK3 (yabancılardan çekinme), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık)'dan oluşur. ÖB; ÖB1 (duygusallık), ÖB2 (bağlanma), ÖB3 (bağımlılık) alt boyutlarını içermektedir. SE ise tek alt boyuttan oluşmaktadır. Karakter bileşenlerinden KY beş alt boyuta sahiptir: KY1 (sorumluluk alma/suçlama), KY2 (amaçlılık/amaçsızlık), KY3 (beceriklilik/atalet), KY4 (kendini kabullenme/ kendisiyle çekişme), KY5 (uyumlu ikincil mizaç/olumsuz alışkanlıklar). İY'nin alt boyutları ise İY1 (sosyal kabullenme/sosyal hoşgörüsüzlük), İY2 (empati/sosyal kayıtsızlık), İY3 (yardımseverlik/yardım sevmeme), İY4 (merhametlilik/intikamcılık), İY5 (erdemlilik, vicdanlılık/kendine çıkar sağlama)'dan oluşur. Son olarak KA ise KA1 (kendinden geçme/kendilik bilincinde yaşama), KA2 (kişiler arası özdeşim/kendi kendine ayrışma, KA3 (manevi kabul-akılcı maddecilik) alt boyutlarını içermektedir (53, 62).

2.2.3. Mizaç Boyutları:

2.2.3.1. Yenilik Arayışı (YA): YA skoru yüksek olan bireyler, heyecanlı, meraklı, dürtüsel karar veren, ödül alma ihtimali olduğunda aşırılık ve taşkınlık gösteren, çabuk sinirlenen, abartılı ve düzensiz kişilerdir. Yüksek YA'nın avantajı yeni ve alışıldık olmayan durumlara karşı hızlıca uyum sağlanabilmesidir. Dezavantajları ise hayal kırıklığına uğradıkları durumlarda hızlıca öfkeye

kapılmaları, heveslerinin hızlıca kaçması sonucu tutarsız ilişkiler yaşamalarına neden olmaktadır. YA puanı düşük olan bireyler ise sakin, soğukkanlı, monoton, meraksız, tekdüzeliğe karşı sabırlı, sistematik ve düzenli kişilerdir. YA mizaç boyutunun dopaminle bağlantılı olduğu düşünülmektedir (52, 54). Alt ölçekleri:

YA1 (keşfetmekten heyecan duyma/ kayıtsız katılık hali): YA1 alt ölçeğinden yüksek puan alan bireyler yeni yerler ve durumlar keşfetmekten zevk alırlar. Macera aramaya meyilli oldukları için, yeni fikirler ve aktivitelere kolayca heyecanlanırlar. Rutin olan şeylere karşı son derece toleranssızdırlar ve bu yüzden yenilikçi ve geleneksel olmayan bireylerdir. Bu alt ölçekten düşük puan alan bireylerin ise yeni uyaranlara ihtiyaçları yok denecek kadar azdır. Tanıdık yerleri, insanları, durumları daha çok tercih ederler. Yeni fikirlere karşı direnç gösterirler ve rutinlerden kolay kolay sıkılmazlar (52, 54).

YA2 (dürtüsellik/iyice düşünme): Bu alt ölçekten yüksek puan alan bireyler, dürtüsel davranan, heyecanlı, hızlı karar veren kişilerdir. Genellikle içgüdülerine göre hareket ettikleri için fikirleri de sıkça değişime uğrar. Dikkatleri kolay dağılır ve ilgi alanları kısa sürelidir. Ölçek puanı düşük olanlar ise dürtüsel bireylerin tam tersine analitik düşünen, görüş bildirmeden önce ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyan, odaklanma süreleri uzun bireylerdir (52, 54).

YA3 (savurganlık/tutumluluk): Savurganlık alt ölçeğinden yüksek puan alanlar paraları, duyguları ve enerjileri ile abartılı olma eğilimindeki kişilerdir. Tasarruf etmek yerine para harcamayı tercih ederler. Özel planlar veya tatiller için bile para biriktirmekte zorlanırlar. Bu alt ölçekte düşük puan alan bireyler ise paralarını, enerjilerini ve duygularını boşa harcamayan, kontrollü kişilerdir. Başkaları tarafından tutumlu veya cimri olarak nitelendirilebilirler (52, 54).

YA4 (düzensizlik/düzenlilik): Bu alt ölçekte yüksek skora sahip bireyler çabuk öfkelenen ve düzensiz kişilerdir. İsteklerini elde edemediklerinde öfkelerini dışarı vurma eğilimleri fazladır. Katı kurallar ve düzenlemeleri, sabit rutinleri sevmezler. Düzensizlik alt ölçeğinden düşük puan alanlar ise düzenli ve sistematik olma

eğilimindedir. Engellenmelere maruz kaldıklarında hazzı erteleyebilme güçleri çoğu insana göre daha çok gelişmiştir. Öfkelerini belli etmeleri uzun zaman alır (52, 54).

2.2.3.2. Zarardan Kaçınma (ZK): ZK puanı yüksek olan bireyler sosyal durumlarda kısıtlanmış ve utangaç hissederler. Normalde diğer insanları kaygılandırmayacak durumlarda bile gergin, endişeli, dikkatli, şüpheli, pasif, olumsuz, karamsar olma eğilimindedirler. Enerji seviyeleri düşüktür ve kronik olarak yorgundurlar. Çoğu insana göre daha çok cesaretlendirilmeye ihtiyaçları vardır ve eleştirilere karşı kırılırlar. Yüksek ZK'nın avantajı, olumsuz durumlara karşı artmış dikkatleri sayesinde olası tehlikeleri öngörebilme ihtimalleri yüksektir. Tehlike ihtimalinin çok az olduğu durumlarda bile gereksiz kaygıya ve karamsarlığa kapılıyor oluşları ise dezavantaj olarak sayılabilir. Buna karşın ZK skoru düşük olan bireyler tehlikeli durumlarda bile kaygısız, cesur, rahat ve iyimser olma eğilimindedir. Enerjileri yüksek, güçlü ve dinamik bireylerdir. ZK mizaç boyutunun serotonerjik aktivite ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (52, 54, 55). Alt ölçekleri:

ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık/sınırsız iyimserlik): Bu alt ölçekteki yüksek skorlar iki farklı davranış örüntüsü ortaya çıkarır. Birinci örüntü, zarar ve başarısızlığa karşı hassas, karamsar, endişeli bireylerin oluşturduğu davranış örüntüsüdür. Bu eğilim tehlikeli ve belirsiz durumlarda daha fazla ortaya çıkabileceği gibi zararsız ve güvenli koşullarda da belirebilmektedir. İkincisi, bu bireyler küçük düşürücü ve utandırıcı durumlarda baş etmekte oldukça zorlanırlar ve bu tarz deneyimler zihinlerini uzun süre meşgul eder. ZK1 alt ölçeğinden düşük skor elde eden bireyler ise iyimser kişiler olarak tanımlanmaktadır. Bu kişiler zorluklarla yüzleşmekte sıkıntı yaşamazlar ve utandırıcı durumların üstesinden kolayca gelebilirler (52, 54).

ZK2 (belirsizlik korkusu): ZK2 alt ölçeğinden yüksek skor elde edenler belirsizliğe ve alışılmadık durumlara tahammül edemezler. Bilinmez durumlar karşısında anksiyöz hissetmeleri nedeniyle nadiren risk alırlar ve rutinin dışına çıkmak istemezler. Belirsizlik korkusu düşük olan bireyler ise çoğu kişinin olumsuz bulunduğu

durumlarda bile sakin, kendinden emin ve güvenli olma eğilimindedirler. Bu sebeple kolayca risk alabilirler ve değişikliklere hızlıca uyum sağlayabilirler (52, 54).

ZK3 (yabancılardan çekinme): Bu alt ölçekte yüksek skora sahip kişiler sosyal ortamlarda utangaç ve özgüvensiz olarak tanımlanırlar. Yeni insanlarla tanışmaktan kaçınırlar ve bu kişilere güvenmekte zorlanırlar. Buna karşılık bu ölçekten elde edilen düşük puanlar cesur, dost canlısı, içi dışı bir olan bireyleri temsil eder. Konuşmaları ve tavırları rahattır, sosyal faaliyetlere kolayca katılırlar. Yabancılara karşı utangaçlık seviyeleri düşüktür (52, 54).

ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık): Düşük enerjili ve astenik olma bu alt ölçekten yüksek puan alanların özelliğidir. Çok çabuk yorulurlar ve sık dinlenmeye ihtiyaç duyarlar. Basit hastalıklar ve stres durumlarında diğer insanlara göre daha yavaş iyileşirler. Ölçekten düşük puan alanlar ise enerjik ve dinamiktirler. Zor ve yorucu şeylere karşı dayanıklıdırlar. Hastalıkları çabuk atlatırlar (52, 54).

2.2.3.3. Ödül Bağımlılığı (ÖB): Ödül bağımlılığı alanında yüksek puan alan bireyler şefkatli, sıcak, merhametli, sevgi dolu, onay bağımlısı ve sosyalliğe eğilimli kişilerdir. Girdikleri her ortamda sevecekleri bir kişi bulurlar. Yüksek ÖB'nin avantajı sıcak sosyal ilişkiler kurmaya ve başkalarının duygularını anlamaya yatkın oluşlarıdır. Dezavantajı ise başkalarının görüşlerinden kolayca etkilenen bağımlı yapıları nedeniyle nesnelliklerini kaybedebilirler. Ödül bağımlılığı düşük olan bireyler soğuk, duyarsız, inatçı, katı fikirli olarak tanımlanabilirler. Yalnız kalmaktan memnundurlar ve mesafeyi korumayı severler. Düşük ÖB'nin avantajı duygusal düşüncelerden bağımsız olmaları ve nesnel görüşlerini koruyabilmeleridir. Ancak bu durum sosyal iletişimde hassasiyet eksikliğine ve sıcak sosyal ilişkiler kurulamamasına neden olabilir. ÖB mizaç boyutunun noradrenerjik sistem ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (52, 54). Alt ölçekleri:

ÖB1 (duygusallık): Yüksek ÖB1 duygusal, sempatik ve anlayışlı olma ile karakterizedir. Duygularını başkalarına ifade edebilmede oldukça iyidirler. Ölçekten düşük puan alanlar ise tam tersi sert ve soğuk görünürler. Duygusal şarkılar filmler

gibi emasyon yüklü durumlardan etkilenmezler ve bu tarz Şeyleri sıkıcı bulurlar. Diğer insanların duygularına karşı duyarsız olmaları nedeniyle sosyal ilişki kurmaları zorlaŐır (52, 54).

B2 (bağlanma): Bağlanma alt leğinden yüksek puan alanlar mahremiyet yerine samimiyeti tercih ederler. Deneyimlerini ve duygularını paylaşmaktan sakınmazlar. Bu sayede sıcak ve kalıcı sosyal bağlar kurabilirler. Ancak reddedilmeye ve hor görülmeye karşı hassastırlar. Ölçekte düşük puan alanlar ise sosyal iliŐkilerde ilgisiz, kendi kendine yeten, duygularını paylaşmaktan kaıman, uzak ve yalnız bireyler olarak tanımlanabilirler (52, 54).

B3 (bağımlılık): Yüksek skorlar duygusal destek ve başkalarının onayına bağımlı olma ile karakterizedir. Başkalarının kendilerini nasıl gördüğünü aŐırđ derecede önemserler. Kendi baŐlarına karar verme veya bir Şey yapmakta çok zorlanırlar. Destek ve korunma ihtiyacıyla başkalarını sürekli memnun etmeye çalışırlar. Dolayısıyla eleŐtirildiklerinde ve onaylanmadđklarında son derece incinirler. B3 puanđ düşük olanlar ise onaylanma ihtiyacı hissetmezler ve eleŐtirilerden etkilenmezler. Başkalarından destek almak için diğerlerinin istediğini yapma, başkalarını memnun etme ihtiyacı hissetmezler. Bağımsız ve kendine yeten bireyler olarak nitelendirilirler (52, 54).

2.2.3.4. Sebat Etme (SE): SE puanđ yüksek olan bireyler zorluklara ve yorgunluğa rağmen alıŐkan, istikrarlı ve gayretli olma eğilimindedir. Yapılacak bir görev olduğunda gönüllü olmaya hazırdırlar. Hayal kırıklıklarını, eleştirileri, hataları bir meydan okuma olarak görürler ve kolay kolay pes etmezler. Başarı için büyük fedakârlıklar yapabilen hırslı bireylerdir. Mükemmeliyetçi ve işkolik olma eğilimleri bu mizaç boyutu ile ilişkilidir. SE puanđ düşük olan bireyler ise yapmak zorunda olmadıkları işler için nadiren gönüllü olurlar. Şu anki baŐarılarından memnundurlar ve yaptıklarının daha iyisini yapabilecek kapasiteleri olmasına rağmen kendilerini zorlamazlar. Eleştiri, engeller ve yorgunluk karşısında kolayca pes etme eğilimleri vardır (52, 54).

2.2.4. Karakter Boyutları

2.2.4.1. Kendini Yönetme (KY): Bu karakter boyutundan yüksek puan alanlar kendine yetebilen, olgun, hedef odaklı, güçlü, sorumlu bireyler olarak tanımlanır. Özgüvenleri yüksektir ve sorunlarını kendileri çözebilirler. Başkalarının emirlerini yerine getirme söz konusu olduğunda kendini yöneten bireyler uyumsuzluk yaşayabilirler. KY skoru düşük olan bireyler ise zayıf, kırılgan, suçlayıcı, sorumsuz, güvenilmez ve tepkisel kişiler olarak ifade edilirler. Anlamli içsel hedefler kurma konusunda başarısızdırlar. Düşük KY, olgunlaşamama veya kişilik bozukluklarının temel belirleyicisidir (52). Alt ölçekleri:

KY1 (sorumluluk alma/suçlama): Bu alt boyutta yüksek puan alan kişiler tutum, davranış ve sorunlarının kendi yaptıkları seçimler sonucu olduğunu kabul ederler. Tutumlarının ve davranışlarının sorumluluğunu alırlar. Diğerleri tarafından güvenilir ve dürüst kişiler olarak tanımlanırlar. Düşük puana sahip bireyler ise sorunlar karşısında diğer kişileri veya dışsal olayları suçlarlar. Yaptıkları işlerin sorumluluğunu üstlenmekten kaçınırlar. Bu sebeple güvenilmez ve sorumsuz olarak tarif edilirler (52, 54).

KY2 (amaçlılık/amaçsızlık): KY2 alt ölçeğinden yüksek skor elde edenlerin hayatlarında net amaçları ve bu amaçlarına ulaşabilmek için hazzı erteleyebilme güçleri vardır. Yaşamlarında net bir anlam ve yön mevcuttur. Aksine düşük puan elde eden bireyler ise yaşamlarında amaç bulma noktasında çok zorlanırlar. Hayatlarının boş olduğunu anlık dürtüler haricinde yaşamın bir anlam ifade etmediğini düşünürler. Bu nedenle yalnızca anlık ihtiyaçlara cevap verirler, uzun süreli hedefler planlamaları söz konusu değildir (52, 54).

KY3 (beceriklilik/atalet): Bu alt ölçek puanı yüksek olan bireyler becerikli, verimli, sorun çözen, üretken, yenilikçi olarak tanımlanır. Düşük puan alanlar ise çaresiz, aciz, ümitsiz, problem çözmede yetersiz bireylerdir. İşlerini halletme konusunda başkalarının liderlik etmesini beklerler (54).

KY4 (kendini kabullenme/ kendisiyle çekişme): KY4 skoru yüksek olan bireyler güçlerini ve sınırlarını iyi bilen, kendine güvenen, kendini kabullenmiş kişiler olarak tanımlanır. Olmadıkları bir şeymiş gibi davranmak yerine ellerinden gelenin en iyisini yapmaya çalışırlar. Eksikliklerini gidermeye yönelik bu çabaları sırasında ise kendilerini fiziksel ve zihinsel olarak rahat hissederler. Buna karşılık ölçekten düşük puan alanlar, kendilerinden memnun olmayan, kapasitelerini kabullenemeyen, düşük benlik algısına sahip, oldukları gibi görünmekten ziyade olmak istedikleri gibi davranış sergileyen kişilerdir (52, 54).

KY5 (uyumlu ikincil mizaç/olumsuz alışkanlıklar): Bu alt ölçekten yüksek skor elde eden bireyler hedefleriyle uyumlu, olumlu alışkanlıklara sahip, öz disiplini yüksek, başarılı kişilerdir. KY5 alt ölçek puanı düşük olanlar ise zayıf iradeli, kendine zarar veren, isteksiz, hedeflerine ulaşmakta zorlanan kişiler olarak nitelendirilirler (52).

