



TC

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

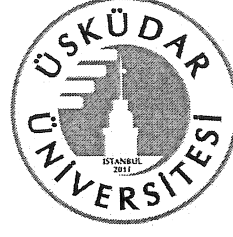
PANİK BOZUKLUK TANISI OLAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMASI VE OTOMATİK DÜŞÜNCELER İLİŞKİSİ

GUNEL İSGANDARLI

154102101

YRD. DOÇ. DR. BİRİM SUNGU TALU

İSTANBUL, 2017



TC

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PANİK BOZUKLUK TANISI OLAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMASI VE OTOMATİK DÜŞÜNCELER İLİŞKİSİ

GUNEL İSGANDARLI

154102101

YRD. DOÇ. DR. BİRİM SUNGU TALU

İSTANBUL, 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102033
Öğrenci Adı Soyadı	: Gunel İsgandarli
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç Birim Sungu Talu
Tezin Başlığı	: PANİK BOZUKLUK TANISI OLAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE OTOMATİK DÜŞÜNCELER İLİŞKİSİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 22.12.2017	Saati	: 12 00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.</p> <p><input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)</p> <p><input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.</p>			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	YRD. DOÇ. DR. BİRİM SUNGU TALU	
Üye	YRD. DOÇ. DR. SEMRA BARİPOĞLU	
Üye	YRD. DOÇ. DR. TUĞBA ARZU ÖZAL İLDENİZ	

BEYAN

Çalışma sürecinde planlamasından yazımına kadar etik dışı davranışın olmadığını, tezdeki bilgilerin akademik ve etik kurallar çerçevesinde yapıldığını beyan ederim.

Gunel İSGANDARLI

.../.../ 2017

ÖNSÖZ

“Panik Bozukluğu Olan Bireylerde Çocukluk Çağı Travması ve Otomatik Düşünceler İlişkisi” adlı bu tez, Gunel Isgandarlı'nın Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans bitirme tezidir.

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam surecinde bana rehberliği ile yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen tez danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Birim Sungu Talu'ya;

Araştırma surecinde yardımcı olan , anlayıőlı ve güler yuzl
NPİSTANBUL Beyin Hastanesi ve Feneryolu polikliniği çalıőanlarına, araştırmaya katılan gonll katılımcılara ,

Verilerin toplanmasında katkıda bulunan Uzman.Dr.Mahir Yeőıldal'a,
Yrd Doç. Dr Iőıl Ggeğz Gl'e, Klinik psikolog Elif Kandaz'a ,

Bugüne kadar eğitimim ve çalıőmalarım boyunca beni her anlamda destekleyen ve bugünlere gelmemde önemli katkısı olan aileme ve bu surete beni yalnız bırakmayan , desteklerini esirgemeyen arkadaőlarıma ,

Yüksek lisans öğrenimimde, öğrettikleri, anlattıkları ve kattıkları her şey ile bende farklı ufuklar aan tüm hocalarıma,
Teőekkürlerimi sunarım.

Eğitim alanında her daim bana cesaret veren rahmetli amcam
Eldaniz İsgandarov'u rahmetle anıyorum.

Gunel İSGANDARLI

(Günel İsgandarlı, Yüksek lisans, İstanbul, 2017)

*Panik Bozukluk Tanısı Olan Bireylerde Çocukluk Çağı Travması ve Otomatik
Düşünceler İlişkisi*

ÖZET

“Panik Bozukluk Tanısı Olan Bireylerde Çocukluk Çağı Travması ve Otomatik Düşünceler İlişkisi” adlı bu çalışma, panik bozukluğu olan bireylerin ve sağlıklı gönüllülerin çocukluk çağı travmalarını ve otomatik düşüncelerini irdeleyerek iki durum arasında ilinti bulmayı hedeflemiş psikolojik bir çalışmadır.

Çalışmanın etik kurul tarafından onaylanan amacına göre tez, panik bozukluk tanısı alan bireylerin çocukluk çağı travmaları, bilişsel etkileri ve otomatik düşünceleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş ve konu hakkında çeşitli literatür taramalarına yer vererek psikoloji alanında bir çalışmaya imza atmıştır.

Konu hakkındaki literatür taramalarının yeterli olmamasından ötürü bu çalışma, konusu bakımından literatürdeki yerini alacaktır. Literatür taramasına destek ise, çeşitli psikolojik ölçeklerin uygulanmasıyla sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluk, Çocukluk Çağı Travması,
Otomatik Düşünceler, Psikolojik Ölçekler.

(Günel İsgandarlı, Master's Degree, İstanbul, 2017)

*Relationship Between Childhood Trauma and Automatic Thoughts in Individuals
Who Have Panic Disorder Diagnosis*

ABSTRACT

"Relationship Between Childhood Trauma and Automatic Thoughts in Individuals Who Have Panic Disorder Diagnosis " named thesis is a psychological study aiming to find out the relation between two situations by examining the childhood traumas and automatic thoughts of the individuals on panic disorder.

According to the purpose of the study's ethics committee, the thesis evaluated the relationship between childhood traumas, cognitive influences and automatic thoughts of individuals who have panic disorder, and mark a work in the field of psychology.

Due to the lack of literature searches on the subject, this study will take its position into literature. Literature support is provided through the application of various psychological scales.

Key Words: Panic Disorder, Childhood Trauma, Automatic Thinking, Psychological Scales.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
ÖNSÖZ.....	IV
BEYAN.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLOLAR DİZİNİ.....	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ.....	1
2. Genel Bilgiler.....	1
2.1. Panik Bozukluk	2
2.1.1. DSM-V de Tanı Kriterleri.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Ayırıcı Tanı	6
2.1.4. Eştanı	7
2.1.5. Panik Bozukluk ve Çocukluk Çağı travması ilişkisi.....	7
2.1.6. Panik Atakları ve Agorafabi İlişkisi	8
2.1.7. Otomatik Düşünceler ve Çocukluk Çağı Travmaları	9
2.1.8. Etiyoloji	11
2.1.8.1. Biyolojik Yaklaşım ve Biyolojik Açıklamalar	11
2.1.8.2. Genetik Faktörler	12
2.1.8.3. Psikolojik Faktörler	12
2.1.8.4. Bilişsel-Davranışçı Teoriler	13
2.1.8.5. Psikoanalitik Teoriler	14
3. Çocukluk Çağı Travmaları	18
3.1. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olan Faktörler	21
3.2. Çocuk İstismarını Açıklamaya Yönelik Modeller	23
3.2.1. Psikolojik Model	23
3.2.2. Sosyolojik Model	24

3.2.3. Sosyal-Durumsal Model	24
3.2.4. Sosyal Etkileşimsel Model	25
3.3. İstismar Türleri	26
3.3.1. Fiziksel İstismar	26
3.3.2. Duygusal İstismar	26
3.3.3. Cinsel İstismar	27
3.4. İhmal Türleri.....	28
3.4.1. Fiziksel İhmaller	28
3.4.2. Duygusal İhmaller	28
UYGULAMA YÖNTEMİ	29
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31
BULGULAR.....	33
TARTIŞMA.....	63
SONUÇ.....	64
KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	81

SPSS.015 TABLOLARI LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 2. Panik Bozukluğu Olan ve Sağlıklı Grupların Ölçek Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler.....	35
Tablo 3. Panik Bozukluğu Olan ve Sağlıklı Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	36
Tablo 4. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	38
Tablo 5. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	38
Tablo 6. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	39
Tablo 7. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	40
Tablo 8. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	41
Tablo 9. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	42
Tablo 10. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	44
Tablo 11. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	45
Tablo 12. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Evlilikte Sorun Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	46
Tablo 13. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	47
Tablo 14. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	48
Tablo 15. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Kaçınıcı Çocuk Olduğuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	49

Tablo 16. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Kardeş Sırasına Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	50
Tablo 17. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Anne-Baba Vefat Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları	51
Tablo 18. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Anne-Baba Vefat Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	52
Tablo 19. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Daha Önce Psikolojik Tedavi Görme Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	53
Tablo 20. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Büyüdüğü Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	54
Tablo 21. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Büyüdüğü Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	55
Tablo 22. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Şimdiki Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	56
Tablo 23. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Şimdiki Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	57
Tablo 24. Panik Bozukluğu Olan Grupta Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	58
Tablo 25. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	60

Simgeler ve Kısaltmalar

- n : Örnekleme/gruptaki örnekleme sayısı
% : Yüzde
 \bar{X} : Ortalama
SS : Standart sapma
Z : Standardize edilmiş test puanı
 X^2 : Kruskal Wallis H test puanı
r : Korelasyon katsayısı
PB : Panik Bozukluk
OD : Otomatik Düşünce
DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
CTQ : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
PB : Panik Bozukluk
DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

GİRİŞ

Panik bozukluk oldukça yaygın olan, yaşam kalitesini etkileyen ve beraberinde birçok olumsuzluğa yol açabilen önemli bir sağlık sorunu olarak bilinmektedir. Panik bozukluk (PB) adını Yunan mitolojisinde bir tanrı olan “Pan”dan almaktadır. Keçi ayaklı ve insan başlı bir yaratık olarak tasvir edilen Pan, aynı zamanda muzipliği ve eğlenmeyi de çok sever. Ormanda tüm canlılar huzur içerisinde dinlenip uyurlarken aniden ortaya çıkıp gürültü yapar ve onları korkutarak heyecan içinde kaçışmalarına neden olmaktadır. (Onur, Alkın, Monkul, Fidaner, 2004)

Otomatik düşünceler, kişinin bilişsel çarpıtmalarından ibaret olan bir durumdur. Bilhassa problem çözme anlarında insanların karşısına çıkan otomatik düşünceler mantık dışı yorumlamalarla kişiyi ve kişinin çevresini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. (Tümkiye & İflazoğlu, 2000)

Çocukluk çağı tramvaları ise temelinde tramvaları yani kötü yaşanmışlıkları konu alan anlardan ibarettir. Etimolojik köken olarak Latincedeki tramva kelimesi ise: YLat trauma tıpta bir darbe sonucu oluşan bedensel veya ruhsal yara EYun traûma τραûμα yara; EYun teirō τείρω ertmek, yaralamak HAvr teræ; delmek, çentmek anlamında kullanılmaktadır.¹

Psikiyatrik destek almayan ve hastalığından dolayı günlük yaşamı giderek zorlaşan hastalarda karamsarlık, hastalıktan kurtulamayacağım düşüncesi, mutsuzluk ve yalnızlaşma ortaya çıkmaktadır. (Fidaner, Aklın, Bandelow, 2000) Bu sebeple, psikolojik kurumlar ve bilir kişiler tarafından saptanmış hastalıklar, tedavi ettirilmeli ve hastalar, bilinçlendirilmelidir.