2.2.4.2. İş Birliği Yapma (İY): Bu karakter boyutundan yüksek puan almak diğerleriyle iş birliğine yatkınlık, empatik, hoşgörülü, destekleyici ve adil olmak ile karakterizedir. Kendilerinin yanı sıra başkalarının ihtiyaçlarını da anlar ve saygı duyarlar. Bu kapasite sosyal ortamlarda ve ekip çalışmalarında son derece önem kazanır. Düşük puan alanlar ise eleştirel, bencil, hoşgörüsüz, intikamcı, fırsatçı olarak tanımlanırlar. Bu bireyler önce kendilerini düşünüp başkalarının haklarını ve duygularını umursamazlar. Bu tarz kişiler etik dışı davranışları nedeniyle zorba olarak tanımlanırlar (52, 54). Alt ölçekleri:

İY1 (sosyal kabullenme/sosyal hoşgörüsüzlük): Hoşgörülü, arkadaş canlısı, diğerlerini olduğu gibi kabul eden bireyler bu alt ölçekten yüksek skor elde ederler. Düşük puan alanlar ise düşmanca ve hoşgörüsüz olarak tanımlanırlar. Diğer insanlara karşı sabırsız, toleranssız ve eleştireldirler (52, 54).

İY2 (empati/sosyal kayıtsızlık): Diğer insanların duygularına önem veren, kendini başkalarının yerine koyabilen, düşünceli, saygılı bireyler bu ölçekten yüksek puan alırlar. Kendi yargılarından arınmış bir şekilde karşı tarafı anlayabilirler. Bu alt ölçekten düşük puan alanlar ise duyarsız bireyler olarak tanımlanırlar. Başkalarının

duygularını dikkate almazlar ve diğer insanların amaçlarına, duygularına saygı duymakta güçlük çekerler (52, 54).

İY3 (yardımseverlik/yardım sevmeme): Bu alt boyuttaki yüksek puanlar güven verici, destekleyici, yardımsever olma ile ilişkilidir. Bilgi ve becerilerini diğerleriyle paylaşmaktan, takım çalışması içinde olmaktan hoşnutluk duyarlar. Düşük puan alanlar ise saygısız, benmerkezci, egoist olma eğilimindeki kişilerdir. Genelde yalnız çalışmayı tercih ederler (52, 54).

İY4 (merhametlilik/intikamcılık): İY4 puanı yüksek olan bireyler bağışlayıcı, hayırsever, yardımsever, şefkatli kişiler olarak nitelendirilirler. Kötü muamele görseler bile intikam alma hevesleri gözlenmez. Kindar değildirler. Aksine düşük puan alanlar ise kendilerini inciten insanlardan açık veya gizli olarak intikam almayı bir zafer olarak görürler. Diğerine fiziksel, maddi, manevi zarar vermek gibi agresif örüntülere sahiptirler. Kin tutma, inatçılık, erteleme, kasıtlı unutkanlık gibi pasif agresif tepkiler de gösterebilirler (52, 54).

İY5 (erdemlilik, vicdanlılık/kendine çıkar sağlama): Bu alt ölçekten yüksek puan alanlar vicdanlı, adil, dürüst olmaları ile karakterize edilir. Bu kişiler her türlü ilişkilerinde etik ilkeler doğrultusunda hareket eder. Düşük skor elde edenler ise manipülatif, aldatıcı, hedefine ulaşmak uğruna her şeyi yapabilen, çıkarıcı kişiler olarak tanımlanırlar (52, 54).

2.2.4.3. Kendini Aşma (KA): Kendini Aşma karakter boyutundan yüksek puan alan bireyler sabırlı, adaletli, maneviyatı yüksek, sade ve alçakgönüllü olarak tanımlanırlar. Ülkülere, aydınlanmaya ve inançlara yatkınlık görülür. Belirsizliği iyi tolere edebilen, sonucunu bilmedikleri faaliyetleri kontrol zorunluluğu hissetmeden keyif alabilen, başarıya da başarısızlığa da minnettarlık duyabilen, bilge kişiler olarak tanınırlar. Bu özellik ilerleyen yaşla birlikte ölüme ve acıya karşı uyum sağlayabilmeye yardımcı olur. Şizoid kişilik bozukluğu olanlarda KA puanı düşük bulunmaktadır. Bu ölçek puanı düşük olanlar materyalist, gururlu, sabırsız olma eğilimindedir. Belirsizliğe ve sürprizlere tahammül edemezler. Bu nedenle sürekli

kontrol kurma çabaları gözlemlenir. Batı toplumlarında bu özellik bilimselliğe yakın, rasyonel oluşları nedeniyle olumlu karşılanabilmektedir. Ancak ilerleyen yaşlarda ölümü kabullenmekte güçlük çekmeleri uyum problemlerine neden olabilir (2, 52, 54). Alt ölçekleri:

KA1 (kendinden geçme/kendilik bilincinde yaşama): Bu alt ölçekte yüksek puan alanlar bir işe odaklandıklarında ya da derin bir ilişkide olduklarında kendilerini kaybetme eğilimindedirler. Zamanı ve mekânı unutmuş gibi göründükleri bir çeşit 'başka bir dünyada olma' hali gözlemlenir. Bu kişiler genelde yaratıcı ve özgün olurlar. Bu ölçekten düşük puan alanlar ise nadiren kendinden geçme deneyimi yaşarlar ve nadiren bir sanat eseri vb. güzelliklerden derinlemesine etkilenirler (52).

KA2 (kişiler arası özdeşim/kendi kendine ayrışma): KA2 puanı yüksek olan bireyler doğa ve evrenle olağanüstü bir bütünlük hissi yaşarlar. Evrendeki her şeyin canlı bir organizmanın parçaları olduğuna inanırlar. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için fedakârlık yapmaktan çekinmezler. Düşük puana sahip olanlar ise doğayla ve diğer insanlarla nadiren güçlü bağlar kurarlar. Daha çok bireysel özellikler gösterirler (52, 54).

KA3 (manevi kabul-akılcı maddecilik): Bu alt ölçekten yüksek puan alan kişilerin belirgin özelliği mucizelere ve telepati, altıncı his gibi doğaüstü fenomenlere inançlarının yüksek olmasıdır. Büyüsel düşüncelere yatkınlıkları vardır. İlahi güce olan inançları sayesinde ölüm ve hastalıkla daha kolay başa çıkabilirler. Buna karşın ölçekten düşük puan alanlar materyalist ve nesnel ampimizmi kabul eden kişilerdir. Bilimsel olarak kanıtlanabilen şeylerin gerçekliğini esas alırlar (52, 54).

2.2.5.Panik Bozukluğu ile Mizaç/Karakter İlişkisi

Cloninger'in modeline göre anksiyete bozukluklarında yüksek ZK ile düşük YA, KY ve ÖB görülür (56). Literatürde bu görüşü sımayan birçok çalışmaya rastlanmaktadır. Cloninger'in psikobiyolojik modeli ele alınarak yapılan bu çalışmalar, kullandıkları kişilik ölçeği açısından iki grupta incelenebilir: Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) ve Temperament and Character

Inventory (TCI). Cloninger tarafından geliştirilen TPQ kişilik boyutları açısından yalnızca YA, ZK ve ÖB boyutlarını içermektedir. Yine Cloninger tarafından diğer kişilik boyutlarının da eklenmesi ile TCI oluşturulmuştur. Bu anlamda TPQ, TCI'nin öncülü sayılabilir.

Kişilik ve PB arasındaki ilişkiyi TPQ ile inceleyen birçok çalışma, PB tanılı hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek ZK puanı aldıklarını göstermektedir (57, 58, 59, 60).

Mochcovitch ve arkadaşları tarafından (61) mizaç ve karakter boyutlarının majör depresyon ve PB ile ilişkisinin incelendiği bir derleme çalışmasına, on tanesi majör depresyon üçü PB ile ilgili on üç araştırma dâhil edilmiştir. Bu derleme çalışması ZK ve KY boyutları açısından on üç çalışmanın da birbiri ile tutarlı olduğunu söylemektedir. Sonuç olarak yüksek ZK ve düşük KY profili hem depresif belirtiler hem de anksiyete belirtileri ile ilişkilidir (61).

2.3. BAĞLANMA KURAMI

2.3.1. Bağlanma Kuramının Gelişimi

Bağlanma, “yaşamın ilk bir yılı içinde bebeklerin güvenlik ve rahatlama için bakıcılarıyla aralarında geliştirdikleri duygusal bağ” olarak tanımlanır (63). Bağlanma kuramı özellikle John Bowlby ve Mary Ainsworth'ün çalışmaları ile şekillenmiştir.

Bowlby'nin düşünceleri daha çok psikanalitik teoriye ve anne-çocuk arasındaki ilk ilişkilerin önemine yapılan vurguya dayanır (7). Psikanalitik görüşe göre kişiliğin temel taşı çocuğun ilk insan ilişkileri ile şekillenir ancak bu ilişkinin temeli ve doğası üzerine bir fikir birliğine ulaşılmamıştır. Bu konuya ilişkin literatürde dört temel görüş bulunmaktaydı (64):

i. Çocuğun besin ve sıcaklık gibi giderilmesi gereken bir takım fizyolojik ihtiyaçları vardır. Bir insan figürü özellikle anne tarafından bu ihtiyaçların giderilmesi zamanla annenin bir doyum kaynağı olduğunun öğrenilmesine yol açar ve bu öğrenme sonucu anne ile bağ oluşur. Bu teori İkincil Dürtü teorisi olarak adlandırılır.

ii. İçgüdüsel olarak insan memesine bağlanma, emme ve oral yoldan sahip olma eğiliminin oluşu ile memeye bağlanan bebek zamanla bir annenin var olduğunu öğrenir. Buna Birincil Emilen Nesne teorisi denir.

iii. Bebeklerin yiyecek ve sıcaklık gibi birincil ihtiyaçlarının dışında bir insana yapışma ve temasta bulunma gibi ihtiyaçları da vardır. Buna Birincil Nesne Yapışması teorisi denmektedir.

iiii. Bebeklerin anne rahminden ayrılmaya tepkileri ve oraya dönme çabaları ise Birincil Rahme Dönüş Arzusu olarak tanımlanır.

Önerilen bu dört hipotez Bowlby tarafından geliştirilerek bağlanma kuramının oluşumuna zemin hazırlamıştır. İkincil Dürtü teorisi bebeklerin annelerini fizyolojik ihtiyaçlarının giderilmesi sırasında kurulan koşullanma nedeniyle sevdiklerini ve bağ kurduklarını öne sürmekteydi (65). Bu görüşe 1935'te Lorenz'in kazlarla yaptığı çalışmaları sayesinde ilk kez şüphe ile yaklaşılmaya başlandı. Lorenz'in çalışması yavru kazların bir yiyecek ya da ödül almadan da bağlanma davranışı geliştirebildiğini göstermesi açısından önemlidir (66). İkincil Dürtü teorisini desteklemeyen bir başka çalışmaya da Harlow'un alyanaklı maymunlarla yürüttüğü deneyler örnek verilebilir. Harlow' un deneyinde yavru maymunlara biri demir kaplı ancak süt içebilecekleri, diğeri yumuşak kumaş kaplı anne düzeneğinden oluşan iki seçenek sunuldu. Maymunların süt olmasa bile bez anneleriyle daha çok vakit geçirdiği gözlemlendi. Kafese korkutucu bir cisim konulduğunda dahi maymunlar yine bez annelerine sığındılar (67).

Harlow ve Lorenz'in çalışmaları, Bowlby'nin bağlanma kuramının temel çıkış noktaları olarak sayılabilir. Bowlby'e göre bebek bağlanma oluşturmak için biyolojik olarak önceden programlanmıştır, çünkü bu durum bebeğin hayatta kalabilmesi için gereklidir. Bağlanma ilişkisi kurulduğunda bağlanılan kişinin varlığı bebeğe bir rahatlık duygusu sağlar ve dünyanın geri kalanını keşfetmede bu kişi güvenli bir üs görevi görür (66). Bebek, bağlanmaya aracılık edecek bir takım davranış biçimleri geliştirir. Bu tepkilerden ikisi ağlama ve gülümsemedir; bu davranışlar anneyi bebeğe götüren ve yakınlığı sürdürmeye yarayan davranış eğilimleridir. Diğer ikisi izleme ve yapışmadır. Bunlar da bebeğin anneye gitmesi ve yakınlığın sürdürülmesine yarar. Bağlanmaya aracılık eden bir diğer davranış ise emmedir (66) .

Dördüncü aylar gibi daha ileri zamanlarda gözlemlenen bağlanma davranışlarına örnek ise anneye farklı gülümseme, tehlike duyduğunda anneye yapışma gibi hareketler sayılabilir. Bir diğer gelişmiş bağlanma davranışı ise çocuğun bağlandığı annenin varlığında ve yokluğunda farklı davranışlar göstermesidir (68). Bebek emeklemeye başladığında diğer nesnelere keşfetmeye yarayan küçük gezintilere çıkar. Bu esnada kendini rahatlatmak için zaman zaman arkasına bakarak annesinin varlığını kontrol eder. Anne orada değilse veya bebek korkmuşsa bu keşif gezisi anında sona erer. Kısa sürede anneye geri döner ya da anne orada değilse savunmasızca ağlar (66).

Bakım verenin çocuğa karşı tekrarlayan davranış örüntüleri sonucu çocuğun zihninde bilişsel temsiller oluşur. Bağlanma kuramında bu temsiller 'içsel çalışan modeller' olarak adlandırılır. İçsel çalışan modeller temel olarak kişinin kendisine ve başkasına dair beklenti, inanç ve tutumlarını içeren zihinsel bir harita gibidir (42, 131). İçsel çalışan modeller yaşamın ilk yılında oluşmaya başlar, birkaç yıl içinde kapsamlı ve yerleşik hale gelir. Bu modeller oluşuktan sonra bireyin yaşadığı deneyimleri şekillendirmeye, dikkati ve belleği etkilemeye başlar. Kişi girdiği her yeni ilişkide aşına olduğu örüntüye göre davranışlarını şekillendirir (7; 69).

2.3.2. Çocuklukta Bağlanma Biçimleri

Ainsworth ve arkadaşları ampirik çalışmalarından yola çıkarak bağlanmayı kategorilere ayırmışlardır. Yabancı durum deneyi adı verilen bu çalışma, on iki ve on sekiz ay aralığında bulunan bebeklerin, sekiz bölümden oluşan bir dizi davranış durumlarının gözlemlenmesini içermekteydi. Anne ile bebek bir odaya alınarak, anne odadan çıktığında, anne odaya döndüğünde, ortamda bir yabancı olduğunda vb. durumlarda bebeğin nasıl tepkiler verdiğine göre bağlanma stilinin ne olduğuna karar verilmiştir. Bu tepkilere göre üç bağlanma kategorisi belirlenmiştir: güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçınan bağlanma (70).

Güvenli bağlanan çocuklar anne ayrıldığında tepki gösterirler ancak anne döndüğünde kolayca sakinleşebilirler. Ayrıca yabancı birinin varlığında anne yokken uzak davranışlar sergilemelerine karşın, anne ortamdayken yabancıyla yakınlık kurabilirler. Kaygılı/ikircikli bağlanan çocuklar annelerinin yokluğunda çok yoğun sıkıntı yaşarlar, anne döndüğünde bile yatışmaları çok zor olur, yabancılara karşı

yüksek kaygı gösterirler. Kaçınan bağlanma örüntüsüne sahip çocuklar ise anne ortamdaki ayrıldığında herhangi bir üzüntü tepkisi göstermezler, anne döndüğünde de ilgisiz görünürler. Annelerine verdikleri tepkiler yabancıya verdikleri tepkilerden çok farklı değildir (70). Bu üç bağlanma stiline ek olarak daha sonra düzensiz/dezorganize bağlanma türü eklenmiştir (71).

2.3.3. Yetişkinlikte Bağlanma Biçimleri

Erişkin bağlanma stillerine ilişkin ilk çalışmalara Main ve arkadaşlarının (72), bireylerin anne-baba ilişkileri ile kişilik yapılarını inceledikleri yarı yapılandırılmış görüşmeleri örnek verilebilir. Bu görüşmelerde anne-babayla ilişkinin niteliği Ainsworth'ün çocuklukta bağlanma stillerine göre kategorize edilmiştir. Güvenli bağlanma stiline sahip kişilerin çocukluk anılarını daha çok hatırladığı, kaçınan ve saplantılı bağlananların ise çocukluk anılarını bütünleştirmede zorluk yaşadığını gözlemlemiştir (72).