¹ www.etimolojiturkce.com, Erişim Tarihi: 09.11.2017.

GENEL BİLGİLER

2.1. Panik Bozukluk

Panik atakları farklı tiplerde ortaya çıkabilmektedir. Bilinen bir durumsal tetikleyici olmadan ortaya çıkan panik atakları, “beklenmedik” tipte panik ataklarıdır. Belli durumlarda ortaya çıkma olasılığı yüksek olan, ancak mutlaka çıkması gerekmeyen panik atakları ise “durumsal yatkınlık gösteren” panik atakları olarak adlandırılmıştır.

Panik ataklarının bir diğer tipi, durumsal bir tetikleyici ile karşılaşılmasının hemen ardından ortaya çıkan “durumsal” panik ataklarıdır. PB'nin en temel özelliği yineleyici, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen “beklenmedik” panik ataklarının görülmesidir. PB tanısının konulabilmesi için beklenmedik panik ataklarının en azından hastalığın başlangıcında görülmüş olması gerekir. Agorafobinin geliştiği hastalarda ise, “durumsal yatkınlık gösteren” ya da “durumsal” panik atakları beklenmedik olanlardan daha yaygın görülmektedir.

Panik atakları tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik atağı sırasında soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma, karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bedensel belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi bilişsel belirtiler eklenir.

Ayrıca, anksiyetenin yoğunluğuna bağlı olarak kişi, kendini ya da çevresini değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir. Panik atağı geçiren kişiler, bir felaket ile karşı karşıya olduğu duygusu içindedirler. Kalp atım sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmaları nedeniyle sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler. Panik atağı genellikle on-onbeş dakika içinde yatışmakla birlikte, daha uzun da sürebilir. Hastalığın gidişi sırasında panik ataklarının sıklık ve şiddeti değişkenlik gösterir.

2.1.1. DSM-V tanı Kriterleri

Tıpkı DSM IV'de olduğu gibi, DSM V'de de panik atağın diagnostik kriterleri ayrı bir liste halinde gözler önüne serilmişti. DSM III-R'de panik atağın kriterleri için ve PB için gereken diagnostik kriterleri içermesi de bir diğer gerekli unsurdu.

Panik atak için diagnostik kriterlere ayrı bir bölümle verilmiş olmasının en temel nedeni, PA'nın diğer mental hastalıklar olan PB, spesifik fobi, sosyal fobi ve teavma sonrası stress bozuntusunda(TSSB) da görülüyor olmasıdır. Daha da ilerisi PB'deki diagnostik kriterleri içine PA'nın dahil edilmesi, PA'nın beklenmeyen bir şekilde ortaya çıkması ile ifade edilmiştir. Beklenmedik PA'lar, aniden ortaya çıkar ve herhangi durumsal bir stimulus etkeni yoktur.

Panik bozukluğunun *DSM 5 tanı kriterleri* aşağıdaki sıralanmış gibidir.

1. Kalp çarpıntısı ve kalbin çok güçlü atışı ve
2. Terleme.
3. Sarsılma
4. Boğulma veya nefessiz kalma duygusu
5. Boğazda tıkma veya boğulma hissi
6. Göğüste ağrı
7. Karın bölgesindeki rahatsızlık ve mide bulantısı
8. Bayılma hissi ya da baş dönmesi
9. Derealizasyon - gerçek değilmiş ya da hayalmiş gibi hissetme - veya depersonalizasyon - bireyin kendinden ayrılma hissi

10. Kontrolü kaybetme ve delirme korkusu
11. Ölüm korkusu
12. Hissizleşme veya karıncalanma
13. Ateş basması ya da üşüme durumu

Panik atak, sadece panik bozukluklarda görülmez, örneğin, spesifik fobide, sosyal fobide, posttravmatik stres bozukluğunda da panik atak vakaları kayda geçmiştir.

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya genelinde uygulanan çalışmalardan elde edilen epidemolojik bazı çıkarımların verilere göre, panik bozukluğunda saptanan yaşam boyu prevalansı %1.5 - %2 arasında yer almaktadır. Benzer şekilde, panik atak hastalarının prevalansı da %7 ile %9 arasında yer almaktadır.

Panik bozukluğun sık rastlanan bir rahatsızlık olmasından mütevellit, birinci basamak hastaneleri, panik ataklı hastalarca sıkça tercih edilmektedir. Öyle ki bahsi geçen hastalar, genelde panik atak dışı rahatsızlıklarının iddialarıyla hastanelere başvurumaktadırlar. Birinci basamak hastanelerin de panik ataklı hastalarca meşgul ediliyor olması konunun detaylıca araştırılmasına ön ayak olmaktadır.

Bu durum, gittikçe yaygınlaşınca Dünya Sağlık Örgütü, yaptıkları ICD 10 tanısıyla, birinci basamaktaki sağlık kurumlarındaki panik bozukluğu olan bireylerin, diğer hastalara olan yaşam boyu prevalans oranının %3.4 olduğunu vurgulamıştır ki bu da yine durumun ciddiyetini gözler önüne serer niteliktedir.

Aynı sonuçlara göre hastalık başvurularında çıkan panik bozukluk oranları şu şekildedir:

Vistubiler Bozukluk	%15'i Panik Bozukluk
Kardiyoloji	%16'sı Panik Bozukluk
Hipervantilyasyon	%36'sı Panik Bozukluk

Verilerden de anlaşılacağı gibi, panik bozukluk, hastaların iddiaları altında da çıkabilmektedir.

Diğer uzmanlık alanlarına da uğramaya başlayan hastalık, sıklıkla geç ergenlik ve orta yaşların 30'lu dönemlerini kapsayan bir dönemde baş göstermektedir. Yani hastalığın önceliği, yetişkinlik dönemleri olmaktadır. Diğer yandan çocukluk dönemlerinde ya da 40 yaş üzerinde de yine panik bozukluklara rastlanabilmektedir ancak bu oran, diğerlerine göre daha düşük seviyededir.

Panik bozukluğunun görülmesinde yaş aralığını etkileyen bir başka unsur ise, agorofobidir. Agorofobili bireylerin 20'li yaşların başında panik bozuklukla tanışmış olması, aynı şekilde bu durumu irdeler hatta destekler biçimde vuku bulmuştur. Kaçınma halinde ise, kaçınma durumunun olduğu sırada, yine kadınların kaçınma oranının yüksek olduğu göze çarpmıştır. Hatta anksiyete oranını yükselten kadın kaçınma oranının 4'te 3'ten fazla olduğu belirtilmiştir. (Tükel, 2013)

Hastalığa yakalanma oranının kadınlarda erkeklere nazaran 2-3 kat daha fazla oluşu, akıllara Bowlby'in bağlanma teorisi akabinde gelen ayrılık anksiyetesi oranını da getirmektedir. (Bowlby, 1973) Çünkü, bu durumun artışlarında kadınların yakın dönemlerde ayrılık ve boşanma hikayeleriyle karşı karşıya kaldıkları kayda geçilmiştir.

Hastalık, genel olarak genç adölesan dönemi ile başlayıp 20'li yaşlara kadar gelen dönemlerde daha yaygın görülmektedir. Panik öyküsü olmayan hastalarda agorofobik oranın pninğin yarısında bir oranda kaldığı belirtilmiştir ve agorofobinin yaşam boyu prevalansının da %6 ile %9 arasında olduğu saptanmıştır.

2.1.3. Ayrıcı Tanı

Panik atak, neredeyse tüm anksiyete bozukluklarında tespit edilmektedir. Bunun yanında, obsesif kompulsif bozukluktan (OKB) mustarip bir bireyin kirle teması anında, sosyal fobili bireyin iş mülakatı için kuruma gitmesi anında, TSSB yaşayan bireyin tekrar aynı travmayla ya da benzer bir durumla burun buruna gelmesi halinde de yine panik atağa rastlanmaktadır. Oysaki panik bozukluğunda rastlanan panik atak hiçbir uyarana bağlı olmamakla beraber, beklenmedik bir anda kendiliğinden meydana gelmektedir.

Pulmoner emboli, transiet istemik ataklar, premenstrual sendrom, teofilin, anemi, lasikardi, migren, hipoparatiroidizm, kokain, anjina, astım, epilepsi, feokromasitama, nikotin, kalp yetmezliği, serebrevaskuler bozukluklar, diyabet, amfetamine, alkol, hipoglisemi, menier hastalığı, parakoksal atrial, teoflin, antikolinergik, antihipertansit, hipertansiyon ve benzeri ilaç veya madde kullananlarda oluşan yoksunluk hali veya anefleksi, elektrolit, B12 yetersizliği ya da düzensizliği, üremi gibi durumlar da panik atakla benzer görünüm sergileyebilir. Bu da durumun ayırt ediciliğinde güçlüğüne sebep olmaktadır.

Bahsi geçen panik bozukluk benzerliğinden ötürü, panik atak nedeniyle başvuruda bulunmuş hastada bakılacak en temel unsur, paniği tetikleyen tıbbi bir rahatsızlığın olup olmadığıdır. Bu sebeple detaylı bir anamnez yapılmalı ve fiziksel bir tedaviye başvurulmalıdır. Gerekli duyulursa kanda glikoz ölçüsü, kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonsiyon testleri ya da kardiyografi gibi testler de yapılmalıdır. İdrar kontrolü problemleri, baş dönmesi gibi durumlarda ve 45 yaş üstü olguda araştırmalar detaylandırılmalıdır.

Sosyal ve özgül fobi, posttravmatik stres bozukluğu, depresif bozukluk simülasyon, yapay bozukluk, hipokondriazis, depersonalizasyon bozukluğu, sosyal ve özgül fobi, TSSB, depresif bozukluk ve şizofreni gibi ruhsal hastalıklarda da panik ataklar göze çarpmaktadır. PB'ye bağlı olarak gelişen atakların ani ve sebepsiz

şekilde ortaya çıkması ve diğer hastalıklardan bağımsız oluşu, ayrımındaki en büyük unsurlardan biridir.

2.1.4. Eş Tanı

Panik bozukluk yaşayan bireylerde olan alkol ve madde kullanımı eğilimi ve özkıyım eğilimi yüksekliğinin yanında şu oranlar da yüksek yüzdelerde seyir izlemektedir:

Depresyon	%50-%60
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	%25
Sosyal Fobi	%15-%30
Özgül Fobi	%10-%20
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	%10-%20

Tedavisi gerçekleştirilmemiş panik bozukluk yaşayan hastaların neredeyse yarısında depresyon da görülmektedir ve bu durum, hastalığı daha zor bir hale sokmaktadır. Kişilerin ilaç tedavisini kendi başlarına yapması ve alkol kullanıma yönelmeleri ise sıkça görülen hasta davranışı hatalarındandır. Çözümü alkolde arayan hasta bağımlıların ise %20'dir ki bu oran, küçümsenecek cinsten değildir. (Ibid, Tükel, 2013)

2.1.5. Panik Bozukluk ve Çocukluk Çağı Travması İlişkisi

Genel hattıyla çocukluk çağı travması, beklenmedik ve aniden ortaya çıkan ve o anı yaşayan bireyin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü ciddi ölçüde bozan veya kişinin yaşamını tehdit eden olayları içeren durumlardır. (Tyano and et. 1996, Pfefferbaum & Allen 1998).

Çocukluk tramvasından çıkarılan mesaj, bir kişinin diğer bir kişiyi kasıtlı olarak zarara uğratarak iyi olmayan hedefler için kullanmasını içerir. Çocukluk çağına ait tramvalar şu şekilde sınıflandırılabilir: fiziksel kötüye kullanım (vücutta yaratılan tahribat), cinsel kötüye kullanım bir erişkin ve cinsel olarak olgunlaşmamış (fizyolojik ve sosyal anlamda cinsel olgunluk) bir çocuk arasındaki, erişkinin cinsel arzularını yerine getirmek amacıyla gerçekleşen herhangi bir cinsel temas, duygusal kötüye kullanım (ruhsal sağlığı tehlikeye atacak seviyede aşağılanma), fiziksel ihmal (gereken sağlık hizmeti, aşağılanma ve b.) ve duygusal ihmal (çocuğa psikolojik destek sağlayamama, ilgisizlik) (Şar, 1997, Acehan ve ark., 2013).

Çocukluk çağı tramvaları, çıktığı zaman itibarinde, bireyin özellikle ruhsal bütünlüğünü tehlikeye atan bir etmendir. Ruhsal sağlığı son derece tehlikeye koyan çocukluk çağı tramvalarında, büyük bir çoğunluk fiziksel tehlikeyi de içinde barındırmaktadır. PB'nin temelinde de yine çocukluk çağı tramvaları mevcuttur. Freud ve Erikson kişilik kavramlarını farklı tanımlasalar da çocukluk çağı travmalarının panik bozukluk ve panik atak bazlı ya da ilintili hastalıklarda önemli bir unsur olduğu gözlemlenmektedir (Solmuş , 2015).

2.1.6. Panik Ataklar ve Agorafobi İlişkisi

Panik atak anında kaçma durumunun ve yardım sağlanacak yerde zorluk çekileceğini düşünülen yerlerde olmaktan korkmaya agorafobi denmektedir. Agorafobili bireyler, atak anında kaçamayacaklarını düşündükleri, uçak seferleri, sinema gibi yerlerde bulunmayı tercih etmezler ya da zorunlu hallerde bu yerlere katlanmaya çalışırlar. Ağır vakalarda ise dışarıya çıkamama durumu da gözlemlenmektedir (Doğan Orhan, 2014). Agorafobili panik bozukluk durumlarında, agorafobi yoksa, bu duruma: agorafobi olmadan panik bozukluğu denmektedir. (Judith Beck , 2014)

2.1.7. Otomatik Düşünceler ve Çocukluk Çağı Travmaları

Panik bozukluklar sadece çocukluk çağı travmalarında değil, otomatik düşüncelerde de etkilidir. En temel açıklamasıyla otomatik düşünceler, bilinçli bir yargılamadan uzak olarak ortaya çıkan hareketleri ve duyguları derinlemesine etkisine alan zihinsel işlevlerden ibarettir. Direkt ya da dolaylı şekilde kişinin karşılaştığı bu durum, sabit inanç ve şemaları temel alır ve kişi tarafından doğruluğu şartsız şekilde kabul edilir.

Otomatik düşünce terimi, öncelikli olarak Aaron Beck tarafından ortaya atılmıştır. Otomatik düşünceler Yalom tarafından şu ş

ekilde açıklanır: “ Kişinin kendisi, diğer insanlar, gelecek ve genel olarak dünya hakkındaki mantıksız,olumsuz düşünceleri”. Otomatik düşüncelere karşı koyuş, otomatik mantık doğası eşliğinde uygulanır (Yalom & Roth, 2014).

Otomatik düşünceler, bir şeyden sorumlu tutulacağını düşünme gibi sözel direktiflerle ya da bir telefon konuşmasının kulakta duyulması gibi işitsel veya bu kişinin gözde belirmesi gibi görsel şekillerde vuku bulabilir. Bu sebeple otomatik düşüncelere, tüm algılar eşlik etmektedir. Fakat en az olarak tat ve koku algıları kullanılmaktadır.

Çocukluk çağı travmalarında, otomatik düşünceler de ortaya çıkabilmektedir. Otomatik düşünceler gücünü zihin derinliğindeki inançlardan almaktadır. Bu inançların temeli ise bilişsel terapilerde bilişsel çarpıtmalardan ve otomatik düşüncelerde saptanmış genel hatalardan ibaret olduğu savunulmaktadır (Yalom, Roth, 2014). Otomatik düşünceler şu şekilde örneklenebilir:

Seçici Soyutlama: Olayların genelden koparak olumsuz etiketlenilmesi ve diğer önemli sayılan özelliklerinin yok sayılması gibi olumsuz detayları içerir. Örneğin bir kişi için benimle zaman geçirmek istemiyor, diyerek yersiz bir düşünmeye kapılmak.

Akıl Okuma: Zihin okuyuculuğudur. Eylemler ve duygular, otomatik şekilde tahmin edilerek davranışlara yansıtılır. Örneğin: bir kişinin onu sıradan gördüğünü düşünmek.

Büyütme/küçültme (olumluyu yok sayma): Olumsuzluklar abartılır, en küçük sorunlar dahi geleceğin kötü olacağını habercisidir. Örneğin: işten atılacağını düşünmek.

Küçümseme: Olumlu durumları küçümseyerek başarıların şansa bağlandığı durumlardan ibarettir. Örneğin; bir işi başarmanın kolay bir şey olduğunu, herkesin bunu yapabileceğini vurgulayarak başarıyı küçümseme ya da başarıyı, başarı olarak algılamama.

Aşırı Genelleme: Tek olaydan genel kurallar çıkarma eğilimidir. Tanımlar “her şey” “sık sık” gibi ifadeleri içerir. Örneğin: her şeyi berbat yaptığını, vurgulamak aşırı genellemedir.

Bireyselleştirme: Çevrede gözlemlenen olay ve durumlarda, kişisel karşılaştırmalara gidilir ya da kişisel bağlantılar oluşturulur. Örneğin: kendisini görmeden geçen birisi için onu kızdıracak bir şey yapıldığını düşünerek olayı kendi aleyhine çevirmek.

Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme: Vakalar, zıt kutuplarla adlandırılır. Örneğin: ben bir hiçim ya da bir daha hiç yapmaz, gibi terimlerin kullanılması.