Hazan ve Shaver ise yetişkinlerde bağlanma stillerini romantik ilişkiler üzerinden inceleyerek çalışma yürütmüşlerdir. Yürüttükleri çalışma sonucu kategorize ettikleri yetişkin bağlanma stilleri, Ainsworth'ün çalışmasındaki çocukluk bağlanma stilleri ile örtüşmektedir. Güvenli bağlanan yetişkinler çiftleriyle mutlu, uyumlu ve güvenli tutumlar sergilerler. Ayrıca bu kişiler sosyal ilişkilerinde girişken ve yüksek özgüvenli bireylerdir. Kaygılı bağlanan bireyler ise takıntılı, kıskanç, duygusal dalgalanmaları fazla olan, başkalarıyla yakınlık kurmada zorlanan kişilerdir. Kaçınan bağlanma örüntüsüne sahip bireyler ise yakın ilişki kurmaktan korktukları için ilişkiden kaçınırlar ve kendilerini açmaktan hoşnut olmazlar (73, 74).

Hazan ve Shaver'in üç kategorili yetişkin bağlanma stillerinden farklı olarak Bartholomew ve Horowitz dördü bağlanma modelini oluşturmuşlardır. Bu modelde bireyin kendilik ve öteki algılarına göre güvenli, korkulu, saplantılı ve kayıtsız olmak üzere dört bağlanma çeşidinden bahsedilmektedir. Güvenli bağlanma stiline sahip kişilerin kendisi ve başkaları hakkındaki bilişsel modelleri olumludur. Rahatça yakınlık kurabilirler. Diğer üç bağlanma stili güvensiz bağlanmanın alt kategorileridir. Kayıtsız bağlanan kişilerin kendilerine yönelik olumlu, başkalarına yönelik olumsuz algıları vardır. Olumlu benlik algılarını sürdürmek ve reddedilme korkularından uzaklaşmak için ilişki kurmaktan kaçınarak, bağımsız ve güçlü olmaya

çabalarlar. Saplantılı bağlanan yetişkinler ise kayıtsız bağlananların aksine, kendilerini değersiz ötekileri olumlu olarak algırlarlar. Bu yüzden sürekli onay ihtiyacına sahiptirler ve aşırı yakınlık kurmak isterler. Son olarak korkulu bağlanan kişilerin ise hem kendilerine hem başkalarına yönelik olumsuz temsilleri vardır. Kendisinin sevilmediğine başkalarının da reddedici olduğuna inandığı için ilişki kurmaktan kaçınırlar (75).

Çocuklukta anne babaya karşı olan bağlanma eğilimleri ergenlikte arkadaşlara, yetişkinlikte romantik ilişkilerin yaşandığı kişilere karşı baskın olma eğilimindedir (69).

2.3.4. Bağlanma ve Psikopatoloji

Güvensiz bağlanma stiline sahip olmanın yaşamın ilerleyen yıllarında psikopatoloji görülme olasılığını artırdığı düşünülmektedir. Bağlanma kuramına göre çocuğun kendisi ve ötekine dair oluşturduğu güvenli nesne temsilleri psikopatoloji oluşumunda koruyucu bir etkiye sahiptir (42, 131). Ayrıca bağlanma stilleri bireyin psikopatoloji ile baş etme biçimini de doğrudan etkilemektedir (76).

Kaygılı-ikircikli bağlanma biçimi daha çok anksiyete ve depresif bozukluklarla ilişkili olarak görülürken, kaçınan bağlanma stili somatizasyon veya dışsallaştırma sorunlarıyla ilişkilendirilmektedir (77, 78). Güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkili görülen çocukluk dönemi psikopatolojilerine örnek ise bebeklik depresyonu, ayrılık kaygısı bozukluğu ve tepkisel bağlanma bozuklukları sayılabilir (79).

Ward ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre kayıtsız bağlanma stiline sahip kişilerin %63'ü, saplantılı bağlananların %100'ü, dezorganize bağlananların %65'inin psikiyatrik tanı almasına karşın bu oran güvenli bağlananlarda %32'dir (80).

Bağlanma stillerinin panik bozukluk, sosyal fobi, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve kronik ağrı bozukluğu ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88). Ayrıca şizofreninin başlangıç yaşı, seyri, negatif ve pozitif sendrom puanları ile bağlanma stilleri arasında da korelasyona rastlanmıştır (89).

2.3.5. Bağlanma ve Kişilik

Bağlanma teorisi ilk formülasyonundan bu yana bireyin başkalarıyla ilişki kurma tarzını ve kişiliğindeki bireysel farklılıkları anlamada kilit bir çerçeve haline gelmiştir (90). Yetişkinlikteki kişilik yapısı, yaşamın ilk yıllarındaki bağlanma figürleriyle kurulan ilişkinin ve etkileşimin bir ürünü olarak görülür (42).

Bağlanma biçimleri ile kişilik ilişkisini inceleyen çalışmaların bir kısmı kişilik bozuklukları bağlamındadır. Yapılan çalışmalara göre bağlanma stilleri ile kişilik bozukluklarının ilişkili olduğu düşünülmektedir ve bağlanma stilleri, kişilik bozukluğu semptomlarının seyrini de etkilemektedir (91). Brennan ve Shaver'e (92) göre ise kaygılı ve saplantılı bağlanma stiline sahip olmak, kişilik bozukluğu geliştirme oranını artırmaktadır. Bir başka çalışmaya göre ise kaygılı bağlanmanın B ve C kümesi, kaçınan bağlanmanın ise A kümesi kişilik bozuklukları ile ilişkili olabileceğine dair bulgular mevcuttur (93).

Bağlanma stilleri ile kişilik örüntüleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, korkulu ve saplantılı bağlanan kişilerin nevrotik kişilik özelliklerine, güvenli bağlanan kişilerin ise dışa dönük kişilik özelliklerine sahip olduklarını göstermiştir (94, 95, 96, 97). Bir başka çalışmaya göre ise bağlanma biçimleri ile dışadönüklük, yumuşak başlılık ve uzlaşılabilirlik arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (98). Bir diğer araştırma ise bağlanma biçimi ile obsesif kompulsif kişilik oluşumu arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir (99). Bağlanma biçimi ve kişilik ilişkisini inceleyen bir başka çalışma, annelerin kişilik özelliklerinin çocuğun bağlanma biçimini etkileyebileceğini öne sürmektedir (100).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bu tez çalışması Panik bozukluk tanısı alan hastalarda bağlanma stilleri ve kişilik örüntüleri arasındaki ilişkinin incelendiği betimsel bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Çalışmaya 18- 65 yaş aralığında, Gebze Fatih Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Ocak 2019-Haziran 2019 tarihleri arasında başvuran, DSM 5 tanı kriterlerine göre Panik bozukluk tanısı almış 65 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterleri:

- a. 18-65 yaş aralığında olmak
- b. Okur-yazar olmak
- c. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmak
- d. DSM-V ölçütlerine göre Panik Bozukluk tanısı almış olmak

Dışlama Kriterleri:

- a. 18-65 yaş aralığı dışında olmak
- b. Panik bozukluk dışında başka bir psikiyatrik tanıya sahip olmak
- c. Çalışmaya katılmayı istemeyen bireyler
- d. MKE' de 230. soruda (Bu anket formunda çok yalan söyledim) 'Doğru' seçeneğini işaretleyenler

3.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Psikiyatri polikliniğine Ocak 2019- Haziran 2019 tarihleri arasında muayene/ tedavi için başvuran, DSM 5'e göre Panik bozukluk tanısı konulan kişiler araştırmacıya yönlendirilmiştir. Yönlendirilen olgulara araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında araştırmacı tarafından bilgi verilmiş, araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler hastanenin psikolojik test odasına alınarak onam formu imzalatılmıştır. Ardından gerekli ölçekleri bireysel olarak doldurmaları istenmiştir. Ölçeklerin doldurulması ortalama bir saat sürmüştür.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durumu, fiziksel hastalık öyküsü, panik atak öyküsü (İlk kez ne zaman panik atak geçirdiniz? İlk panik atak nöbetinizden sonra tekrar panik atak geçirdiniz mi? Tekrarlayan panik ataklarınız olduysa ortalama kaç kez ve ne sıklıkta oldu?), ilaç kullanım durumu ile ilgili sorular içermektedir. İstatistiksel değerlendirme sırasında tekrarlayan panik atak sıklığı haftada/günde bir kez ve daha fazlası olarak belirtenler için ‘çok sık’, bir/ iki ayda bir kez ve fazlası ‘sık’, iki aydan fazla zaman aralığı belirtenler için ‘nadiren’ şeklinde sınıflama yapılmıştır. Gizliliğin korunması amacıyla katılımcılardan adı-soyadı bilgisi istenmemiştir (EK 2).

3.4.2. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)

Hazan ve Shaver (73) tarafından geliştirilen ölçeğin ilk bölümü, erişkinleri güvenli, kaçınan ve kaygılı bağlanma stilleri açısından üçe ayıran; a, b, c şıklarını içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır. Daha sonra Mikulincer ve diğerleri (101) tarafından ikinci kısım geliştirilmiştir. İkinci bölüm ise katılımcıların puanlaması gereken 7’li likert tipi 15 maddeden oluşmaktadır. Üç bağlanma stiline karşılık gelen 5’ er maddeden en yüksek puan hangisinden alındıysa katılımcının o bağlanma stiline sahip olduğu varsayılmaktadır (EK 4).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kesebir ve diğerleri (102) tarafından yapılarak, ikinci bölümde anlaşılır olmadığı düşünülen maddeler bölünerek 15’ten 18’e çıkarılmıştır. Ayrıca puanlama sistemi 7’li likert yerine ‘doğru’ veya ‘yanlış’ şeklinde cevaplamaya indirgenmiştir. Yapılan faktör analizi sonucu üç bağımsız faktöre ulaşılmıştır. Ölçeğin 3., 4., 7., 13., 14. ve 16. maddeleri güvenli, 1., 2., 5., 6., 15. ve 17. maddeleri kaçınan, 8., 9., 10., 11., 12. ve 18. maddeleri ise kaygılı/ikircikli bağlanmaya işaret etmektedir. Güvenli, kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma için Cronbach alpha değerleri sırasıyla. 72, .82 ve. 85 olarak saptanmıştır.

3.4.3. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI /MKE)

Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory: TCI), Cloninger'in kişilik kuramından temel alınarak oluşturulmuş 240 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. 'Doğru' ya da 'Yanlış' şeklinde yanıtlanır ve zaman sınırlaması yoktur. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 30- 45 dakika almaktadır. Yedi faktörden oluşan bu kişilik envanteri 4 mizaç boyutu, 3 karakter boyutu içermektedir.

Bu alt boyutlar:

- Yenilik Arayışı (Novelty Seeking)
- Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance)
- Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence)
- Sebat Etme (Persistence)
- Kendi Kendini Yönetme (Self- Directedness)
- İş Birliği Yapma (Cooperativeness)
- Kendi Kendini Aşma (Self- Transcendence)

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları (62) tarafından yapılmıştır (EK 3).

3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

İstatistiksel analizler için **NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı** kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni Dunn test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi

kullanıldı. Ölçeklerin geçerlilik güvenilirlik değerlendirmelerinde Reliability analiz yapılmıştır. Anlamlılık en az $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.6. ETİK KURUL ONAY VE TARİH NUMARASI

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.11.2018 gün ve 2018/7 sayılı toplantısında görüşülerek etik değerlere uygun bulunmuştur (EK 5).

Tanı almış örneklem grubuna Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nün 22.02.2019 gün 34059705-799 sayılı onayı ile ölçek uygulaması yapılmıştır (EK 6).



4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışma Ocak 2019- Haziran 2019 tarihleri arasında Gebze Fatih Devlet Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde %75,4'ü (n=49) kadın, %24,6'sı (n=16) erkek olmak üzere toplam 65 olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları 18 ile 55 arasında değişmekte olup, ortalama $33,52 \pm 9,85$ yıldır; %40,0'ünün (n=26) yaşı 30'un altında iken, %29,2'sinin (n=19) yaşı 30-39 yaş aralığında, %30,8'inin (n=20) ise 40 yaş ve üzerindedir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1.: Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n (%)
Yaş (yıl)	<i>Yaş Grupları (Medyan)</i>	18-55 (31)
	<i>Ort±Ss</i>	33,52±9,85
	< 30 yaş	26 (40,0)
	30- 39 yaş	19 (29,2)
	≥ 40 yaş	20 (30,8)
Cinsiyet	Kadın	49 (75,4)
	Erkek	16 (24,6)
Eğitim durumu	İlkokul	20 (30,8)
	Ortaokul	8 (12,3)
	Lise	15 (23,1)
	Üniversite ve üzeri	22 (33,8)
Gelir durumu	Düşük	13 (20,0)
	Orta	51 (78,5)
	Yüksek	1 (1,5)
Medeni durum	Evli	40 (61,5)
	Bekar	22 (33,9)
	Boşanmış	3 (4,6)

Çalışmaya katılan olguların eğitim durumları incelendiğinde; %30,8'inin (n=20) ilkokul, %12,3'ünün (n=8) ortaokul, %23,1'inin (n=15) lise, %33,8'inin (n=22) üniversite ve üzeridir. Olguların gelir düzeyleri incelendiğinde; %20,0'sinin (n=13) düşük düzeyde, %78,5'inin (n=51) orta düzeyde ve %1,5'inin (n=1) yüksek düzeydedir. Çalışmaya katılanların %61,5'i (n=40) evli iken, %33,9'u (n=22) bekar ve %4,6'sı (n=3) boşanmıştır (Çizelge 4.1).

4.2. PANİK BOZUKLUK HASTALIK SÜRECİNE VE TEDAVİSİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Olguların ilk panik atak geçirme öyküleri 1 gün ile 26 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $5,82 \pm 6,41$ yıl ve medyan 4 yıldır; %27,7'sinin (n=18) ilk atak süresi 1 yıldan az iken, %18,5'inin (n=12) 1-3 yıl, %20,0'sinin (n=13) 4-6 yıl, %7,7'sinin (n=5) 7-9 yıl, %26,2'sinin (n=17) ise 10 yıl ve üzerindedir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2: Panik Bozukluk Hastalık Sürecine ve Tedavisine İlişkin Dağılımlar

		n (%)
İlk panik atak geçirme süresi (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-26 (4)
	<i>Ort±Ss</i>	5,82±6,41
	<1 yıl	18 (27,7)
	1- 3 yıl	12 (18,5)
	4-6 yıl	13 (20,0)
	7-9 yıl	5 (7,7)
	≥ 10 yıl	17 (26,2)
Fiziksel hastalık	Evet	7 (10,8)
	Hayır	58 (89,2)
Tekrar panik atak geçirme	Evet	51 (78,5)
	Hayır	14 (21,5)
Panik atak sıklığı (n=51)	Nadiren	12 (23,5)
	Sık	18 (35,3)
	Çok sık	21 (41,2)
İlaç tedavisi	Evet	30 (46,2)
	Hayır	24 (36,9)
	Önceden aldım	11 (16,9)
Tedavi süresi (n=30)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-12 (0,17)
	<i>Ort±Ss</i>	1,94±3,10
	<1 ay	9 (30,0)
	1 ay- 1 yıl	11 (36,7)
	≥ 1 yıl	10 (33,3)

Olguların %89,2'sinin (n=58) fiziksel hastalığı yokken, %10,8'inin (n=7) fiziksel hastalığı bulunmaktadır; olgularda ankilozan spondilit, astım, bel fitiği, bronşit, dizde lif yırtılması, tiroid, yürürken aksama görülmektedir. Olguların %21,5'i (n=14) tekrar panik atak geçirmezken, %78,5'i (n=51) tekrar panik atak geçirmiştir; %23,5'i (n=12) nadiren, %35,3'ü (n=18) sık, %41,2'si (n=21) çok sık atak geçirmektedir. Olguların %46,2'si (n=30) ilaç tedavisi alırken, %36,9'u (n=24) ilaç tedavisi almamaktadır, %16,9'u (n=11) ise daha önceden tedavi almıştır. Olguların tedavi süreleri 1 gün ile 12 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $1,94 \pm 3,10$ yıl ve medyan 0,17 (2 ay) yıldır; %30,0'unun (n=9) tedavi süresi 1 aydan azken, %36,7'sinin (n=11) 1 ay-1 yıl aralığında, %33,3'ünün (n=10) ise 1 yıl ve üzerindedir (Çizelge 4.2).