Kontrol Yanılsaması: Birey, kendisini acılardan ve mutluluktan sorumlu tutar. Örneğin, bir doktorun hasta kaybı için kendini suçlu görmesi.

Keyfi Çıkarsama: Kanıtsız ya da tersi bir kanıtla gelinen olayda sonuçlara ulaşma. Örneğin; duygularını açıkladığında herkesi kaybedeceğini düşünen kişi, örnektir.

Etiketleme: Kişiye özel genellendirmelerde bulunma. Örneğin cimri insan, bencil biri gibi...

Duygusal kararlar: Bireyin anlar ve insanlar hakkında düşündüklerinin doğru olacağı düşüncesi. Örneğin: kişinin iyi ya da kötü olabileceğini hissetme durumundan bahsetme.

2.1.8. Etiyoloji

2.1.8.1. Biyolojik Yaklaşım ve Biyolojik Açıklamalar

Panik bozukluklarda yapılan psikolojik araştırmalar dikkate alındığında insanların karşısına geniş bulgu dizinleri çıkmaktadır. Panik bozukluğu, beyin yapısı ve beynin fonksiyonları ile bağlantılı bir rahatsızlıktır. Panik bozukluğu durumunun patofizyolojik hali, santral sinir sistemi ve perifer disregülasyonu sonucu meydana gelmektedir (Turan & Eşel, 2002).

Bazı panik bozukluk yaşayan hastalarda, otonomik sinir sisteminde artan sempatik tonu olduğu raporlara işlenmiştir. Ayrıca tekrarlayıcı uyarana karşı yavaş gelişen bir adaptasyon bulunurken, ılımlı uyarana şiddetli cevapların geliştiği belirtilmiştir. Çalışmalardaki tutarlılıklardan biri de nöroendokrin sistemindeki anormallikler üzerinedir.

Biyolojik veriler kullanılırken tamamında, limbik sistem, prefetronal ve beyin sapına ulaşılmaktadır. Beyin sapı, öncelikli olarak, locus ceruleusun noradrenerjik nöronları ve median raphe nukleusun seratonerjik nöronları içinde bulundurmaktadır. Limbik sistem ise, beklentiler içinde bulunan anksiyetenin oluşması için hazırlanmış bir cevap sistemi niteliğindedir. “Prefrontal korteks ise fobik kaçınmanın oluşturulması için muhtemel cevap merkezidir.”

Panik ataklar, locus cereleusdeki nörofizyolojik değişimlere bağlı olarak bir korelasyon halindedir. Panik atağın başlangıcı genellikle çevresel veya psikolojik faktörlerle bağlantılıdır.

2.1.8.2. Genetik Faktörler

PB ve kontrol altındaki agorafobi üzerine yapılmış genetik çalışmalar çok az sayıdadır. Yapılan farklı araştırmalara göre ailesinde panik bozukluk öyküsü olan bireylerin PB'deki risk durumu 4 ile 8 kat arasındaki bir düzeyde daha yüksektir (Crowe ve ark. 1983., Noyes ve ark., 1987). Verilerden çıkan sonuca göre çevresel koşullar ve genetik yatkınlık, panik bozukluğun sebepleri arasında yer alabilmektedir. İkizlerde yapılan çalışmalar da keza genetik faktörü destekler biçimde hayat bulmuştur. İkiz çalışmalarında monozigot dizigotlara göre konkordans daha yüksek bulunmuştur. (Torgerson, 1983).

Çevresel etkenlerle atağa geçen hastalığa olan genetik yatkınlık, kendisi için uygun bir ortam yaratarak kişiyi hastalıkla tanıştırmaktadır. Bunun yanında PB farklı etkenlerce de oluşabilir. Ancak bu nedenler arasında, genetik veriler daha önemli bir yere sahiptir. Çevre koşullarına gelecek bir önlem ise, bu yatkınlığın ortaya çıkmasını engelleyebilir.

2.1.8.3. Psikolojik Faktörler

Bilişsel-Davranışçı modelle psikanalitik modelin her ikisini de agorafobi ve PB'nin patogenezini açıklamak için çaba sarfetmektedir. Paniğin başlangıcı sıklıkla çevresel ve psikolojik etkenlerle ilintilidir.

Panik bozukluğunun psikolojik etmenler, bu hastalarda alışılmışın dışındaki durumlarda, koruyuculukta aşırıya kaçan ve bağımlılık ve bağımsızlık çatışmasına sebep olan doğuştan gelen bir korku cevabının gözlemlendiği varsayımına dayanan psikoanalitik yaklaşımda da ciddi bir önlem taşımaktadır (Ibid, Tükel, 2013).

Depresyonu da yanında getiren panik bozuklukta, psikolojik faktörler oldukça etki gösterir. Farklı çalışmalarda elde edilen sonuçlara göre panik bozukluğu yaşayan bireylerde depresyon oranı %32 ile %53 arasında olduğu bildirilmiştir.

Panik bozukluğun, depresyonla eş zamanlı geldiği de aynı çalışma içinde ele alınmıştır (Kocabaşoğlu, 2002).

2.1.8.4. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel-davranışçı teoride anksiyete, model alma yöntemiyle aileden öğrenilen ve klasik şartlanmada oluşan öğrenilmiş bir cevaptır. PB'ye ve agorafobiye klasik şartlandırmada, bir noxious -yüklenmiş- stimulus (panik atak örneği) bir nötral stimulusla (örneğin: taşıta binmek) ile yüzeye çıkmaktadır. Sonuç olarak, nötral uyaranda kaçınma davranışı oluşturur ve kişinin taşıta binmesine engel teşkil eder.

Diğer davranış teorileri ise anksiyeteyi tümüyle çarpıntı gibi minör somatik semptomlara bağlamaktadır. Bilişsel davranışçı modeller, PA'nın şiddeti, ciddiyeti ve sayısının artmasına veya agorafobinin gelişimini açıklamaya destek sağlarlar; fakat hastalık ortaya çıkmadan beliren provekesiz panik atağı açıklayamazlar (Barlow ve ark. 1989., Beck ve ark. 1992, Michelson ve ark. 1990, Salkovskis ve ark. 1986) .

Araştırma bulgularındaki çocuklarda aile bireylerinde ölüm ya da aile içi ayrılıkların PB ile bağlantılı olduğu vurgulanmıştır. Bulgular, bu çalışmadaki çocukların 17 yaşından önce ailelerinin ölümü ve ailesel ayrılık yaşamaları ile kuvvetli bir şekilde bağımlı olarak oluşan PB ile açıklayabilmektedir. Yapılan çalışmada yaşamının erken dönemlerinde anneden ayrılan 1018 kız çocukta, ikiz üzerinde yapılan kohort çalışmasında aileden ayrılmanın PB'ye etkisini net bir şekilde gösterildiğini ortaya koymaktadır.

PB'deki psikolojik mekanizmayı destekleyici ileri bulgulardan bir diğer de bilişsel terapi temelli çalışmalara ait sonuçlardır. Terapiden önce hastalar, laktat indüksiyonuna panik atak göstererek yanıt vermişlerdir. Kognitif terapiden sonra ise

panik atak gözlemlenmemiştir. Panik atağın sebebini gösteren araştırmalardan çıkan sonuçlara göre, psikolojik tepkimeler aracılığıyla, nörofizyolojik faktörlerin artmasında etken olabilen panik atak durumundaki patogenezi ve/veya stres dolu yaşam olaylarının bilinçdişı manaları oluşmuştur.

2.1.8.5. Psikanalitik Teoriler

Psikanalitik teoride, anksiyeteye bakış açısı panik atakla açıklanmış, başarısız bir savunma mekanizmasını içermektedir. Temel olarak bir anksiyete uyararı, korku ve endişe eşliğinde büyüyerek somatik semptomlar ile kolektif olarak hareket etmektedir.

Sigmund Freud'un tipik tehlike olarak gösterdiği ilk kayıp: doyum kaynağı yaşatan kişiden ayrılma ya da sevgi objesinin kaybıdır. Kronolojik olarak, ikinci tehlike durumunun doyum için bağlanılan kişinin sevgisini kaybetmek yani obje sevgisindeki kayıptır. Diğer tipik tehlike durumları ise, erkek çocukta penis kaybı, kız çocukta ise genital yaralanmadır. Son olarak süper egoca suçlanma, onaylanmama ve cezalandırılmak bulunmaktadır.

Psikanalitik kuramda, dürtü ile savunma arasındaki en temel uzlaşmanın savunma halinin belirgin görünür hale gelmesini sağlayan anksiyeteden kaynaklandığı, anksiyetenin ise bastırılmış durumda olduğu belirtilir. Freud'un ortaya attığı ilk anksiyete teorisi ise anksiyeteyi, "libidonun boşalım yolunun kapanması ve yetersiz boşalmasının bir sonucu olarak açıklıyordu." Bahsi geçen teoriye göre, libidonun ruhsal durum içinde aşırı birikmiş oluşu, diş engellemeler veya cinsel doyumdaki bilinç dişındaki çatışmalar, anksiyeteye sebebiyet verebilmektedir.

Freud'un sonraki teorilerinde ortaya koyduğu tehlike veya tehlike beklentilerinde durum, egonun işlevselliği olarak karşılaşılan durumdan kaçmak için ego direktifiyle güçleri hareketlendirmekten ibarettir. Bu veriye göre gelişim

sürsindeki ego, anksiyeteyi geliştirebilmekte ve ego, idden gelen dürtüleri denetlemekte ve hatta engellemektedir.