4.3. ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ VE MİZAÇ KARAKTER ENVANTERİ PUANLARININ İNCELENMESİ

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durum, fiziksel hastalık varlığı, tekrar panik atak geçirme durumu, ilaç tedavisi alma durumu gibi değişkenlere göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri (MKE) puanları dağılımı Çizelge 4.6' da verilmiştir.

Çizelge 4.3.: Yaşa Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) Mizaç Karakter Envanteri (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi

	Yaş (yıl)			Test değeri; <i>p</i>
	< 30 yaş (n=26)	30-39 yaş (n=19)	≥ 40 yaş (n=20)	
EBBÖ β				
Güvenli	2,96±1,64	2,79±1,58	2,95±1,10	<i>F</i> :0,086 ^ap:0,917
Kaçıngan	3,88±1,28	4,37±1,07	4,50±0,89	χ^2 :3,187 ^bp:0,203
Kaygılı/ ikircikli	3,04±1,80	2,68±1,42	2,70±1,56	<i>F</i> :0,355 ^ap:0,702

Mizaç karakter envanteri β				
Yenilik				<i>F:5,566</i>
arayışı	20,00±4,66	16,53±2,91	16,35±4,65	^a <i>p:0,006**</i>
Zarardan				$\chi^2:0,847$
kaçınma	22,69±6,51	24,53±5,42	23,05±5,20	^b <i>p:0,655</i>
Ödül				<i>F:0,349</i>
bağımlılığı	18,04±3,35	18,63±2,67	17,75±3,92	^a <i>p:0,707</i>
Sebat etme				$\chi^2:7,783$
	4,38±1,86	5,84±1,68	5,55±1,70	^b <i>p:0,020*</i>
Kendi kendini				<i>F:2,111</i>
yönetme	23,62±7,38	27,89±6,27	24,90±7,03	^a <i>p:0,130</i>
İş birliği				<i>F:2,015</i>
yapma	30,04±6,80	30,89±4,46	27,15±6,73	^a <i>p:0,142</i>
Kendi kendini				<i>F:0,098</i>
aşma	19,50±5,22	19,53±5,48	20,15±5,50	^a <i>p:0,907</i>
^a <i>Oneway ANOVA Test</i>		^b <i>Kruskal Wallis Test</i>		[*] <i>p<0.05</i> ^{**} <i>p<0.01</i>
β : Ort±Ss				

4.3.1. Yaşa Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların güvenli, kaçınan ve kaygılı/ ikircikli puanları yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.3).

4.3.2. Yaşa Göre Mizaç karakter envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların yaşlarına göre yenilik arayışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$; $p<0.01$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; yaşı 30'un altında olan olguların yenilik arayışı puanları, 30-39 yaş ile 40 yaş ve üzeri olan olgulardan daha yüksektir (sırasıyla $p=0,025$; $p=0,015$; $p<0,05$). Yaşı 30-39 yaş ile 40 yaş ve üzeri olan olguların yenilik arayışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Olguların yaşlarına göre sebat etme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,020$; $p<0.05$). Farklılığı yaratan

grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; yaşı 30-39 yaş olan olguların sebat etme puanları, yaşı 30'un altında olan olgulardan daha yüksektir ($p=0,027$; $p<0,05$). Diğer grupların sebat etme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Olguların zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma puanları yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4.: Cinsiyetlere Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi

	Cinsiyet		Test değeri; <i>p</i>
	Kadın (n=49)	Erkek (n=16)	
Erişkin bağlanma biçimi ölçeği β			
Güvenli	2,76±1,44	3,38±1,45	<i>t</i> : -1,494 ^c <i>p</i> : 0,140
Kaçıngan	4,29±1,14	4,00±1,10	<i>Z</i> : -0,818 ^d <i>p</i> : 0,413
Kaygılı/ ikircikli	2,88±1,59	2,69±1,70	<i>t</i> : 0,408 ^c <i>p</i> : 0,684
Mizaç karakter envanteri β			
Yenilik arayışı	17,51±4,66	18,94±3,97	<i>t</i> : -1,100 ^c <i>p</i> : 0,275
Zarardan kaçınma	23,71±5,50	22,19±6,65	<i>Z</i> : -0,863 ^d <i>p</i> : 0,388
Ödül bağımlılığı	18,45±3,39	17,13±3,01	<i>t</i> : 1,392 ^c <i>p</i> : 0,169
Sebat etme	5,22±1,91	5,00±1,71	<i>Z</i> : -0,571 ^d <i>p</i> : 0,568
Kendi kendini yönetme	24,94±7,00	26,25±7,48	<i>t</i> : -0,640 ^c <i>p</i> : 0,525
İş birliği yapma	29,22±5,96	29,94±7,37	<i>t</i> : -0,391 ^c <i>p</i> : 0,697
Kendi kendini aşma	19,90±5,19	19,13±5,80	<i>t</i> : 0,503 ^c <i>p</i> : 0,617
^c Student <i>t</i> Test	^d Mann Whitney <i>U</i> Test	β : Ort±Ss	

4.3.3. Cinsiyetlere Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların güvenli, kaçınan ve kaygılı/ ikircikli puanları cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4).

4.3.4. Cinsiyetlere Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma puanları cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5.: Eğitim Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi

	Eğitim durumu				Test değeri; ^b p
	İlkokul (n=20)	Ortaokul (n=8)	Lise (n=15)	Üniversite ve üzeri (n=22)	
EBBÖ β					
Güvenli	3,10±1,25	2,25±1,67	2,60±1,59	3,18±1,44	$\chi^2:2,000$ p:0,572
Kaçınan	4,55±0,94	4,38±1,19	4,13±0,92	3,91±1,34	$\chi^2:2,866$ p:0,413
Kaygılı/ ikircikli	3,10±1,52	3,13±1,13	2,47±1,81	2,73±1,72	$\chi^2:1,964$ p:0,580
MKE β					
Yenilik arayışı	15,85±3,69	18,13±5,36	16,80±4,75	20,32±3,76	$\chi^2:13,049$ p:0,005**
Zarardan kaçınma	23,95±5,37	24,88±5,03	23,07±5,59	22,41±6,67	$\chi^2:1,038$ p:0,792
Ödül bağımlılığı	18,30±3,73	18,38±2,50	17,33±3,85	18,41±2,94	$\chi^2:1,618$ p:0,655
Sebat etme	5,10±1,83	4,88±1,81	5,27±2,12	5,27±1,80	$\chi^2:0,720$ p:0,869
Kendi kendini yönetme	24,75±6,40	22,88±6,22	25,13±7,55	26,68±7,78	$\chi^2:2,760$ p:0,430
İş birliği yapma	27,85±6,32	30,88±6,24	28,20±6,53	31,09±5,98	$\chi^2:4,948$ p:0,176
Kendi kendini aşma	20,00±5,35	19,00±4,60	19,80±5,95	19,64±5,39	$\chi^2:0,164$ p:0,983

^bKruskal Wallis Test

** $p<0,01$

β: Ort±Ss

4.3.5. Eğitim Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların güvenli, kaçınan ve kaygılı/ ikircikli puanları eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.5).

4.3.6. Eğitim Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma puanları eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Olguların eğitim durumlarına göre yenilik arayışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; üniversite ve üzeri mezunu olan olguların yenilik arayışı puanları, ilkokul mezunu olan olgulardan daha yüksektir ($p=0,003$; $p<0,01$). Diğer grupların yenilik arayışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6.: Gelir Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi

	Gelir durumu		Test değeri; d_p
	Düşük (n=13)	Orta/Yüksek (n=52)	
Erişkin bağlanma biçimi ölçeği β			
Güvenli	3,54±1,27	2,75±1,47	Z:-1,722 p:0,085
Kaçınan	4,62±0,96	4,12±1,15	Z:-1,625 p:0,104
Kaygılı/ ikircikli	3,62±1,80	2,63±1,51	Z:-1,850 p:0,064
Mizaç karakter envanteri β			
Yenilik arayışı	17,31±5,38	18,00±4,32	Z:-0,395 p:0,693
Zarardan kaçınma	25,69±6,60	22,75±5,47	Z:-2,156 p:0,031*

Ödül bağımlılığı	19,38±3,55	17,81±3,23	Z:-1,313 p:0,189
Sebat etme	4,85±1,68	5,25±1,90	Z:-0,882 p:0,378
Kendi kendini yönetme	20,46±7,64	26,46±6,47	Z:-2,530 p:0,011*
İş birliği yapma	27,46±6,10	29,88±6,29	Z:-1,405 p:0,160
Kendi kendini aşma	18,23±4,90	20,08±5,39	Z:-1,349 p:0,177
^d Mann Whitney U Test	*p<0.05	β: Ort±Ss	

4.3.7. Gelir Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların güvenli, kaçınan ve kaygılı/ ikircikli puanları gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.6).

4.3.8. Gelir Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebat etme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma puanları gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Gelir durumlarına göre olguların zarardan kaçınma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,031$; $p<0,05$); gelir düzeyi düşük olan olguların zarardan kaçınma puanları, gelir düzeyi orta/yüksek olanlardan daha yüksektir. Gelir durumlarına göre olguların kendi kendini yönetme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,011$; $p<0,05$); gelir düzeyi orta/yüksek olan olguların kendi kendini yönetme puanları, gelir düzeyi düşük olanlardan daha yüksektir (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7.: Medeni Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi

	Medeni durum		Test değeri; p
	Evli (n=40)	Bekar/Boşanmış (n=25)	
Erişkin bağlanma biçimi ölçeği β			
Güvenli	2,88±1,52	2,96±1,37	t:-0,227 ^c p:0,821
Kaçıngan	4,28±1,09	4,12±1,20	Z:-0,436 ^d p:0,663
Kaygılı/ ikircikli	2,45±1,28	3,44±1,89	t:-2,304 ^c p:0,027*
Mizaç karakter envanteri β			
Yenilik arayışı	16,98±4,54	19,28±4,17	t:-2,053 ^c p:0,044*
Zarardan kaçınma	24,20±5,33	21,96±6,31	Z:-1,387 ^d p:0,165
Ödül bağımlılığı	18,63±2,99	17,32±3,73	t:-1,555 ^c p:0,125
Sebat etme	5,55±1,84	4,56±1,73	Z:-2,181 ^d p:0,029*
Kendi kendini yönetme	27,15±5,21	22,24±8,62	t:2,569 ^c p:0,015*
İş birliği yapma	30,78±5,57	27,20±6,83	t:2,305 ^c p:0,024*
Kendi kendini aşma	19,68±5,06	19,76±5,79	t:-0,062 ^c p:0,951
^c Student t Test	^d Mann Whitney U Test	*p<0.05	β : Ort±Ss

4.3.9. Medeni Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların güvenli ve kaçınan puanları medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Olguların medeni durumlarına göre kaygılı/ ikircikli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,027$; $p<0,05$); bekar/boşanmış olguların kaygılı/ ikircikli puanları, evli olanlardan daha yüksektir (Çizelge 4.7).

4.3.10. Medeni Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların medeni durumlarına göre yenilik arayışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,044$; $p<0,05$); bekar/boşanmış olguların yenilik arayışı puanları, evli olanlardan daha yüksektir. Olguların zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve kendi kendini aşma puanları medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.7).

Olguların medeni durumlarına göre sebat etme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,029$; $p<0,05$); evli olguların sebat etme puanları, bekar/boşanmış olanlardan daha yüksektir. Olguların medeni durumlarına göre kendi kendini yönetme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$); evli olguların kendi kendini yönetme puanları, bekar/boşanmış olanlardan daha yüksektir. Olguların medeni durumlarına göre iş birliği yapma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,024$; $p<0,05$); evli olguların iş birliği yapma puanları, bekar/boşanmış olanlardan daha yüksektir (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8. : Fiziksel Hastalık Varlığına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi

	Fiziksel hastalık		Test değeri;
	Evet (n=7)	Hayır (n=58)	^d p
Erişkin bağlanma biçimi ölçeği β			
Güvenli	2,57±1,27	2,95±1,48	Z:-0,661 p:0,509
Kaçıngan	4,86±0,69	4,14±1,15	Z:-1,622 p:0,105
Kaygılı/ ikircikli	3,43±1,81	2,76±1,58	Z:-1,022 p:0,307
Mizaç karakter envanteri β			
Yenilik arayışı	16,29±6,07	18,05±4,32	Z:-0,838 p:0,402
Zarardan kaçınma	27,43±5,19	22,84±5,69	Z:-2,060 p:0,039*
Ödül bağımlılığı	19,29±3,35	17,98±3,33	Z:-1,406 p:0,160
Sebat etme	4,43±1,72	5,26±1,86	Z:-1,202 p:0,229
Kendi kendini yönetme	20,57±8,06	25,83±6,82	Z:-1,600 p:0,110
İş birliği yapma	25,43±9,20	29,88±5,77	Z:-1,272 p:0,203
Kendi kendini aşma	19,29±4,11	19,76±5,46	Z:-0,573 p:0,567
^d Mann Whitney U Test	*p<0.05	β: Ort±Ss	

4.3.11. Fiziksel Hastalık Varlığına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların güvenli, kaçıngan ve kaygılı/ ikircikli puanları fiziksel hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Çizelge 4.8).

4.3.12. Fiziksel Hastalık Varlığına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma puanları fiziksel hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fiziksel hastalık varlığına göre olguların zarardan kaçınma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,039$; $p<0,05$); fiziksel hastalık görülen olguların zarardan kaçınma puanları, fiziksel hastalık görülmeyenlerden daha yüksektir (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.9.: Tekrar Panik Atak Geçirme Durumuna Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi

	Tekrar panik atak geçirme		Test değeri; <i>p</i>
	Evet (n=51)	Hayır (n=14)	
Erişkin bağlanma biçimi ölçeği β			
Güvenli	2,98±1,56	2,64±1,01	<i>t</i> :0,767 <i>p</i>:0,446
Kaçıngan	4,22±1,14	4,21±1,12	<i>Z</i> :-0,216 <i>p</i>:0,829
Kaygılı/ ikircikli	2,84±1,55	2,79±1,85	<i>t</i> :0,118 <i>p</i>:0,907
Mizaç karakter envanteri β			
Yenilik arayışı	17,65±4,76	18,64±3,52	<i>t</i> :-0,729 <i>p</i>:0,469
Zarardan kaçınma	23,14±5,93	24,07±5,36	<i>Z</i> :-0,440 <i>p</i>:0,660
Ödül bağımlılığı	18,08±3,49	18,29±2,79	<i>t</i> :-0,205 <i>p</i>:0,838
Sebat etme	5,14±1,87	5,29±1,86	<i>Z</i> :-0,502 <i>p</i>:0,616

Kendi kendini			<i>t:0,239</i>
yönetme	25,37±7,25	24,86±6,68	<i>^cp:0,812</i>
İş birliği yapma			<i>t:0,602</i>
	29,65±6,30	28,50±6,36	<i>^cp:0,549</i>
Kendi kendini			<i>t:-1,029</i>
aşma	19,35±5,38	21,00±5,01	<i>^cp:0,307</i>
<i>^cStudent t Test</i>	<i>^dMann Whitney U Test</i>	<i>β: Ort±Ss</i>	

4.3.13. Tekrar Panik Atak Geçirme Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların güvenli, kaçınan ve kaygılı/ ikircikli puanları tekrar panik atak geçirme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.9).

4.3.14. Tekrar Panik Atak Geçirme Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma puanları tekrar panik atak geçirme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.10.: İlaç Tedavisi Alma Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (MKE) Puanlarının Değerlendirilmesi

	İlaç tedavisi			Test değeri; ^b p
	Evet (n=30)	Hayır (n=24)	Önceden aldım (n=11)	
EBBÖ β				
Güvenli	2,80±1,56	2,67±1,40	3,73±1,01	$\chi^2:4,700$ p:0,095
Kaçıngan	4,13±0,86	4,38±1,31	4,09±1,38	$\chi^2:1,142$ p:0,565
Kaygılı/ ikircikli	3,00±1,46	2,75±1,85	2,55±1,51	$\chi^2:0,736$ p:0,692
MKE β				
Yenilik arayışı	18,83±4,19	17,29±4,81	16,45±4,50	$\chi^2:3,200$ p:0,202
Zarardan kaçınma	23,73±5,04	23,88±6,43	21,09±6,20	$\chi^2:1,967$ p:0,374
Ödül bağımlılığı	18,73±2,97	17,92±3,60	16,91±3,56	$\chi^2:3,820$ p:0,148
Sebat etme	5,67±1,92	4,71±1,90	4,82±1,25	$\chi^2:4,564$ p:0,102
Kendi kendini yönetme	24,43±7,52	25,13±6,26	27,82±7,60	$\chi^2:1,774$ p:0,412
İş birliği yapma	28,93±6,51	29,71±6,13	30,00±6,48	$\chi^2:0,281$ p:0,869
Kendi kendini aşma	19,67±4,92	19,71±5,81	19,82±5,71	$\chi^2:0,054$ p:0,974
^b Kruskal Wallis Test	β: Ort±Ss			

4.3.15. İlaç Tedavisi Alma Durumlarına Göre Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların güvenli, kaçınan ve kaygılı/ ikircikli puanları ilaç tedavisi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.10).

4.3.16. İlaç Tedavisi Alma Durumlarına Göre Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma puanları ilaç tedavisi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.10).

4.4. ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

4.4.1. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) Puanlarının Dağılımı

Olguların Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) güvenli alt boyut puanları 0 ile 6 arasında değişmekte olup, ortalama $2,91\pm 1,45$ puandır. Kaçınan puanları 1 ile 6 arasında değişmekte olup, ortalama $4,22\pm 1,12$ puandır. Kaygılı/ikircikli puanları 0 ile 6 arasında değişmekte olup, ortalama $2,83\pm 1,61$ puandır (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11.: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) Puanlarının Dağılımı

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's alpha
Güvenli	6	0-6 (2,9)	$2,91\pm 1,45$.69
Kaçınan	6	1-6 (4,2)	$4,22\pm 1,12$.66
Kaygılı/ ikircikli	6	0-6 (2,8)	$2,83\pm 1,61$.66

Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach's alfa değerleri incelendiğinde, güvenli alt boyutu için 0,692; kaçınan alt boyutu için 0,66 ve kaygılı/ikircikli alt boyutu için 0,66'dir. Buna göre ölçeğimiz orta düzeyde güvenilirdir diyebiliriz (Çizelge 4.11).

4.4.2. Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (TCI/MKE) Puanlarının Dağılımı

Olguların Mizaç karakter envanteri Ölçeği yenilik arayışı alt boyut puanı 9 ile 26 arasında değişmekte olup, ortalama $17,86 \pm 4,51$ puan; zarardan kaçınma alt boyut puanı 7 ile 33 arasında değişmekte olup, ortalama $23,34 \pm 5,78$ puandır. Ödül bağımlılığı alt boyut puanı 9 ile 26 arasında değişmekte olup, ortalama $18,12 \pm 3,33$ puan; sebat etme alt boyut puanı 0 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama $5,17 \pm 1,85$ puandır. Kendi kendini yönetme alt boyut puanı 6 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama $25,26 \pm 7,08$ puan; iş birliği yapma alt boyut puanı 13 ile 29 arasında değişmekte olup, ortalama $29,40 \pm 6,28$ puandır. Kendi kendini aşma alt boyut puanı 4 ile 29 arasında değişmekte olup, ortalama $19,71 \pm 5,31$ puandır (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12: Mizaç Karakter Envanteri Ölçeği (TCI) Puanlarının Dağılımı

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's alpha
Yenilik arayışı (NS)	40	9-26 (17,9)	$17,86 \pm 4,51$	0,624
Zarardan kaçınma (HA)	35	7-33 (23,3)	$23,34 \pm 5,78$	0,815
Ödül bağımlılığı (RD)	24	9-26 (18,1)	$18,12 \pm 3,33$	0,570
Sebat etme (P)	8	0-8 (5,2)	$5,17 \pm 1,85$	0,545
Kendi kendini yönetme (S)	44	6-40 (25,3)	$25,26 \pm 7,08$	0,825
İş birliği yapma (C)	42	13-39 (29,4)	$29,40 \pm 6,28$	0,834
Kendi kendini aşma (ST)	33	4-29 (19,7)	$19,71 \pm 5,31$	0,768

Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's alfa değerleri incelendiğinde; alt boyutlar için 0,54 ile 0,83 arasında değiştiği görülmektedir. Buna göre ölçeğimizin oldukça güvenilir olduğunu söyleyebiliriz (Çizelge 4.12).

artıkça, kaçınan puanı azalan) istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır (r:-0,289; p:0,019; p<0,05) (Çizelge 4.13).

4.4.3.2. Mizaç karakter envanteri ölçeği zarardan kaçınma puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi

Olguların zarardan kaçınma puanı ile güvenli, kaçınan ve kaygılı/ ikircikli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Çizelge 4.13).

4.4.3.3. Mizaç karakter envanteri ölçeği ödül bağımlılığı puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi

Olguların ödül bağımlılığı puanı ile güvenli puanları arasında pozitif yönlü (ödül bağımlılığı puanı artıkça, güvenli puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır (r:0,270; p:0,029; p<0,05). Olguların ödül bağımlılığı puanı ile kaçınan ve kaygılı/ ikircikli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Çizelge 4.13).

4.4.3.4. Mizaç karakter envanteri ölçeği sebat etme puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi

Olguların sebat etme puanı ile güvenli ve kaçınan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Olguların sebat etme puanı ile kaygılı/ ikircikli puanları arasında negatif yönlü (sebat etme puanı artıkça, kaygılı/ ikircikli puanı azalan) istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır (r:-0,332; p:0,007; p<0,01) (Çizelge 4.13).

4.4.3.5. Mizaç karakter envanteri ölçeği kendi kendini yönetme puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi

Olguların kendi kendini yönetme puanı ile güvenli ve kaçınan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Olguların kendi kendini yönetme puanı ile kaygılı/ ikircikli puanları arasında negatif yönlü (kendi kendini yönetme puanı artıkça, kaygılı/ ikircikli puanı azalan) istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ilişki saptanmıştır (r:-0,632; p:0,001; p<0,01) (Çizelge 4.13).

4.4.3.6. Mizaç karakter envanteri ölçeği iş birliği yapma puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi

Olguların iş birliği yapma puanı ile güvenli ve kaygılı/ ikircikli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Olguların iş birliği yapma puanı ile kaçınan puanları arasında negatif yönlü (iş birliği yapma puanı artıçça, kaçınan puanı azalan) istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır ($r:-0,271$; $p:0,029$; $p<0,05$) (Çizelge 4.13).

4.4.3.7. Mizaç karakter envanteri ölçeği kendi kendini aşma puanı ile erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarının ilişkisi

Olguların kendi kendini aşma puanı ile güvenli, kaçınan ve kaygılı/ ikircikli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.13).



5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında panik bozukluk tanısı alan bireylerde, Cloninger'in psikobiyolojik modeli çerçevesinde kişilik boyutları ve bağlanma biçimlerinin ilişkisi incelenmiştir. Giriş kısmında belirtilen hipotezler test edilmiş, elde edilen bulgular literatür ışığında bu bölümde tartışılmıştır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Yapılan bu tez çalışmasında katılımcıların cinsiyet dağılımına baktığımızda kadın katılımcıların erkek katılımcılardan yaklaşık üç kat fazla olması, literatürle uyumlu olarak, kadınlarda PB sıklığının daha fazla olduğunu doğrulamaktadır (3, 15, 18). Ancak bu fark kadın hastaların psikiyatri polikliniğine daha sık başvurmasından da kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda PB hastalarının yaş ortalaması 33.52 olarak bulunmuştur. PB başlangıç yaşı genellikle ergenlik ve otuzlu yaşlar arasında gösterilmektedir (18, 20). Tedavi için başvuranların çoğunluğu 25-45 yaş aralığındadır (18). Bizim çalışmamızda en yüksek yaygınlığın 18-30 yaş aralığında bulunması literatürle uyumlu bir seyir göstermektedir.

Çalışmaya katılan PB tanılı 65 hastanın 7'sinde çeşitli fiziksel hastalıklar (ankilozan spondilit, astım, bel fıtığı, bronşit, dizde lif yırtılması, tiroid, yürürken aksama) vardı. Bu hastalıkların içinde astım ile PB semptomları benzer özelliklere sahip olması açısından tedavi seyrini olumsuz etkileyebilmektedir. PB ve astım prevalansı bizim çalışmamızda sık bulgulanmamasına rağmen yüksek prevalans gösteren çalışmalar mevcuttur (103).

5.2. ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE EBBÖ ve MKE PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

5.2.1 Yaş Değişkenine Göre EBBÖ ve MKE Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda yaşa göre MKE puanları değerlendirildiğinde 30 yaş altındaki olguların YA puanları, 30-39 ve 40 yaş üzeri grubundakilere kıyasla anlamlı

derecede yüksek bulunmuştur. Yaşı 30-39 aralığında olan bireylerin SE puanları ise 30 yaş altındakilere göre daha yüksek bulunmuştur. Psikobiyolojik kurama göre mizaç boyutları kalıtsal olduğu için erken yaşlarda gözlemlenebilirken, karakter boyutları yaşla birlikte gelişim gösterir. Ancak bizim çalışmamızda yaşa göre anlamlı farklılık gösteren değişkenlerin ikisi de mizaç boyutuna ait bulunmuştur. Yaş ile YA arasındaki ters yönlü anlamlı ilişkiye literatürde de rastlanmaktadır (56, 104, 105, 106). Bu bulgular mizaç boyutlarının durağan olmadığını göstermektedir. YA puanlarının gençlerde daha yüksek olması meslek seçimi, iş seçimi, eş seçimi gibi tercihler yapmak zorunda oluşlarıyla, yeni uyaranlara daha açık olmaları şeklinde açıklanabilir. Ayrıca YA kişilik boyutunun dopamin seviyesi ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde, dopamin seviyesinin yaşla birlikte azalması bilgisi ile bizim sonuçlarımız paralellik göstermektedir.

Sebat Etme puanlarının yaşla pozitif korelasyon gösterdiği bulgumuz önceki çalışmalarla uyumludur (107). SE puanlarının yaşla birlikte artması, yaşam deneyimleri arttıkça bireylerin olgunlaşma düzeylerinin artması şeklinde düşünülebilir. SE puanı yüksek olan bireyler zorluklara ve yorgunluğa rağmen çalışkan, istikrarlı ve gayretli olma eğilimindedir. Yapılacak bir görev olduğunda gönüllü olmaya hazırdırlar. Hayal kırıklıklarını, eleştirileri, hataları bir meydan okuma olarak görürler ve kolay kolay pes etmezler. Başarı için büyük fedakârlıklar yapabilen hırslı bireylerdir. Mükemmeliyetçi ve işkolik olma eğilimleri bu mizaç boyutu ile ilişkilidir (52, 54). Bizim bulgularımıza göre de otuzlu yaşlarda kazanılan iş deneyimi ile birlikte, bu yaş aralığında SE puanlarının yüksek oluşu anlamlı görünmektedir.

5.2.2 Eğitim Durumu Değişkenine Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza göre lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olguların YA puanları ilkökul mezunu olan olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yenilik Arayışı puanlarının eğitim düzeyi ile pozitif korelasyona sahip olduğu Cloninger ve arkadaşları (108) tarafından da gösterilmiştir. Diğer mizaç ve karakter boyutları ile eğitim düzeyi arasında korelasyona rastlamayıpımız, Mendlowicz ve arkadaşlarının (109) çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar bize

mizaç boyutlarından biri olan YA'nın tamamen kalıtsal özelliklerden değil, eğitim gibi çevresel koşullardan da etkilenebileceğini göstermesi açısından önemlidir.

5.2.3 Gelir Durumu Değişkenine Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların gelir durumlarına göre MKE puanları değerlendirildiğinde gelir durumu ile ZK ve KY puanları arasında anlamlı ilişki izlenmiştir. Gelir düzeyi düşük olguların ZK puanlarının yüksek, KY puanlarının düşük olması çeşitli şekillerde açıklanabilir. KY boyutunda yüksek puan alanların kendine yetebilen, olgun, hedef odaklı, güçlü, sorumlu, özgüvenleri yüksek ve sorunlarını kendileri çözebilen kişiler olarak tanımlanmasından yola çıkarak iş başarılarının yüksek olabileceği dolayısıyla da gelir düzeylerinin artmış olabileceği şeklinde bir nedensel ilişkiyle açıklanabilir. Aynı zamanda korelasyonun yönü bu çalışmada incelenmediğinden gelir düzeyinin yüksek olmasının özgüvenli olma, güçlü olma gibi özelliklere etki ederek KY puanını yükseltebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

5.2.4 Medeni Duruma Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların medeni durumları açısından MKE puanları değerlendirildiğinde evli bireylerin SE, KY, İY puanları bekar/ boşanmış olanlardan yüksek bulunmuştur. Bu üç kişilik boyutu da PB de tedavi seyrinde, hastalıkla baş etmede, tedavi uyumunda olumlu sayılacak özelliklerdir. PB gibi birçok psikolojik hastalıkta bekar olmanın risk faktörü sayılmasından yola çıkarsak bu araştırma bulgumuz literatürle paralellik göstermektedir.

5.2.5 Fiziksel Hastalık Varlığına Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızın bulguları, herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olan olguların ZK puanlarının, fiziksel hastalık görülmeyenlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürü incelediğimizde ZK yüksekliğinin gerek somatik gerekse psikosomatik birçok hastalıkta risk faktörü olduğu görülmektedir (110). Örneğin bir çalışmada astım hastalarının ZK puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunurken (111), benzer olarak başka bir çalışmada kronik ağrı sendromu olan hastalarda

sağlıklı kontrollere göre ZK puanları yüksek bulunmuştur (112). Yüksek ZK puanına sahip olan bireyler gergin, endişeli, karamsar, enerji seviyeleri düşük, kronik olarak yorgun kişiler olarak tanımlanır. Bu açıdan bakıldığında PB tanılı hastalarda ek olarak fiziksel rahatsızlıkların görülmesi ile ZK puanlarının artması beklenen bir durumdur.

5.2.6 Tekrar Panik Atak Geçirme Durumuna Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların tekrarlayan panik atakları olma durumuna göre yapılan değerlendirmede herhangi bir kişilik boyutunda anlamlı farka rastlanmamıştır. Bu durum PB hastalığının doğasıyla açıklanabilir. Sonuçta tek bir panik atak geçirmenin bile PB gelişiminde etkili olabileceği düşünüldüğünde atakların şiddetinin belirleyici faktör olduğu çıkarımı yapılabilir.

5.2.7 İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre MKE Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza göre ilaç tedavisi alma durumu ile MKE puanları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak literatüre baktığımızda PB hastalarında farmakoterapiyle MKE puanları arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır. Marchesi ve arkadaşlarının çalışmasına göre PB tanılı hastalarda ilaç tedavisi alma ile birlikte ZK puanlarında düşme, SE ve KY puanlarında yükselme saptanmıştır (113).

5.3. ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ) PUANLARININ DAĞILIMI

Katılımcıların Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanları değerlendirildiğinde en yüksek puanların ortalama 4,2 ile kaçınan bağlanma türüne ait olduğu bulgulanmıştır. Kaygılı bağlanma ve güvenli bağlanma puanları ise sırasıyla ortalama 2,8 ve 2,9 ile hemen hemen eşit bulunmuştur. Bağlanma biçimleri ile psikopatolojinin ilişkili olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Bazı çalışmalar ebeveynle erken dönem bağlanma sorunları yaşamının daha sonra PB geliştirme ile bağlantılı olabileceğini öne sürmektedir. Bağlanma figürünün fiziksel

varlığının kaygıyı azalttığı gerçeğinden yola çıkarak, güvensiz bağlanmanın PB ve agorafobi gelişiminde risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Hatta birçok yazar PB'yi 'bağlanma bozukluğu' olarak tanımlamaktadır (114). Örneğin Tweed ve arkadaşlarına göre, 10 yaşından önce annelerini kaybetmiş yetişkinler, agorafobili PB geliştirme açısından annesini erken yaşta kaybetmeyenlerle karşılaştırıldığında, yedi kat fazla riske sahiptir (115).

Bağlanma stillerini dört faktörlü inceleyen çalışmalara bakıldığında PB hastalarında baskın görülen bağlanma stilleri ile ilgili farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin bir çalışmaya göre saplantılı bağlanmanın PB riskini artırdığı, korkulu bağlanmanın ise azalttığı bulgulanmışken (116); bir başka çalışmada anksiyöz bağlanma biçimleri (saplantılı, korkulu) PB ile ilişkili bulunmuştur (117). Ancak bir başka çalışmaya göre ise PB ve bağlanma stilleri arasında ilişki yoktur (82).