Analitik yaklaşım ise, ciddi boyutta olan bu korkuların, hasta için bilinçdışı anlamlar yüklenmiş cinselleştirilmiş durumlar olduğunu ileri sürmektedir. Jung, egonun kişisel kimlik ve tutarlıktaki sürdürülebilirliğinin devamı için görevlendirildiğini öne sunmaktaydı. Hayat tecrübelerinin bilinç seviyesine ulaşamadığı anlarda ise ego, bireyleşmeyi sağlar ancak durum, zihin işlevi tarafından belirlenebilir. Egoda tıkalı kalan kötü yaşanmışlıklar ve bireyin bilinçaltı da anksiyete etmenleri arasına girmektedir. Diğer bir deyişle, güçsüz bir ego, bireyde tedavi gerektirecek ve yaşamının etkileyecek ciddi bir panik bozukluğa sebep olacaktır.

Jung, nevroz ve nevrozla ilintili şekilde vücut bulan kaygının kişisel gelişime ve olgunlaşmaya engel teşkil ettiğini savunmuştur. Jung'a göre nevroz, olumlu olan duruma yönelir ve bazı koşullar altında kişilik bütünlüğü için gereken savaşın fitilini yakabilir. Bahsi geçen kavga, görev olduğu kadar, erişilebilecek en yüksek iyilik seviyesinden ibarettir ve mediko-terapik anlayıştan bağımsız oluşan bir hedef grubundadır. (Gündüz, 2015)

Bilinç dışınca oluşturulan nevroz sayesinde ise insanlar kendi kayıtsız hallerinden kurtuldu ve bu pervasızlıkları umutsuz direnişlere rağmen son buldu. Bu durumla yüzleşmeyi başaran insanlar ise, yüksek tipteki insanlardır.

Yine bir Jung yaklaşımına göre anksiyete, kolektif çalışan bilinçaltı ve dış güçlerin bilinci kaplamasına karşı sergilenen birey savunusunu kapsayan bir çeşit mekanizmadır.

Otto Rank'a göre incelenmiş olan yaşantılar, doğumla başlamış ayrılıklarla dolmaktadır. Rank'ın erken dönem araştırmalarından biri, doğum travmasına ilişkindir. Ona göre doğum esnasında yaşanan anksiyete, daha sonradan yaşanacak olan anksiyetelerin değişmiş modelleridir. Doğumdan sonra sistematik bir şekilde gelen süttten kesilme, disiplin, okul, iş ve kalp kırıklıkları bu durumu oluşturan temel

etmenler arasında yer almaktadır. Bu ayrılık durumlarında, ölümü tercih etme, kaçınma ve ne yapacağını bilememe gibi durumlar boy göstermektedir. Rank'a göre intrauterin (*rahim içi ve döl yatağı*) vecit hâli ² doğum sancısıyla yarıda kalmıştır. İlk olarak herkes 'Angst' ile varoluş ve yok oluş arasındaki bilinçdışı farkındalığın acısıyla doğar. Daha sonra, doğum travması temel bir baskılamaya dönüşmektedir. Sonuçta bilinçdışı insanlığı kaybedilmiş ilk cennete dönme arzusuna yönlendirir. “Doğum anksiyetesinin bütün anksiyete ve korkuların temelini oluşturması gibi, her tür zevk yaşantısı da intrauterin ilk zevk hâlini yeniden oluşturma amacına yöneliktir.”

Alfred Adler'in Bireysel Psikoloji kuramı ise, bireylerin aile içi statüsüne ve kardeşler arasındaki ilişkiye ayrıcalık tanıyan ve bu konularda detaylı açıklamalar yapar. Adler'e göre kişilik özelliklerini belirleyici unsur, doğum sırasıdır. Bu sıralar şu şekildedir:

- ✓ İlk Çocuk- en büyük
- ✓ Ortanca
- ✓ Son çocuk- en küçük
- ✓ Tek çocuk

Adler'in savunmasına göre, aile birliği içinde kardeşler ortak yönler paylaşsa da, dünyaya geliş sıralarından dolayı, her bireye yüklenen anlam sıralanış bakımından farklıdır. Diğer bir deyişle, çocukların doğum sırasından çok, çocukların ebeveyn gözünde nasıl bir yer tuttıklarını irdeleyen değerlendirmelerde bulunulması kişilik gelişiminde etkilidir.

Genel olarak gerçek doğum sırası, bir ailedeki çocukların tarihsel olarak dünyaya geliş sırasıdır. Ancak çocuğun doğum sırası da yanında aile içi dinamiklere bağlı rollerin farklılaşmasına ortam hazırlamaktadır. Bu da bireysel psikolojide psikolojik doğum sırası varlığıyla ilişkin saptamaları gün yüzüne çıkarmaktadır. Diğer bir ifadeyle, bireyin, kardeşler dizindeki yeri, psikolojik doğum sırasını gösterir

² 1. Bir şeyin güzelliği karşısında kendini kaybedecek dereceye gelmek, coşkulanmak. 2. Tanrı sevgisinden dolayı duyulan coşkunluk, sevinç. (kaynak: <http://www.tdk.gov.tr>) Erişim tarihi: 10.08.2017

(Corey, 2008; Eckstein, Aycock, Sperder, McDonald, Wiesner, Watts, ve Ginsburg, 2010; Ferguson, 1999). Adler'e göre psikolojik doğum sırasında, "kardeşler arasındaki yaş farkları, çocuktaki fiziksel veya zihinsel engellilik durumu, bir kardeşin ölümü, cinsiyet farklılıkları, aile yapısında boşanma, üvey kardeş durumu, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarz ya da örüntüleri gibi bir çok sosyal ve kültürel olgular" önemli bir yere sahiptir. Örneğin, aile nüfusunun geniş olduğu bir ailedeki ilk çocuk, sayının fazla olmasından dolayı tek çocuk olma özelliklerini göstermektedir ya da ikinci çocuk cinsiyetinden dolayı, ilk çocuğun özelliklerini taşıyabilir. (Carlson, Watts, ve Maniacci, 2006; Eckstein, 2000; Ferguson, 1999) .

Doğum sırasında önceliği alan ilk çocuktaki durum, fazla ilgi eşliğinde şekillenmektedir. Kardeşi olmadan önce yaşayacağı statü ona, ilgi odağı olma yetisini verir. Ancak ikinci bebeğin gelmesi ise taht devri anlamına gelmektedir. O döneme kadar ebeveyn bilgisizliğiyle şımartılan çocuk, bir anda yeni bir kardeşin varlığıyla tanışır ve ilgiyi kardeşe paylaşmak zorunda kalır. Bu durum, ona için ceza gibi gelmektedir ve bu ceza bir mağduriyet, hatta mahrumiyettir. Bu gibi durumlarda ilk çocuk, yardımcı ebeveyn rolünü de üstlenebilmektedir ve tekrardan lider vasıflarına bürünebilmektedir. Bu liderlik vasfının yanında, ikinci çocuk onda, çaresizlik hissini de uyandırmaktadır. İlk ve en büyük olan çocuk, genelde muhafazakarlık eğilimindedir, haklı çıkmaya çalışır ve geçmişe dair bir özlem içerisinde hayatlarını idame ettirirler (Burger, 2006; Campbell, White ve Stewart, 1991; Corey, 2008; Eckstein, 2000).

Ortanca sıradaki çocuk ise, lider büyük kardeş ile ilgi odağı olan küçük çocuk arasında kalmışlığından ibaret olarak kendini dışlanmış hissetmektedir. Bu dışlanmışlık özelliği de ortanca çocukta takdir edilecek hiçbir özelliğinin olmadığı hissini ateşlemektedir. Dolayısıyla ortanca çocuk, ebeveynin gözünde değersiz olduğunu hisseden bireydir. "Zavallı ben" söylemleri ise, yine önemsizlik hislerinden kaynaklıdır. Yaşamın adaletsiz olduğunu düşünerek hayatı boyunca adalt ve eşitlik barındıran konulara yönelebilir. Aile içinde onu ayrı kılacak rollere ulaşmak için aziz ya da azize rolünü dahi üstlenebilir. Bu durum ise, onların kişileri

arası ilişkilerinde başarıya ön ayak olabilir (Burger, 2006; Campbell, White ve Stewart, 1991; Corey, 2008; Eckstein, 2000).

Ailenin bebeği olan ve her zaman öyle kalacak en küçük ya da son çocuk, genelde prens ya da prenses ithaflarıyla adlandırılırlar. Genellikle yaşlarından dolayı aile içinde ciddiye alınmaz ve aile içinde çocuk olarak kalmaya devam ederler. Bu durum, çocukta benmerkezciliği arttırabilir ve yetersizlik duygusunu su yüzüne çıkarabilir. Küçük çocuklar, diğer kardeşlere göre daha itaatkardır, bunun yanında eğlenceli, popülerleri cana akın ve çıkarıcı olarak da karakterize edilebilmektedirler (Burger, 2006; Campbell, White ve Stewart, 1991; Corey, 2008; Eckstein, 2000).

Tek çocuk olma durumu ise, ilk doğanlarda olduğu gibi statü bakımından tektir, çünkü ebeveynleri tarafından şımartılmaktadır. Tek çocuk olmalarından mütevellit ailenin sevgisi ve ilgisi oldukça üzerilerindedir. Ortanca çocuk, yalnız bir biçimde büyür ve toplumsal rolleri öğrenebileceği eğitimden yoksun kalabilirler. Paylaşma ya da işbirliği gibi konularda başarısız olabilir fakat, yetişkinler ile iyi geçinirler. İlgisi sadece kendi üzerlerinde belirlediği için, diğer insanlarla ilişki kurmakta zorlanırlar. Arkadaş çevrelerinde ilgi odağı olamayınca ya da ebeveyni kaybedince birçok güçlük yaşarlar (Burger, 2006; Campbell, White ve Stewart, 1991; Corey, 2008; Eckstein, 2000).

3. Çocukluk Çağı Travmaları

Tez, çocukluk çağı travmaları, bireyin kendisinin ihmali ve istismarı dışındaki olayları da (bir olaya tanık olmak gibi) kapsayabileceğinden dolayı çalışmada çocuk istismarı ve ihmalinin tanımlanması ile sınırlandırılmıştır.

Çocuk istismarı ve ihmali, disiplinler arası bir olgudur ve kavram, farklı alanlardan farklı araştırmacılar tarafından, farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bu kavrama sağlık alanında çalışan araştırmacılar tıbbi açıdan yaklaşmakta ve bedende oluşan bozuklukları ele almaktadırlar. Sosyal alanlarda çalışan araştırmacılar ise

çocuk istismar ve ihmeline, çocuğun bakımından sorumlu olan sistemler, kişiler ve bunların tutumları açısından yaklaşmaktadır.

Her iki alanın da üzerinde durduğu konu ise çocukluk çağı travmalarının çocukta bıraktığı etkileri araştırmaktır. Bu travmaların psikolojik etkileri, yaşandığı dönem sonrasındaki uzun bir zaman dilimini kapsayabilmektedir. Örnek olarak travma anında kilitlenen bir çocuğun benzer durumlarda kilitlenmesi gibi durumlar uzun yıllar boyunca gözlemlenebilmektedir.

Çocukluk çağı travmaları, yaşam boyu psikopatoloji olasılığını arttırmakla beraber panik bozukluk ya da anksiyete bozukluğu denilen durumları da gündeme getirmektedir. Yine bağlantılı olarak bahsi geçen çocuklarda, özkıyım eğilimi de saptanan tutumlar arasındadır. Posttravmatik Stress Bozukluğu, kognitif bozukluklar, emosyonel distress bozulmuş benlik duygusu, kaçınma, kişilerarası zorluklar, sağlık problemleri gibi problemler, çocukluk çağında travmaya uğrayanlarda sıklıkla gözlemlenmektedir (Briere & Elliott, 2003).

“Çocukluk çağı travmalarının neden olduğu madde kötüye kullanımı (Aksoy ve Ögel 2005), kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sorunların yanı sıra bazı psikiyatrik hastalıklar da (kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB)) fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda sık görülmektedir.”

Yoğun seviyedeki fiziksel bir istismarın akabinde, travma sonrası stres bozukluğuna da rastlanmaktadır (Taner ve Gökler 2004). Örsel ve arkadaşları, (2011) en düşük 1 hastalık taşıyıcısı gruplarla yaptığı araştırmada, en üst seviyede fiziksel ihmarda, anksiyete bozukluğu saptamasının %38’de odaklandığı vurgulanmıştır. Bu yüzde, fiziksel istismarın, anksiyete olan ilişkisini gözler önüne sermektedir. DEHB’de sorunlu olan çocukların yaralanma riski ise, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilikle yüksek bir riskte bulunmaktadır. Bu durumla ilgili Soysal ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, DEHB tanısı almış 116 çocuk ile kontrol grubundaki 84 okul çağı çocuğun yaralanma oranları ve fiziksel istismar ve ihmalle ilişkisi irdelenmiş, DEHB tanısı olan çocukların %25’inin kaza ve yaralanmaya

maruz kalırken kontrol grubu çocuklarda bu oran, %3.6 idi. DEHB olan erkek çocukların ise %30'unda yineleyici yaralanma öyküsü ve ihmal olgusu riski bulunmaktaydı.

Travmanın psikolojik etkisini üstünde bulunduran, DEHB'nin, çocukluk çağındaki kazaları ve yaralanma oranlarını artıran bir tanı kriteri olduğu öne sürülmüştür. Çocukluk çağı fiziksel istismarı, ihmali, 16 yaşından erken tecavüze uğrama gibi değişkenlere halüsinasyon arasındaki ilintisi saptamayı amaçlamış ve sonuç olarak cinsel istismarın halüsinasyon görme, işitme, dokunma ile büyük ölçüde alakalı olduğu bildirilmiştir. İhmalin halüsinasyonlara sebep olduğu, fiziksel istismarın ise dokunmayla alakalı halüsinasyonlara sebebiyet verdiği ortaya koyulmuştur. Yaşanmış olan birçok travma çeşitleri görsel, işitsel ve dokunsal olmak üzere 3 halüsinasyon türünün de görülme oranını arttırmaktadır (Shevlin ve arkadaşları, 2007).

Güvenlik ve hukuk alanındaki kişiler içinse istismarda suç ya da masumluk delilleri ön plandadır. Çocuk istismarında, nedenler, yöntemler ve klinik bulgular etraflıca ele alınır. Hukuk ve güvenlik mensupları içinse istismar olgusunda suç ya da masumiyet delilleri gibi değişkenler ön planda gelmektedir (Polat 2001). Zeytinoğlu'na göre, 18 yaşından küçük çocuklara yönelik aktif şekilde yapılan fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişimleri zedeleyici her tür davranış, istismar; bu duruma maruz kalanların beslenme, bakım, gözetim, eğitim gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması ise ihmaldir. Polat'a (2001) göre çocuk istismarı, çocuğun bakımından sorumlu erişkin kişilerin, çocuğun fiziksel, gelişimsel ve psikolojik açıdan iyi olma halini olumsuz yönde etkileyen tutum ve davranışlarıdır. Güler ve arkadaşlarına (2002) göre ise, çocuk istismarı ve ihmali; çocuklara ebeveynleri ya da onlara bakmakla görevlendirilmiş kişiler ya da yabancılar tarafından sağlıklarına zarar veren fiziksel, duygusal, zihinsel ya da sosyal gelişmelerini engelleyen tutum ve davranışlara maruz bırakılmaları olarak açıklanmaktadır. Çocuk ihmali ve istismarını çocuk sağlığını ve refahını sarsan ve çocukta, kalıcı izler bırakabilen bir sorundur.

3.1. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olan Faktörler

Çocukluk çağı travmalarındaki faktörler kaynaklarıyla şu şekildedir:

- Ekonomik sorunlar (Zeytinoğlu 1999, Polat 2001, Güler ve ark. 2002, Erginer 2007)
- Sosyal izolelik problemleri: Aile içi olmayan sosyal ilişkilerde kısıtlılık ve/veya zorlanma (Polat 2001, Taner ve Gökler 2004), sosyal desteğin yoksunluk hali (Güler ve ark. 2002)
- Parçalanmış aile, boşanma durumu, çocuğun, anne ve babayla yakın duygusal bir ilişki yaşayamaması, anne-baba yoksunluğu (Bulut 1996, Polat 2001, Örsel ve ark. 2011)
- Ebeveynde suç ya da intihara girişimlerinin mevcudiyeti, psikiyatrik bozukluk bulunması (Polat 2001, Taner ve Gökler 2004)
- Zeka düşüklüğü seviyesi ve eğitim seviyesi (Zeytinoğlu 1999, Polat 2001, Turhan ve ark. 2006, Erginer 2007, Örsel ve ark. 2011)
- Ailede bulunan madde, alkol, uyuşturucu bağımlılığı (Polat 2001, Taner ve Gökler 2004, Erginer 2007)
- Çatışmaların sıklığı, rol çatışmaları hali (Polat 2001, Taner ve Gökler 2004, Örsel ve ark. 2011)
- Düzensiz aile hayatı (Polat 2001)
- Ebeveynlerin sorunlarla başa çıkabilmede yetersiz kalışı (Polat 2001)
- Anne-babalardaki cinsel sorunlar; ve bu duruma bağlı olarak özel hayatlarında mutluluğu yakalayamaz oluşları (Polat 2001, Taner ve Gökler 2004, Erginer 2007)
- Çocuk sayısının fazla olması ile ebeveynlerin çocuklarına yeterli alakayı gösterememesi (Polat 2001, Güler ve ark. 2002, Erginer 2007)
- Bireysel özellikler (Zeytinoğlu 1999, Erginer 2007)
- Geleneksel değer yargıları, içinde yaşanan toplumdaki kültürel yapı, gelenekler (Zeytinoğlu 1999, Polat 2001, Erginer 2007)
- Sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının yeterli olamayışı (Zeytinoğlu 1999, Polat 2001, Erginer 2007)

- Toplumsal değişme, toplumsal zorluklar (Zeytinoğlu 1999, Polat 2001)
- Yasal noksanlıklar ve yasaların tam olarak uygulanmaması (Zeytinoğlu 1999)
- Ebeveynlerden birinin üvey oluşu (Güler ve ark. 2002)
- Genç yaşta çocuk sahibi olmak (Erginer 2007)
- Stres (Erginer 2007)
- Göç (Polat 2001, Örsel ve ark. 2011)

Çocukta oluşan ihmal ve istismar gibi durumlarda iç ve dış stres faktörleri mevcuttur. Dış stres faktörleri; bazı ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel özellikler ailede sıkıntı yaratarak çocuğun ihmal ve istismarına yol açabilmektedir.