Panik bozukluğu tanımlı hastalarda erken ebeveynlik algısını inceleyen bir çalışmaya göre ise, PB grubu sağlıklı kontrollere göre ebeveynlerini daha fazla koruyucu ya da daha az bakım veren olarak puanlamışlardır (118, 119). Özellikle kaygılı-ikircikli bağlanma biçimi daha çok anksiyete ve depresif bozukluklarla ilişkili olarak görülürken, kaçınan bağlanma stili somatizasyon veya dışsallaştırma sorunlarıyla ilişkilendirilmektedir (77, 78). Panik bozukluğu tanısı almış kadınlar arasında kaygılı bağlanma stilinin baskın olduğu görülmüştür (120). Bizim çalışmamızda PB tanımlı hasta grubunda baskın bağlanma biçiminin kaygılı bağlanma olması beklenirken, kaçınan bağlanma türü baskın çıkması ile hipotezimiz desteklenmemiştir. Ancak yine de kaçınan bağlanma türünün de bir çeşit güvensiz bağlanma olmasından yola çıkarsak literatür bilgisiyle sonuçlarımızın uyduğu yorumu yapılabilir. Ayrıca çocuklukta güvenli bağlanma kurulmuş olsa bile sonraki dönemde yaşam olayları ve duygudurum bozuklukları nedeniyle güvenli bağlanmanın bozulabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (121). Bizim çalışmamızda PB tanısı almış hasta grubunun kullanılması, PB hastalığının sonuçlarından olabilen içe çekilmeler, sosyal ve kalabalık ortamlardan panik atak geçireceğim korkusuyla kaçınmalarla birlikte sosyal ilişkilerin bozulması gibi sebeplerle kaçınan bağlanma yüksek çıkmış olabilir. Kaçınan bağlanmanın yüksek çıkmasında olası bir diğer sebep de hastalık durumları nedeniyle etkilenmiş

olabilecek benlik saygısı, duygudurum gibi değişkenler, kişinin yakın ilişkilerini nesnel olarak değerlendirmesinde bozucu etki göstermiş olabilir.

5.4. MİZAÇ KARAKTER ENVANTERİ (MKE) PUANLARININ DAĞILIMI

Cloninger'in modeline göre kişilik boyutlarının bazılarının düşük veya yüksek oluşu psikopatolojiyle ilişkilidir. Örneğin anksiyete bozukluklarında yüksek ZK puanı ile düşük YA, KY ve ÖB puanları görülür (56). Alanyazın incelendiğinde bu bilgiyi destekleyen şekilde PB hastalarında yüksek ZK ve düşük KY profili baskın görünmektedir (122). Bu çalışmada literatür doğrultusunda kurulan hipotezde PB olgu grubunda MKE puan dağılımı açısından yüksek ZK, düşük KY puanları beklenmektedir. Çalışma bulgularımız literatürle benzer yüksek ZK ve düşük KY puanları ile hipotezimizin doğrulandığını göstermektedir. Ampollini ve arkadaşlarının (58) yaptığı çalışmaya göre PB, majör depresyon ve her iki tanıyı almış olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun kişilik özellikleri karşılaştırıldığında, sağlıklı gruba göre diğer üç grupta da yüksek ZK ve düşük ÖB gözlenmiştir. Ayrıca üç grup arasında en yüksek ZK oranı iki tanıyı da almış grupta ölçülmüştür (58). Saviotti'nin çalışmasına göre ise yüksek ZK ve yüksek anksiyete duyarlılığı agorafobi ve PB gelişiminde önemli risk faktörleri sayılabilir (57). Somatizasyon bozukluğu ve PB tanısı olan kadınlar arasında yapılan bir çalışma ise eş tanı grubun yalnızca PB ya da sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek YA puanına sahip olduğunu, PB grubunun ise sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek ZK puanına sahip olduğunu göstermektedir (59). Wiborg'un (60) çalışması ise PB grubuna kişilik bozukluklarının eşlik edip etmemesinin yüksek ZK sonucuna etkilerini görmek üzere tasarlandı. Sonuç olarak herhangi bir kişilik bozukluğunun eşlik etmediği PB hastalarında literatürle uyumlu olarak yüksek ZK skorları izlenmiştir. Bu durum artmış ZK skorlarının komorbid kişilik bozukluğundan etkilenmediğini göstermektedir (60).

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ile değerlendirilen başka bir çalışmada, PB tanısı alanların sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek ZK ve düşük KY puanları aldıkları bildirilmiştir (123). PB hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre

yüksek ZK, düşük KY ve İY puanları göstermesi açısından literatürle uyumlu bir başka çalışma da İzci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (124).

Marchesi ve arkadaşları PB hastalarında bir yıllık farmakolojik tedavi sonrasında kişilik özelliklerinin değişip değişmediğini araştırmışlardır. Bu çalışma sonucunda remisyon göstermeyen hastaların ilk ölçümlerinde sağlıklı gruba göre daha yüksek ZK puanları ve daha düşük SE, KY ve İY puanları aldıkları görülmüştür. İyileşme gösteren hastaların ise yalnızca ZK puanları sağlıklı gönüllülerden yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda, remisyon girenlerin ilk ölçüm ZK puanlarının da remisyon girmeyenlerden daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu çalışma ile düşük KY, SE ve İY puanlarının remisyon girmede zorlaştırıcı bir etkiye sahip olduğu söylenebilir (113).

İnsomnianın panik bozukluğa sıklıkla eşlik etmesinden yola çıkarak Kore’de yapılan bir başka araştırma da PB hastalarındaki kişilik özellikleri ile insomnia arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Araştırmanın başlangıcında PB hastalarında insomni gelişiminde ZK boyutunun önemli bir rol oynayacağı varsayılmış, ancak beklenmedik bir şekilde sonuçlar ZK ile insomni gelişimi arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. Fakat yüksek YA’nın PB hastalarında insomni gelişiminde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun YA mizaç boyutunda etkili olduğu düşünülen dopaminerjik sistemle ilgili olduğu tahmin edilmektedir (125).

Katılımcıların MKE puanlarının dağılımı incelendiğinde, PB olgularında ZK puanlarının yüksek çıkması yönünde kurulan hipotezimiz desteklenmiştir. Bizim çalışmamızda kontrol grubu kullanılmadığı için sağlıklı gruba göre ZK puanlarının anlamlı derecede yüksek olup olmadığı kıyaslanamasa da bulgularımız literatürdeki PB hasta grubuyla benzer yüksek ZK puanları (ort. 23, 3) göstermektedir (123, 126) Örneğin Wachleski ve diğerlerinin (123) çalışmasında ZK puanları sağlıklı kontrol grubunda ortalama 15,21 bulunurken hasta grubunda, bizim çalışma bulgumuzla aynı ortalamaya sahip, 23,20 olarak bulgulanmıştır ve bu fark istatistiki açıdan anlamlıdır. Serotonerjik sistemle ilişkili görülen ZK boyutunda yüksek puan alan bireyler, gergin, endişeli, karamsar, olumsuz uyarılara karşı daha yoğun tepkiler vermeye kalıtsal olarak eğilimli kişiler olarak tanımlanır. Bu bireylerin gelecekteki olası problemlerden yüksek kaçınma davranışı ve belirsizlik korkusu PB geliştirmelerinde etkili faktörler sayılabilir. Özellikle PB teşhisi almada koşul sayılan ‘beklenti

anksiyetesi', ZK mizaç boyutuyla yakın ilişkili görünmektedir. Diğer yandan PB sonrası geliştirilmesi yüksek olasılığa sahip agorafobik kaçınmalar da ZK mizaç boyutu yüksek bireylerden bekleyeceğimiz davranış örüntüleri ile örtüşmektedir. Ayrıca otonom sinir sistemi tepkilerini felaketleştirme eğilimleri de ZK mizaç boyutundan yüksek puan almaları ile ilişkilendirilebilir.

Karakter boyutları açısından KY puanları düşük çıkması öngörülen bu çalışma bulguları literatüre uyumludur ve hipotezimiz desteklenmiştir. Sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslamamız bu araştırma deseninde mümkün olmamıştır ancak ZK puanlarına benzer şekilde literatürdeki ortalama puanlarla kıyaslama yaptığımızda, PB olgularında düşük KY profili bizim çalışmamızda da izlenmiştir. Sağlıklı kontrol gruplarında ortalama 35 gösterilen KY puanları, bizim çalışmamızda ve literatürdeki diğer PB grubu örneğinde ortalama 25 puan olarak bulunmuştur (123, 126). KY skoru düşük olan bireyler zayıf, kırılgan, özgüvenleri düşük, tepkisel, kendine yetemeyen bireyler olarak tarif edilir. PB olgu grubunda KY karakter boyutunun düşük çıkması, hastalıkları sebebiyle yalnız kalmaktan korkmaları, panik atak geçirdiklerinde yardıma ihtiyaç duymaları, kendi kendilerine sakinleşmekte zorlanmaları ile açıklanabilir.

5.5. ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ) İLE MİZAÇ KARAKTER ENVANTERİ (MKE) PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Panik bozukluk tanılı hastalar üzerinde yapılmış bu çalışmada bağlanma biçimleri ve kişilik özelliklerinin ilişkisi, EBBÖ ve MKE puanları arasındaki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Olguların KY puanları ile kaygılı/ikircikli bağlanma puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Olguların YA ve kaçınan bağlanma puanları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki; ÖB ve güvenli bağlanma puanları arasında pozitif yönlü anlamlı zayıf ilişki; SE ile kaygılı/ikircikli bağlanma puanları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki; İY ile kaçınan bağlanma puanları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde PB tanılı hastalarda kişilik örüntülerini ve bağlanma stillerini ayrı ayrı inceleyen birçok çalışmaya rastlansa da bağlanma ve kişilik değişkenlerinin birbiriyle ilişkisinin PB grubunda incelendiği bir çalışmaya bildiğimiz kadarıyla rastlanılmamaktadır. Cloninger'in kişilik modeli açısından baktığımızda karakter ve mizaç alt boyutlarının birçoğunda sosyal ve ilişkisel eğilimleri içeren tanımlamalara rastlarız. Ayrıca bağlanma kuramının bir tür kişilik modeli olması, bağlanma stilleri ile mizaç/ karakter boyutları arasında güçlü korelasyonlar olabileceğini düşündürmektedir. Literatürdeki yaygın sonuçları incelediğimizde, PB grubunun kişilik örüntüleri açısından yüksek ZK, düşük KY profili göstermesi; bağlanma stilleri açısından kaygılı bağlanmanın baskın görülmesinden yola çıkarak, “Panik Bozukluğu tanısı alan hastalarda kişilik boyutlarından ‘Zarardan Kaçınma’ puanları yükseldikçe kaygılı bağlanma puanları artacaktır” ve “Panik Bozukluğu tanısı alan hastalarda kişilik boyutlarından ‘Kendini Yönetme’ puanları düştükçe kaygılı bağlanma puanları artacaktır” hipotezleri sınanmıştır.

Sonuçlara bakıldığında “Panik Bozukluğu tanısı alan hastalarda kişilik boyutlarından ‘Kendini Yönetme’ puanları düştükçe kaygılı bağlanma puanları artacaktır” hipotezimizin doğrulandığı görülmektedir. KY puanı düşük olan bireylerin kırılgan, suçlayıcı, düşük özgüvenli, güçsüz kişilik örüntüleri geliştirmelerinde erken dönem ebeveyn ilişkilerindeki bağlanma sorunlarının etkili olduğu çıkarımı yapılabilir. Korelasyonun diğer yönünden bakacak olursak ise bu karakter boyutlarına sahip olmalarının şimdiki ilişkilerinde zorlanmalar yaratarak kaygılı bağlanmalarına sebep olduğu da düşünülebilir. Diğer hipotezimiz ise ZK puanları ile kaygılı bağlanma puanları arasında korelasyona rastlanmaması nedeniyle doğrulanamamıştır. MacDonald ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bağlanma kaygısı ile KY ve ZK boyutları arasında güçlü korelasyona rastlanıldığı bildirilmiştir (127). Bir başka çalışmaya göre ise güvenli bağlanma stili ile ZK arasında önemli derecede negatif korelasyona, YA, ÖB, İY ve KY kişilik özelliği arasında pozitif korelasyona rastlanmıştır (128). Yine aynı çalışmaya göre kaygılı bağlanma ile ZK ve YA arasında pozitif, KY ile negatif korelasyona rastlanırken; kaçınan bağlanma ile YA arasında negatif korelasyon bulunması bizim çalışma sonucumuzla da desteklenmiştir (128). Benzer bir çalışmada da KY ve İY ile güvenli bağlanma

arasında pozitif korelasyon gösterilmiştir (129). Bizim çalışmamızla paralel sonuçlar gösteren bir başka araştırmada ise ÖB ve KY kişilik boyutları, kaygılı bağlanma stiline en önemli yordayıcısı olarak bulunmuştur (130).

Olguların YA ve kaçınan bağlanma puanları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişkiye; ÖB ve güvenli bağlanma puanları arasında pozitif yönlü anlamlı zayıf ilişkiye rastlamamız Chotai ve diğerlerinin çalışması ile uyumludur (128). Literatüre ek olarak ise SE ile kaygılı/ikircikli bağlanma puanları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki; İY ile kaçınan bağlanma puanları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır. Bu sonuç hem mizaç hem karakter boyutlarının bağlanma stilleriyle ilişkili olabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Bir mizaç boyutu olan SE, zorluklara rağmen çalışkan, istikrarlı ve gayretli olma ile karakterizedir. Bu boyuttan düşük puan alanların kaçınan bağlanma türünde yüksek puan almaları, çocukluk dönemlerindeki destekleyici ve koruyucu ilişkiden mahrum olmaları sonucu eleştiri ve engeller karşısında kolay pes eden bireyler haline gelmiş olabilecekleri şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde İY karakter boyutunda düşük puan alanların kaçınan bağlanma türünde yüksek puan alması, çocukluk döneminde ebeveynlerinin empatik, destekleyici, hoşgörülü olmaması ve bireyin bu özellikleri içselleştirmesi ile açıklanabilir.

6. SONUÇLAR

Bu bölümde ilk olarak çalışmanın sonuçları bütün olarak sunulmuş, ardından kısıtlılıklar ve önerilere yer verilmiştir.

Bu çalışmada PB tanısı almış hasta örnekleminde bağlanma stilleri ile kişilik örüntülerinin ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlara baktığımızda PB tanılı grupta kişilik boyutlarından ‘Kendini Yönetme’ ve bağlanma stillerinden kaygılı bağlanmanın ilişkili olması ile ana hipotezlerimizden biri doğrulanmıştır. Diğer bir hipotezimiz ise ‘Zarardan Kaçınma’ ve kaygılı bağlanma arasında ilişki bulunamaması nedeniyle doğrulanamamıştır. Ancak diğer karakter ve mizaç boyutları incelendiğinde ‘İş Birliği Yapma’ ile kaçınan bağlanma; ‘Sebat Etme’ ve ‘Kendini Yönetme’ ile kaygılı/ikircikli bağlanma; ‘Ödül Bağımlılığı’ ile güvenli bağlanma arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır. Ayrıca bu çalışmada PB örnekleminde baskın bağlanma biçimi olarak kaçınan bağlanma türü bulunmuştur.