Ekonomik yetersizlikte ise aile için en önemli stres kaynaklarından biri paradır. Bu gibi yoksunluk ya da yoksulluk durumlarında yeterli beslenememe, ev koşullarındaki eksiklikler oluşabilir. İç stresteeki durum ise, çocuğun bireysel durumunu ve çocuktan fazla beklentide bulunulması olarak gruplandırılabilir (Bulut 1996, Ünal 2008)

Travmanın etkisinin uzun sürmesi ya da kalıcı olması, aynı zamanda çevrenin verdiği tepkilere göre de şekillenebilmektedir. Çocukların isteklerinin genel olarak karşılanmaması durumu ise, her zaman bir tramvaya dönüşmez ancak stres verici olayların şiddetiyle şekillenen durumlarda çocuk kendisini tramvatik bir durumun içinde bulabilir ve bu durum, çocuğun ileriki yaşlarını etkileyecek psikolojik sonuçlara sebep olabilir (Friedeman 2000).

Her yaş, cinsiyet, ırk, etnik grup ve sosyo-ekonomik düzeyden çocuklar, kötü muamelelerle karşı karşıya kalabilmektedirler. Ancak anne ve babanın, çocukların ve ailelerin bazı özellikleri de kötü muamele riskini arttıran etmenler arasında bulunmaktadır. Bu risk faktörleri ebeveyn, çocuk ve aile özellikleri olmak üzere üç grupta özetlenebilmektedir (Horton ve Cruise 2001, s. 14).

3.2. Çocuk İstismarını Açıklamaya Yönelik modeller

3.2.1. Psikolojik Model

Psikolojik model olgusu, ebeveynlerin hayal güçlerinin ortaya çıkardığı bir sonuç olduğu belirtilmektedir. Öncelikle, kişisel ve cinsel kimliklerin oluşumuna etki sağlamaktadır. Bu modelde hasta ebeveynlerin %10'u ruhsal sağlığının bozuk olduğunu kabul etmiştir.

Psikolojik uzmanlara göre, 5 tip istismarcı ebeveyn kişilik özelliği bulunduğu görülmektedir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Zayıf benlik olgusu özelliği
2. Kişilik oluşumunda kompleks hali
3. Tepki kontrolünde anormallik
4. Çocuğun kötü idrak ediliyor olması
6. Aile ve eşle olan ilişkilerde tatminsiz seviyede bağımlılık düzenekleri

İstismarcı ebeveynler; kendilerine saygıları düşük, hayal kırıklığı olan, çocuğu açıkca istememe içinde tatminsiz oldukları anlaşılmıştır. Ebeveynlerin psikopatik olduğu ve bu durumlarına sıradan bir yaşam görünüşü vererek gizleyebildikleri öne sürülmüştür.

3.2.2. Sosyolojik Model

Sosyolojik modele göre ihmal ve istismarın nedenleri şunlardır:

1. Toplumsal değerler
2. Örgütler
3. Kültür ve aile müessesesi

Toplumun değer yargıları, aile müessesesinin yapısı ve sosyo-ekonomik durumlarının, şiddete ait kültürel yapılarının incelenmesi gerekmektedir. Bilinmesi lazım olan ayrı bir durum da aile içi şiddetin, toplumda önceden beridir devam eden şiddetten aynı şekilde etkilenmesidir. Toplumda kabul gören bu şiddetin ailenin içine yerleşmesiyle, aile içinde bu durum hem fiziksel, hem psikolojik, hem de cinsel yönden görülebilmektedir. Kişilerin sürdürdükleri kötü hayat koşulları geçim sıkıntısı, işsizlik, iyi beslenememe, stres engelleme hissi oluşturmakta ve bireylerin tavırlarını kötü yönde etkilemektedir. Bu nedenden dolayı kişinin dışavurumları isteklerini tatmin etmek eğiliminde gerçekleşir ve bunu da bazı durumlarda cinsellik olarak yüzeye çıkarır.

3.2.3. Sosyal-Durumsal Model

Sosyal-durumsal modele göre ihmal ve istismarın sık rastlanılmasının sebebi olarak birey-çevre etkileşimi görülmektedir. Kişinin karşılaştığı, uğradığı istismar ve ihmal fazlalığı ile çevresinde bu durumun benimsenmiş olması istismar edilen kişinin istismar etme isteğini o kadar arttırmaktadır. Çocuk istismarının ciddi bir oranı, ebeveynlerinin disiplin etme isteğiyle gerçekleşir.

Bu disiplin istekleri iki özelliği istismar olasılığını artırır.

1. Fiziki ceza ve şiddetin hatalı bir metot olarak idrak edilmesi ebeveynlerin bu tavrı gizli gerçekleştirmesine, bu da ebeveynlerde suçluluk duygusuna yol açar ve karşı bir tepki olarak aşırı bir şekilde yönelme eğilimi göstermelerine neden olur.

Toplumsal durumlar ve realite davranışlar arasındaki çelişkiler ebeveynlerin çocuk istismarını arttırmaktadır.

2. İstismarı arttıran diğer bir faktörse tutarsız disiplin uygulamalarıdır. Araştırmalara göre istismar davranışı gösteren ebeveynlerin bu tavrı göstermeyenlere göre disiplin metodu olarak sözel ve fiziki agresif davranışları küfür, aşağılama, şiddet vb. Daha fazla kullandıkları gözlemlenmiştir.

İstismar ve ihmalin devamlı hale gelmesinin ve tekrarlanmasının sebepleri:

1. Bu durumun bir disiplin metodu olarak idrak edilmesi
2. Gelecekte oluşabilecek menfi durumların görmezden gelinmesi
3. Davranışlarının bir sonucu olarak çocuğa istismarı hak ettiğinin müdafa edilmesi.

3.2.4. Sosyal Etkileşimsel Model

Sosyal etkileşimsel modelde istismarın sadece ebeveynlerle ilgili durumlardan değil; bunun yanında, ebeveynlerin çocuklarıyla etkileşimlerinin de etkili olduğuna değinilmektedir. Anne, baba ve çocuklar arasındaki etkileşim, çocuk istismarı konularında oldukça büyük önem teşkil etmektedir. Anne ve babanın birbirlerine duyduğu kızgınlık ve öfkenin çocuklara yansıdığı aşikar bir durumdur. Bunların yanında istismara uğrayan çocuğun kişisel özellikleri de dikkatle incelenmesi gereken bir konudur.

Anne - baba vefat etmiş ya da boşanmış olan aile çocuklarının da istismar riski taşıdığı bildirilmiştir. Yapılan araştırmalarda çocuk, anne ve baba, durum faktörlerinin kültürel ve toplumsal açıdan ele alınması gerektiğini belirtilmektedir. Ayrıca ihmal ve istismarın çocuk üzerinde bıraktığı etki de hesaba katılarak incelemelerde bulunulmalıdır.

3.3. İstismar Türleri

3.3.1. Fiziksel İstismar

Sıklıkla rastlanan ve kolayca saptanan istismar türü olan fiziksel istismar, çocuk sağlığına çevredeki kişilerce verilen zararları kapsamaktadır. Ancak bu durum, kimi zaman çevredeki çocuk bakımı görevlilerinden değil, tanınmayan kişilerden de meydana getirilmektedir. Yani fiziksel şiddetin yönü, sabitlenmiş bir durumdan ibaret değildir.

Türkiye genelinde olan fiziksel ceza yöntemi de yine fiziksel istismar yöntemlerinden biridir. “Fiziksel istismara uğramış çocuklar sosyal işlevsellik alanında yetersizlik ve yakın ilişki kurma güçlüğü yaşamakta; duygusal yoğunluğu az, öfke ve kötüye kullanım davranışı içeren ilişkilerle” göz önünde durmaktadırlar.

Fiziksel istismara uğramış çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlık sıkça gözlemlenmektedir. Fiziksel olarak kötüye kullanılan bu kişilerde maddenin kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sorunların yanında kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi bazı psikiyatrik hastalıklar da sıkça gözlemlenmektedir. Ağır fiziksel kötüye kullanım olgularında travma sonrası stres bozukluğuna rastlanmakta ve intihar oranlarında artma saptanmaktadır.

3.3.2. Duygusal İstismar

Çocuğun kendine bakmakla yükümlü kişiler tarafından olumsuz olarak etkilendikleri tutum ve davranışlara maruz kalması, gereken ilgi, sevgi ve bakımdan yoksun bırakılmasıdır.

Dokunulma, güven duyma, sınırlarının öğretilmesi, sosyalleşme, yeterli uyaran sağlanması ve kendini değerli görebilme çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimi için gerekli olan ilgi ihtiyaçları arasındadır. Duygusal istismar bu ihtiyaçlardan bir ya da birkaçının karşılanmaması durumunda ortaya çıkmaktadır.

Duygusal istismar, dünya genelinde sıkça görülmektedir ancak fark edilmesinde güçlük yaşanmaktadır. Çocuğun çevresindeki güç sahibi tarafından oluşturulan bu istismar türü, çocuklarda “aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzluk ve saldırganlık gibi davranışlar sık görülür. Duygusal istismara maruz kalan çocuğun kişiliği ve başarısının yanı sıra fiziksel gelişimini de durumdan olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

3.3.3. Cinsel İstismar

Çocuklukta kötüye kullanımlardan en tehlikeli ve en zor saptanan olanı, cinsel istismar türüdür. Yetişkinlerin cinsel doyumlarını sağlayabilmek adına çocukları kandırarak veya ikna ederek yaptığı her cinsel temas, cinsel istismarı oluşturmaktadır. Bu gibi durumlarda, istismardan söz edebilmek için, kötüye kullanan ve kullanılan arasında en az 5 yaş fark olması gerektiği vurgulanmaktadır. Teşhircilik ve sözel saldırılarda ise yaş aralığı gözetmeden kötüye kullanım tabiri kullanılır.