Bu çalışmada PB tanılı örneklem grubunun kişilik özellikleri Cloninger’in psikososyal kişilik modeli çerçevesinde yaş, eğitim durumu, medeni durum vb. değişkenler açısından da incelenmiştir. 30 yaş altındaki olguların ‘Yenilik Arayışı’ puanları 30 yaş üzerinelere göre daha yüksek bulunmuştur. 30-39 yaş aralığındaki bireylerin ise ‘Sebat Etme’ kişilik boyutundan 30 yaş altındakilere göre daha yüksek puan elde ettikleri görülmüştür. Eğitim durumu açısından ise bireylerin eğitim düzeyi arttıkça ‘Yenilik Arayışı’ puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca ‘Zarardan Kaçınma’ ve ‘Kendini Yönetme’ kişilik boyutları gelir durumu ile ilişkili bulunmuştur. Medeni durum ise bireylerin ‘Sebat Etme’, ‘Yenilik Arayışı’, ‘Kendini Yönetme’ ve ‘İş Birliği Yapma’ kişilik özellikleri ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuç kişilik özelliklerini yordamada medeni durumun önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Araştırmamızın bir diğer sonucu ise ‘Zarardan Kaçınma’ mizaç boyutunun yüksek çıkmasında fiziksel hastalığa sahip olmanın bir risk faktörü olabileceğidir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı kontrol grubunun kullanılmamış olmasıdır. Sağlıklı kontrol grubu kullanılarak yapılacak benzer çalışmanın daha kapsamlı veri

sağlamada faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmamızda örneklem grubunun sadece Kocaeli’de yaşayan kişilerden ve çoğunlukla kadınlardan oluşması sonuçların genel popülasyona genellenebilirliği açısından diğer kısıtlılıklardandır. Örneklem grubu bu çalışmada yalnızca klinik muayene yöntemi ile belirlenmiştir. Yapılandırılmış görüşme formu veya ölçeklerle klinik tanının güçlendirilmesi ileriki çalışmalar için önerilir. Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı ise kullanılan ölçeklerin öz bildirim dayalı olmasıdır. Katılımcıların kendilerini iyi gösterme eğiliminde olabileceği sonuçların güvenilirliği açısından göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmamızın güçlü yönlerine bakıldığında, eş tanısı olmayan PB tanılı hasta grubuna genel popülasyonda az rastlanmasına rağmen bu çalışmada eş tanısız PB örnekleme geniş sayıda ulaşılması önemlidir. Ölçeklerin uygulanmasında klinik ortamda, araştırmacı eşliğinde veri elde edilmesi güvenilir sonuçlar elde edilmesi açısından faydalıdır. Ayrıca bu araştırmanın Cloninger’in psikobiyolojik modeli çerçevesinde PB tanılı olgularda hem kişiliğin hem bağlanma stillerinin değerlendirildiği ilk çalışma olması bakımından literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir.

Panik bozukluk tanılı bireylerin kişilik özellikleri ve bağlanma stilleri açısından kapsamlı şekilde değerlendirilmesi sağaltım açısından klinisyene aydınlatıcı bilgiler sunabilir. Örneğin ZK kişilik boyutunda yüksek puanlara sahip olmanın anksiyete bozukluklarına yatkınlık ve gidişatta bir risk faktörü olduğu (56) düşünüldüğünde, düşük gelir düzeyine ve fiziksel bir rahatsızlığa sahip PB olgularının yüksek ZK puanına sahip olduğu bulgumuz sağaltım planlamasında göz önünde bulundurulabilir. Bu kişilik boyutunda yapılacak terapötik müdahalelerin tedavi gidişatı açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde KY puanları düşük bireylerde hem farmakolojik hem terapötik tedavilerin bir arada kullanılması PB tedavisinde daha olumlu sonuçlar gösterebilir. Ayrıca PB olgularında kaçınan bağlanma türünün baskın çıktığı bulgusu, terapist-danışan ilişkisini yordamada göz önünde bulundurulması gereken önemli bir değişken olabilir.

KAYNAKLAR

1. Köroğlu, E. (2017). *Kaygılarımız Korkularımız Nelerdir? Nasıl Baş Edilir?* Ankara : HYB Yayıncılık.
2. Öztürk, M. O., & Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Bayt.
3. Davison, G. C., & Neale, J. M. (2011). *Anormal Psikolojisi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
4. APA. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM 5)*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: HYB Yayıncılık.
5. İnanç, B. Y., & Yerlikaya, E. E. (2012). *Kişilik Kuramları*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
6. Aslan, S. (2008). Kişilik, huy ve psikopatoloji. *RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*(1-2), 7-19.
7. Bee, H., & Boyd, D. (2009). *Çocuk Gelişim Psikolojisi*. (O. Gündüz, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
8. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
9. Dozier, M., Stovall, K. C., & Albus, K. E. (1999). Attachment and Psychopathology in Adulthood. J. Cassidy, & P. R. Shaver içinde, *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (s. 497-519). New York: Guilford Press.
10. Silove, D., Parker, G., Pavlovic, D. H., Manicavasagar, V., & Blaszczyński, A. (1991). Parental Representations of Patients with Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 835-841.
11. Shorey, H., & Snyder, C. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 1-20.
12. Pırıldar, Ş. (2010). Panik Bozukluğu. T. Oral içinde, *Psikiyatri* (s. 99-112). İstanbul: 121 Medikal Yayıncılık.
13. Gürel, E., & Muter, C. (2007). Psikomitolojik Terimler: Psikoloji Literatüründe Mitolojinin Kullanılması. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 537-569.
14. Saydam, M. B. (2014). Dış(arı)lananın Dönüşü: Psikolomitolojide "Pan(ik)". *Psikeart Dergisi*, 22-31.
15. Angst, J. (1998). Panic Disorder: History and Epidemiology. *European Psychiatry*, 51-55.
16. Özer, Ş. (2006). Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihi. R. Tükel, & T. Alkın içinde, *Anksiyete Bozuklukları* (s. 3-15). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
17. Tunçer, Ö. (1995). Psikosomatik Açıdan Panik Bozukluk. *Kriz Dergisi*, 138-143.
18. Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 5-13.
19. Schumacher, J., Kristensen, A., Wendland, J., Nothen, M., Mors, O., & McMahon, F. (2011). The Genetics of Panic Disorder. *Journal of Medical Genetics*, 361-368.
20. Thorpe, G. L., Sigmon, S., & Yoon, K. (2012). Agoraphobia and Panic Disorder. *Encyclopedia of Human Behavior*, 68-75.
21. Weissman, M., Bland, R., Canino, G., Faravelli, C., Graanwald, S., & diğerleri. (1997). The Cross-national Epidemiology of Panic Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 305.
22. Rezaki, M., Özgen, G., Kaplan, I., Gürsoy, B., Sağduyu, A., & Öztürk, O. (1995). Results from Ankara Centre. T. Üstün, & N. Sartorius içinde, *Mental Illness in General Health Care* (s. 39-57). Chichester: Wiley Publishers.

23. Kılıç, C. (1998). Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiştirimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. içinde Ankara: Sağlık Bakanlığı.
24. Arısoy, Ö. (2004). Psikiyatrik Genetik. *Düşünen Adam*, 109-125.
25. Kendler, K., Gardner, C., & Prescott, C. (2001). Panic Syndromes in a Population-Based Sample of Male and Female Twins. *Psychological Medicine*, 989-1000.
26. Erdoğan, S. (2007). Panik Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*(10), 3-13.
27. Park, S.-C., & Kim, Y.-K. (2018). A Novel Bio-Psychosocial-Behavioral Treatment Model of Panic Disorder. *Psychiatry Investig*, 1-12.
28. Kim, Y.-K. (2019). Panic Disorder: Current Research and Management Approaches. *Psychiatry Investig*, 1-3.
29. Clark, D. M. (1986). A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 461-470.
30. Freedman, R. R., Ianni, P., Etedgui, E., Pohl, R., & Rainey, J. M. (1984). Psychophysiological Factors in Panic Disorder. *Psychopathology*, 66-73.
31. Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Levitt, M., Dillon, D., Levy, G., . . . Palij, M. (1985). Lactate Provocation of Panic Attacks II. Biochemical and Physiological Findings. *Arch Gen Psychiatry*, 709-719.
32. Yüksel, N. (2002). Panik Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14-21.
33. Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A Reanalysis of Agoraphobia . *Behavior Therapy*, 47-59.
34. Clark, D. M., & Ehlers, A. (1993). An Overview of the Cognitive Theory and Treatment of Panic Disorder. *Applied & Preventive Psychology*, 131-139.
35. Bandura, A. (1988). Self-efficacy Conception of Anxiety. *Anxiety Research*, 77-98.
36. Casey, L. M., Oei, T. P., & Newcombe, P. A. (2004). An İntegrated Cognitive Model of Panic Disorder: The Role of Positive and Negative Cognitions. *Clinical Psychology Review*, 529-555.
37. Fava, L., & Morton, J. (2009). Causal Modeling of Panic Disorder Theories. *Clinical Psychology Review*, 623-637.
38. Oltmanns, T. F., Neale, J. M., & Davison, G. C. (2003). *Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vaka Çalışmaları*. Ankara : Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
39. Shear, M. K., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Busch, F. N., & Shapiro, T. (1993). A Psychodynamic Model of Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 859-866.
40. Busch, F. N., Milrod, B. L., & Singer, M. B. (1999). Theory and Technique in Psychodynamic Treatment of Panic Disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 234-242.
41. Akvardar, Y., Çalpak, E., Etaner, U., Hürol, C., Sunat, H., Tükel, R., . . . Yücel, B. (2006). İnhibisyonlar, Semptomlar ve Anksiyete. *Psikanalitik Kurama Giriş* (s. 109-142). içinde İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
42. Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. II. Separation, Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
43. Köroğlu, E. (2017b). *Panik Bozukluğu Nedir? Nasıl Baş Edilir?* Ankara: HYB Yayıncılık.
44. Moitra, E., Dyck, I., Beard, C., Bjornsson, A. S., Sibrava, N. J., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2011). Impact of Stressful Life Events on the Course of Panic Disorder in Adults. *Journal of Affective Disorders*, 373-376.

45. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 415-424.
46. Saygılı, S., & Karamustafaloğlu, O. (2010). Panik Bozukluğu Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve Komorbidite. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 32-37.
47. Baldwin, D. (1998). Depression and Panic: Comorbidity. *Eur Psychiatry*, 65-70.
48. Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H.-U., Ustun, B., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Lifetime Panic–Depression Comorbidity in the National Comorbidity Survey: Association with Symptoms, Impairment, Course and Help-Seeking. *The British Journal of Psychiatry*, 229-235.
49. Apfeldorf, W. J., Spielman, L. A., Heckelman, L., & Shear, M. K. (2000). Morbidity Of Comorbid Psychiatric Diagnoses in The Clinical Presentation of Panic Disorder. *Depression and Anxiety*, 78-84.
50. Navinés, R., Egmond, E., & Martín-Santos, R. (2016). Panic Disorder and Personality Disorder Comorbidity. A. E. Nardi, & R. C. Freire içinde, *Panic Disorder: Neurobiological and Treatment Aspects* (s. 169-184). Switzerland: Springer. doi:DOI 10.1007/978-3-319-12538-1
51. Kocabaşoğlu, N. (2002). Panik Bozukluğu, Agorafobi ve Diğer Komorbid Durumlar. *Yeni Symposium*, 2(40), 68-75.
52. Köse, S. (2003). A Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI. *Yeni Symposium*, 41, 86-97.
53. Cloninger, C. R., Svrakic, D., & Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 975-989.
54. Cloninger, C. R. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 573-588.
55. Peirson, A., Heuchert, J., Thomala, L., Berk, M., Plein, H., & Cloninger, C. (1999). Relationship between serotonin and the Temperament and Character Inventory. *Psychiatry Research*, 89, 29-37.
56. Cloninger, C. R. (1986). Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 167-226.
57. Saviotti, F. M., Grandi, S., Savron, G., Ermentini, R., Bartolucci, G., Conti, S., & Fava, G. A. (1991). Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *Jourtrul of Affectire Disorder*, 113-117.
58. Ampollini, P., Marchesi, C., Signifredi, R., Ghinaglia, E., Scardovi, F., Codeluppi, S., & Maggini, C. (1999). Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders*, 203-207.
59. Battaglia, M., Bertella, S., Bajo, S., Politi, E., & Bellodi, L. (1998). An Investigation of the Co-Occurrence of Panic and Somatization Disorders Through Temperamental Variables. *Psychosomatic Medicine*, 60, 726-729.
60. Wiborg, I. M., Falkum, E., Dahl, A. A., & Gullberg, C. (2005). Is harm avoidance an essential feature of patients with panic disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 311-314.
61. Mochcovitch, M. D., Nardi, A. E., & Cardoso, A. (2012). Temperament and character dimensions and their relationship to major depression and panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 342-351.
62. Köse, S., Sayar, K., Ak, İ., Aydın, N., Kalelioğlu, Ü., Kırpınar, İ., . . . Cloninger, C. R. (2004). Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 107-131.
63. Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak*. (H. B. Ayvaşık, & M. Sayıl, Çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

64. Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child's Tie to His Mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
65. Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 1-22.
66. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Abebe: <https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf> adresinden alındı
67. Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1959). Affectional Responses in the Infant Monkey. *Science*, 421-432.
68. Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development*, 49-67.
69. Morsünbül, Ü., & Çok, F. (2011). Bağlanma ve İlişkili Değişkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 553-570.
70. Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (2014). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press.
71. Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings içinde, *Attachment in the Preschool Years* (s. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
72. Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66-104.
73. Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
74. Cooper, M., Shaver, P., & Collins, N. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380-1397.
75. 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.
76. Yıldızhan, E. (2017). Bağlanma Teorisi ve Bağlanma Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *Anadolu Kliniği*, 22(1), 66-72.
77. Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Polat, R., & Çekem, B. (2009). Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Bozuklukla İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 38-45.
78. Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö., & Üstündağ, M. F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 321-342.
79. Tüzün, O., & Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1), 24-39.
80. Ward, M. J., Lee, S. S., & Polan, H. J. (2006). Attachment and psychopathology in a community sample. *Attachment & Human Development*, 8(4), 327-340.
81. Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in Individuals With Social Anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety, and Depression. *Emotion*, 1(4), 365-380.
82. Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 796-805.
83. Smith, M., Calam, R., & Bolton, C. (2009). Psychological Factors Linked to Self-Reported Depression Symptoms in Late Adolescence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 73-85.

84. Simpson, J. A., Rholes, W. S., Tran, S., & Wilson, C. L. (2003). Adult Attachment, the Transition to Parenthood, and Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1172-1187.
85. Twaite, J. A., & Rodriguez-Srednicki, O. (2004). Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: the mediating effects of attachment and dissociation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(1), 17-38.
86. Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, 627-637.
87. Myhr, G., Sookman, D., & 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*, 447-456.
88. Levitan, R. D., Atkinson, L., Pedersen, R., Buis, T., Kennedy, S. H., Chopra, K., . . . Segal, Z. V. (2009). A Novel Examination of Atypical Major Depressive Disorder Based on Attachment Theory. *J Clin Psychiatry*, 879-887.
89. Ponizovsky, A. M., Nechamkin, Y., & Rosca, P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 324-331.
90. Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2005). An Attachment Model of Personality Disorders. M. F. Lenzenweger, & J. F. Clarkin içinde, *Major theories of personality disorder* (s. 231-281). New York: Guilford Press.
91. Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L., & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 371-389.
92. Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998). Attachment Styles and Personality Disorders: Their Connections to Each Other and to Parental Divorce, Parental Death, and Perceptions of Parental Caregiving. *Journal of Personality*, 66(5), 835-878.
93. Crawford, T., Shaver, P., Cohen, P., Pilkonis, P., Gillath, O., & Kasen, S. (2006). Self-reported attachment, interpersonal aggression, and personality disorder in a prospective community sample of adolescents and adults. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 331-351.
94. Carver, C. S. (1997). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(8), 865-883.
95. Shaver, P. R., & Brennan, K. A. (1992). Attachment Styles and the "Big Five" Personality Traits: Their Connections with Each Other and with Romantic Relationship Outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(5), 536-545.
96. Wilkinson, R. B., & Walford, W. A. (2001). Attachment and personality in the psychological health of adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 473-484.
97. Onishi, M., Gjerde, P. F., & Block, J. (2001). Personality Implications of Romantic Attachment Patterns in Young Adults: A Multi-Method, Multi-Informant Study. *Social Psychology Bulletin*, 27(9), 1097-1110.
98. Ulusoy, Y. Ö., Akfırat, O. N., & Tura, G. (2018). Ebeveynlere Bağlanma ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki. *Dirençlilik Dergisi*, 2(1), 23-37.
99. Anlı, İ., Türkoğlu, L., & Sağır, R. (2019). Bağlanma biçimleri, kişilik özellikleri ve obsesif kompulsif kişilik oluşumu arasındaki ilişki. *FNG & Demiroğlu Bilim Tıp Dergisi*, 5(1), 26-31.
100. Görgü, E. (2018). Okula devam eden 5-6 yaş grubu çocukların annelerinin bağlanma biçimleri, kişilik özellikleri ve çocukların bağlanma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(1), 186-209.

101. Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of death: A case of affect regulation. *J Pers Soc Psychol*, 273-280.
102. Kesebir, S., Kökçü, F., & Dereboy, F. (2012). Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Yeni Symposium*, 50(2), 99-104.
103. Perna, G., Bertani, A., Politi, E., Colombo, G., & Bellodi, L. (1997). Asthma and Panic Attacks. *Society of Biological Psychiatry*, 625-630.
104. Pelissolo, A., & Lepine, J.-P. (2000). Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory TCI in the French version. *Psychiatry Research*, 67-76.
105. Hansenne, M., Bon, O. L., Gauthier, A., & Anseau, M. (2001). Belgian Normative Data of the Temperament and Character Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 56-62.
106. Arkar, H. (2004). Cloninger'in Psikobiyolojik Kişilik Kuramının Türk Örnekleminde Sınanması. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
107. Yalçın, M. H. (2017). Mizaç Ve Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (Türkçe Tcı-R): Geçerlik, Güvenirliği Ve Faktör Yapısı. *Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi*. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
108. Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data. *Psychological Reports*, 1047-1057.
109. Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Gillin, J. C., Akiskal, H. S., Furlanetto, L. M., Rapaport, M. H., & Kelsoe, J. R. (2000). Sociodemographic predictors of temperament and character. *Journal of Psychiatric Research*, 221-226.
110. Güleç, M. Y. (2009). Psikosomatik Hastalıklarda Mizaç ve Karakter. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 201-214.
111. Malmgren-Olsson, E.-B., & Bergdahl, J. (2006). Temperament and Character Personality Dimensions in Patients With Nonspecific Musculoskeletal Disorders. *Clin J Pain*, 22(7), 625-631.
112. Güleç, M. Y., Güleç, H., Öztuna, F., & Köse, S. (2010). Cloninger's temperament and character dimension of personality in patients with asthma. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 273-287.
113. Marchesi, C., Panfilis, C. D., Cantoni, A., Giannelli, M. R., & Maggini, C. (2008). Effect of pharmacological treatment on temperament and character in panic disorder. *Psychiatry Research*, 147-154.
114. Pacchierotti, C., Bossini, L., Castrogiovanni, A., Pieraccini, F., Soreca, I., & Castrogiovanni, P. (2002). Attachment and panic disorder. *Psychopathology*, 347-354.
115. Tweed, J. L., Schoenbach, V. J., George, L. K., & Blazer, D. G. (1989). The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *he British Journal of Psychiatry*, 154, 823-828.
116. Selbes, A., Berkol, T. D., Kunt, S., Uğurpala, C., Mehtar, M., & Gökçeimam, P. (2018). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Panik Bozukluğu Hastalarında Erişkin Ayrılma Anksiyetesi ve Bağlanma Biçimleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(3), 171-179.
117. Manicavasagar, V., Silove, D., Marnane, C., & Wagner, R. (2009). Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 167-172.
118. Faravelli, C., Panichi, C., Pallanti, S., Paterniti, S., Grecu, L. M., & Rivelli, S. (1991). Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(1), 6-8.

119. Turgeon, L., O'Connor, K. P., Marchand, A., & Freeston, M. H. (2002). Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 310-316.
120. Marazziti, D., Dell'osso, B., Dell'Osso, M. C., Consoli, G., Debbio, A. D., Mungai, F., . . . Dell'Osso, L. (2007). Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr*, 751-756.
121. Klohnen, E., & Bera, S. (1998). Behavioral and experiential patterns of avoidantly and securely attached women across adulthood: A 30-year longitudinal perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 230-250.
122. Karakaş, S., & Arkar, H. (2012). Depresyon ve Kaygının Yordayıcısı Olarak Mizaç ve Karakter Boyutları. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21-30.
123. Wachleski, C., Salum, G. A., Blaya, C., Kipper, L., Paludo, A., Salgado, A. P., & Manfro, G. G. (2008). Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 476-481.
124. İzci, F., Gültekin, B. K., Sağlam, S., Koç, M. İ., Zincir, S. B., & Atmaca, M. (2014). Temperament, character traits, and alexithymia in patients with panic disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 879-885.
125. Na, H. R., Kang, E. H., Yu, B. H., Woo, J. M., Kim, Y. R., Lee, S. H., . . . Chung, S. K. (2011). Relationship between Personality and Insomnia in Panic Disorder Patients. *Psychiatry Investig*, 102-106.
126. Savaş, N. (2012). Panik Bozukluğunda Anksiyete Duyarlılığı ve Mizaç/Karakter Özelliklerinin Tedavi Sonucu Üzerine Etkisi. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
127. MacDonald, K., Berlow, R., & Thomas, M. L. (2013). Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 1-10. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.040i
128. Chotai, J., Jonasson, M., Hägglöf, B., & Adolfsson, R. (2005). Adolescent attachment styles and their relation to the temperament and character traits of personality in a general population. *European Psychiatry*, 251-259.
129. Martinotti, G., Mandelli, L., Nicola, M. D., Serretti, A., Fossati, A., Borrioni, S., . . . Janiri, L. (2008). Psychometric characteristic of the Italian version of the Temperament and Character Inventory—Revised, personality, psychopathology and attachment styles. *Comprehensive Psychiatry*, 514-522.
130. Picardi, A., Caroppo, E., Toni, A., Bitetti, D., & Maria, G. D. (2005). Stability of attachment-related anxiety and avoidance and their relationships with the five-factor model and the psychobiological model of personality. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 327-345.
131. Bowlby, J. (2018). *Bağlanma*. (T. V. Soylu, Çev.) İstanbul: Pinhan Yayıncılık.



EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Prof. Dr. Servet EBRİNÇ ve Psk. Gamze İNAL KIZILKAN tarafından yürütülen bu çalışma, bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada sizden kimlik belirleyici herhangi bir bilgi istenmemektedir. Cevaplar tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilerek elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlar kapsamında kullanılacaktır.

Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz ölçekleri cevaplamayı bırakıp çalışmayı sonlandırmakta serbestsiniz. Araştırma ve ölçeklerle ilgili gerekli bilgiler araştırmacı tarafından size açıklanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının İmzası:.....

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

- Yaşınız:
- Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- Eğitim Durumunuz: İlkokul () Ortaokul () Lise mezunu () Üniversite ve üzeri ()
- Gelir Düzeyiniz: Düşük () Orta () Yüksek ()
- Medeni Durumunuz: Evli () Bekar () Boşanmış ()
- Fiziksel Hastalığınız Var mı? Evet () Hayır ()
- Fiziksel Hastalığınız Varsa Neler?
.....
- İlk Kez Ne Zaman Panik Atak Geçirdiniz?GünAy.....Yıl önce
- İlk panik atak nöbetinizden sonra tekrar panik atak geçirdiniz mi? Evet () Hayır ()
- Tekrarlayan panik ataklarınız olduysa ortalama kaç kez ve ne sıklıkta oldu? kez
.....günde bir defa /ayda bir defa /yılıda bir defa
- Panik Bozukluğu rahatsızlığınızla ilgili ilaç tedavisi alıyor musunuz? Evet () Hayır () Daha Önce Aldım ()
- Panik Bozukluğu rahatsızlığınızla ilgili ilaç tedavisi alıyorsanız ne kadar süredir alıyorsunuz?.....

EK 3. MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ (MKE/ TCI)

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınızı ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Her sorunun yanında "doğru" ve "yanlış" seçenekleri bulunmaktadır. Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini daire içine almanız yeterlidir.

1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu zaman yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu zaman güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu zaman koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda çoğu zaman vaktin nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu zaman yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin çoğu zaman o anda nasıl hissettiğime bakarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu zaman çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için çoğu zaman yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y

23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan çoğu zaman “dalgin” olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu zaman kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.	D	Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu zaman hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu zaman başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu zaman bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu zaman nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Kendimi rahatlamış hissederken çoğu kez beklenmedik iç görü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekâr olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y

52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan çoğu zaman kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım hastalarla tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu zaman sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekânda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y

81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu zaman etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.	D	Y
85. Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu zaman başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak pek çok şeyde iyi ve başarılı olmama olanak vermiştir.	D	Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamın kurallarının olduğunu ve hiç kimsenin sonunda bedelini ödemeksizin bu kuralları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.	D	Y
100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu zaman öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu zaman sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu zaman zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y

111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesi için çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eskiden olduğu gibi yapmayı bırakmadan önce genellikle çok gerçekçi gerekçeler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu zaman aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkıları ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu zaman beni irademin dışında bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu zaman yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekândan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu zaman içgüdülerimi önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. İnsanlar benden beklediklerini yapmadığımda çoğu zaman benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu zaman etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek benim için genellikle kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çok iş beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikincil huy" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y

138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile çoğu zaman işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissedirim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol var olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımda, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu zaman kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri kendilerine düşen payı nadiren eşit biçimde alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılğan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu zaman arkadaşlarımın arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dini ya da ahlaki ilkelerin etkin olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için çoğu zaman kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse çoğu zaman o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y

168. Bana yanlış davranan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu zaman kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan kendimi daha coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu zaman sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu zaman kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güven duyabilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermektan hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım yaver gider.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. Ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu yaşadığım epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y

197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198. Sorunlarım için çoğu zaman başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu zaman tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaparken yakalandığımda, sorundan kurtulmayı beceremem.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar vardır.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu zaman olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başkalarının incinebileceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu zaman kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi bir kişinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y

225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu zaman ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için başkalarına çoğu zaman sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde her şeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şey olmadığında genellikle heyecan ya da coşku verici bir şeyler aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

EK 4. ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ)

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Her sorunun yanında "doğru" ve "yanlış" seçenekleri bulunmaktadır. Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini daire içine almanız yeterlidir.

1. Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir.	D	Y
2. İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz.	D	Y
3. Başka birine rahatça bağlanırım.	D	Y
4. İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim.	D	Y
5.İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.	D	Y
6. Başka bir insana tümüyle güvenmek zor gelir.	D	Y
7. Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam.	D	Y
8. Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılırım.	D	Y
9. Başkalarının benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm.	D	Y
10. Sıklıkla birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesi yaşarım.	D	Y
11. Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim.	D	Y
12. Başka bir insanla tümüyle bir olma arzum insanları benden uzaklaştırır.	D	Y
13. Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum.	D	Y
14. Başka birinin benimle çok yakın olma isteğinden rahatsız olmam.	D	Y
15. Başka birinin benimle çok yaklaşması beni endişelendirir.	D	Y
16. Başka birini kendime yakınlaştırmak konusunda rahatımdır.	D	Y
17.Sıklıkla birlikte olduğum kişi benimle benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yakınlaşmak ister.	D	Y
18.Sıklıkla birlikte olduğum kişi ile onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim.	D	Y

EK 5. ETİK KURUL BELGESİ

Evrak ın ve Sayısı: US/12/2018-E.33909



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 46418926-050.03.04
Konu : Araştırma Projesi Değerlendirme
Raporu (18/83)

Sayın Prof. Dr. Servet EBRİNÇ

Kurulumuzda değerlendirmek üzere sunduğunuz 18/83 kayıt numaralı, "*Panik Bozukluğu Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Profilleri ile Bağlanma Stillerinin İlişkisinin Araştırılması*" başlıklı proje önerisi Kurulumuzun 30.11.2018 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. İlgili kurul kararı Ek'te sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Ek:Kurul Kararı



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 30 KASIM 2018 CUMA
TOPLANTI NO : 2018/7
PROJE/ KARAR NO : 18/83 (Değerlendirilme Tarihi: 30.11.2018)

Üniversitemiz Klinik Psikoloji Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Servet EBRİNÇ'in sorumlu araştırmacı, Psk. Gamze İNAL KIZILKAN'ın yardımcı araştırmacı olduğu 18/83 kayıt numaralı, "**Panik Bozukluğu Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Profilleri ile Bağlanma Stillerinin İlişkisinin Araştırılması**" başlıklı proje önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Prof. Dr. Günseli GÜVEN POLAT
Başkan Vekili

KATILMADI

Prof. Dr. Kadriye ÖNEŞ
Üye

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Üye

KATILMADI

Prof. Dr. Mahfuz ELMASTAŞ
Üye

Doç. Dr. Maiheburati ABUDILI
Üye

KATILMADI

Dr. Öğr. Üyesi Papatya KELEŞ
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Faruk Berat AKÇEŞME
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Elif GÜLTEKİN
Üye

Avukat Ahmet KAYNAR
Üye

KATILMADI

EK 6. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ UYGULAMA ONAYI



T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KOCAELİ İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
22/02/2019 12:09 - 34059705 - 799 - E 3337



Sayı : 34059705-799
Konu : Yüksek Lisans Tezi-Gamze İNAL
KIZILKAN

GEBZE FATİH DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi olan Gamze İNAL KIZILKAN'ın 18.01.2019 tarih ve 571 sayılı başvurusuna istinaden "Panik Bozukluğu Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Profilleri ile Bağlanma Stilllerinin İlişkisinin Araştırılması" konulu Yüksek Lisans Tez çalışması Müdürlüğümüz komisyonu tarafından değerlendirilerek hastanenizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Onursal VARLIKLI
İl Sağlık Müdürü a.
Sağ. Hiz. / İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanı

Karadenizliler Mah. Elmatepe Cad. No:57 İzmit/KOCAELİ

Telefon: 0262 300 60 00 Faks No:

e-Posta: kader.bozkus@saglik.gov.tr İnternet Adresi: kism.egitim@gmail.com

Bilgi için: Kader BOZKUŞ

MEMUR

Telefon No: 02623192014

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 645fb184-d39a-4838-8124-f2aaa91592a1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



CamScanner

EK 7. ÖZGEÇMİŞ ve İLETİŞİM BİLGİLERİ

Bireysel Bilgiler:

Adı- Soyadı: Gamze İNAL KIZILKAN

Doğum yeri ve tarihi: Kadıköy/ 17.05.1991

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: gamze_inal@yahoo.com

Yabancı dili: İngilizce

Eğitim Bilgileri:

Yüksek Lisans: Klinik Psikoloji Tezli YL, Sağlık Bilimleri Üniversitesi/ İstanbul, 2017- halen

Lisans: Psikoloji, İstanbul Üniversitesi/ İstanbul, 2009-2013

Lise: EA, Darıca Ülkün Yalçın Anadolu Lisesi/ Kocaeli, 2005-2009

Stajlar:

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ İstanbul, Stajyer Psikolog, 2018-2019

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD/ İstanbul, Stajyer Psikolog, 2013

Eyüp Devlet Hastanesi/ İstanbul, Stajyer Psikolog, 2012

Darıca Farabi Devlet Hastanesi/ Kocaeli, Stajyer Psikolog, 2011

Mesleki Denevim:

Gebze Fatih Devlet Hastanesi/ Kocaeli, Poliklinik, Psikolog, 2018- halen

Gebze İlçe Sağlık Müdürlüğü/Kocaeli, Ruh Sağlığı Birimi, Psikolog, 2016-2018

Özel Sevgi Kreş ve Gündüz Bakımevi/ Kocaeli, Sorumlu Müdür-Psikolog, 2013-2016

Aldığı Eğitimler:

WISC-R Testi Sertifikalı Uygulayıcı Eğitimi, Sağlık Bakanlığı, Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü, 2019

Şema Terapi Uluslararası Sertifikasyon Eğitimi, Alp Karaosmanoğlu, 2018

Bilişsel Davranışçı Terapi ve Uzun Süreli Psikodinamik Terapi Süpervizyonu, Medine Yazıcı Güleç, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, 2018-2019

Verdiği Seminerler ve Eğitimler:

Diyabet Hastalığının Psikolojik Boyutu, Halk Eğitimi, Diyabet Okulu, Gebze Fatih Devlet Hastanesi, 2018- halen

İletişim Eğitimi, Hizmet içi Eğitim, Gebze Fatih Devlet Hastanesi, 2018

Özgül Öğrenme Güçlüğü Nedir, Nasıl Fark edilir?, Halk Eğitimi, Gebze İlçe Sağlık Müdürlüğü, 2016-2018

Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Eğitimi, Halk Eğitimi, Gebze İlçe Sağlık Müdürlüğü, 2016-2018

Stres Nedir? Nasıl Başa Çıkılır?, Hizmet içi eğitim, Gebze İlçe Sağlık Müdürlüğü, 2016-2018

Etkili Anne Baba Olmak, Veli Bilgilendirme Eğitimi, Fesa Business Hotel, Gebze, 2015

Çocukta Yeme Problemleri- Çocuğunuza Sınır Koyma, Veli Bilgilendirme Eğitimi, Fesa Business Hotel, Gebze, 2014

Panik Bozukluk Nedir? Nasıl Başa Çıkılır?, Halk Eğitimi, Eyüp Devlet Hastanesi, 2013