Çocuğun cinsel kötüye kullanımında, kötüye kullanımla birlikte yaşanan travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük, stigmatizasyon (damgalanma) gibi dört travmatik dinamik durumu bulunur. Bu dinamikler, travmaya farklı bir yön katar, “travmatik olayın etkilerini ağırlaştırır ve çocuğun dünyaya kognitif ve emosyonel oryantasyonuna zarar verir. Travma sonrasında çocuğun benlik algısında değişimler, duygulanım sürecinde bozulmalar yaşanmaktadır. Kişilerarası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürebilme becerisi olumsuz etkilenmektedir.”

3.4. İhmal türleri

Çocuğun gelişimi ya da yararına olmayan davranışların sergilenmesine çocuk ihmalleri denmektedir. Bu durum, çocuğun sağlığını, eğitimini ve psikolojisini tehdit altına sokan ve altında ihmal yatan davranışlar bütünüdür. Yoksulluk ve benzeri ekonomik durumlar, çocuk ihmali meşrulaştırabilecek sorunlar değildir. Çünkü bu durum, olan ihmallerin çocuğun yararına kullanılmasını hedefleyen yani olanı ortaya koymayı baz alan bir davranış şeklidir (Gokler, 2005).

3.4.1. Fiziksel İhmaller

- *Çocukta sağlık problemlerinin çözülememesi ve tıbbi ihtiyaçların karşılanmaması
- *Çocuğa sağlıklı öğünlerin, gerekli giyim ihtiyacının sağlanmaması.
- *Çocuğun bakacak yetişkin bulunmadan uzun süreliğine yalnız bırakılması.
- *Çocuğun gece geç saatlere kadar nerede olduğunun bilinmemesi durumu

3.4.2. Duygusal İhmal

- *Çocuğa yönelik yetersiz ilgi ve şefkat
- *Çocuğun aile içindeki şiddete tanık oluşu
- *Çocuğun alkol ve uyuşturucu kullanmasına izin verilmesi
- *Çocuğun suç işlemesine destek olucu davranışlar sergilenmesi

UYGULAMA YÖNTEMİ

“Panik Bozukluğu Tanısı Olan Bireylerde Çocukluk Çağı Travması ve Otomatik Düşünceler İlişkisi” adlı araştırmanın yöntem kısmı, çeşitli literatür taramalarına ve SPSS 15.0 sonuçlarına dayanmaktadır. Bu taramalar genelde, makale, kitap veya kitap bölümlerinden oluşmaktadır. Yöntemler, karşılaştırmalı ve yorumlayıcı bir şekilde verilmiştir.

Tezde genel anlamıyla niceliksel veriler bulunsa da bu veriler, yer yer niteliksel ve yorumlayıcı yöntemlerle açıklanmış ve çeşitli örneklerle detaylandırılmıştır.

Kullanılan ölçekler :

- ✓ Sosyodemografik veri formu
- ✓ Panik agorafobi ölçeği
- ✓ Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)
- ✓ Otomatik düşünceler ölçeği

Araştırmanın Amacı

Araştırmada Panik Bozukluk tanısı alan 30 bireyle rastgele seçilen 30 sağlıklı bireyin çocukluk çağı travması ve otomatik düşünceler ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Etik Kurul onayından sonra verilerin toplanması için 2 ay sürecinde NPİSTANBUL Beyin hastanesine başvuran ve Panik Bozukluk tanısı konan 18-65 yaşın arasındaki hastalar çalışmaya davet edildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak: 30 panik bozukluk tanısı alan, 18-65 yaş arası kadın ve erkek ve 18-65 yaş arası 30 sağlıklı gönüllü olmak belirlendi. Mental retardasyon, demans ve psikotik bozukluk her iki grup için dışlama kriterleri olarak belirlendi.

Araştırmanın hipotezleri:

Panik bozukluğu olan bireylerin otomatik düşünceleri ile çocukluk çağı travmasının alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişkisi olması beklenmektedir.

Otomatik Düşünceler Ölçeği toplam puanlar panik bozukluğu olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

VERİ TOPLAMA

1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada dört bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır.

Anket formunun **ilk** bölümünde üniversite öğrencilerinin cinsiyet, yaş, şu anda yaşadığı ilişki, anne-baba birliktelik durumu, çocukluğunda karşılaştığı ilgi, anne ve baba ile olan ilişki, aileden ayrıldığında kaygı yaşama durumu, duygusal ilişkilerinde ayrılık kaygısı yaşama durumu, romantik ilişkilerinde güvende hissetme durumu, çocukluğunda kim tarafından yetiştirildiği bilgilerinden oluşan sosyo-demografik bilgi formu yer almaktadır.

Anket formunun **ikinci** bölümünde Hollon ve Kendall (1980) tarafından geliştirilen ve Aydın ve Aydın (1990) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan Otomatik Düşünceler Ölçeği yer almaktadır. Depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin bireylerin aklından otomatik olarak geçiş sıklığını saptamayı amaçlayan ölçek beşli likert (1: hiç, ile 5: her zaman) tipinde 30 madde ve tek boyuttan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Tüm soru puanları toplanarak elde edilen toplam puanın yüksekliği depresyona özgü bilişsel yapının ve olumsuz benlik değerlendirmesinin varlığına işaret etmektedir (Aydın ve Aydın, 1990). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,97 olarak hesaplanmıştır.

Anket formunun **üçüncü** bölümünde Ogawa ve ark. (1997) tarafından geliştirilen ve Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) yer almaktadır. Ölçek, beşli likert tipinde (1: hiçbir zaman, 5: çok sık) tipinde 28 madde ve her biri 5 maddeden oluşan 5 boyuttan (fiziksel ihmal, duygusal

istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar) oluşmaktadır. Ölçek puanı hesaplanmadan önce 7 madde (m2, 5, 7, 13, 19, 26 ve 28) ters kodlanmaktadır. Ölçekte 3 madde travma inkarını ifade ettiğinden boyut olarak değerlendirilmemekte ve 3 maddenin puanı ölçeğin toplam puanına eklenmemektedir. Bu çalışmada ölçeğin geneli için Cronbach Alpha katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır.

Anket formunun **dördüncü** bölümünde Tural ve ark (2000) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan Panik ve Agorafobi Ölçeği yer almaktadır. Panik atakları ve agorafobiden yakınan bireyler için hazırlanan ölçek önceki hafta içindeki belirtilerin şiddetini puanlanması ile değerlendirilmektedir. Farklı cevap seçenekleri olan ve genellikle dörtlü tipinde 14 madde belirtilerin eşlik ettiği bunaltı (sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin geneli için Cronbach Alpha katsayısı 0,88 olarak hesaplanmıştır.

2. Verilerin Analizi

Veri analizinde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların demografik bilgileri frekans ve yüzde analizi şeklinde sunulmuştur. Ölçek puanlarının normallik sınamasında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness) ± 1 sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir (Büyüköztürk, 2011:40). Normallik sınamasında ölçek ve alt ölçek puanları normal dağılım göstermediğinden puanların cinsiyet, yaş, medeni durum, evlilikte sorun, kardeş sırası, anne-baba vefat durumu, daha önce psikiyatrik tedavi görmüş olma durumu, büyüdüğü ve şimdiki ailesinin sosyo-ekonomik düzeyi değişkenlerine göre karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi; öğrenim düzeyi, ailedeki kardeş sayısı değişkenlerine göre karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testinden yararlanılmıştır. Ölçekler arası ilişki analizi için Spearman Rho korelasyon testi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ($p < 0,05$) olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.

	Gruplar	Hasta (N=30)		Sağlıklı (N=30)	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	17	56,7	25	73,3
	Erkek	13	43,3	5	16,7
Yaş	30 yaş ve altı	14	46,7	22	73,3
	30 yaş üzeri	16	53,3	8	26,7
Öğrenim düzeyi	Lise	5	16,7		
	Lisans	18	60,0	13	43,3
	Lisansüstü	7	23,3	17	56,7
Medeni durum	Bekar	17	56,7	24	80,0
	Evli	13	43,3	6	20,0
Evlilikte sorun	Var	5	16,7		
	Yok	8	26,7	6	100,0
Kardeş sayısı	2 kardeş	10	33,3	14	46,7
	3 kardeş	12	40,0	7	23,3
	3'ten fazla	8	26,7	9	30,0
Kaçınıcı çocuk	İlk	8	26,7	14	46,7
	İkinci	11	36,7	10	33,3
	Üç ve sonrası	11	36,7	6	20,0
Anne-baba vefat	Evet	9	30,0	5	16,7
	Hayır	21	70,0	25	83,3
Bundan önceki tedavi	Evet	14	46,7		
	Hayır	16	53,3		
Büyüdüğü ailenin sosyo-ekonomik durumu	Yeterli	15	50,0	15	50,0
	Orta	15	50,0	15	50,0
Şimdiki ailenin sosyo-ekonomik durumu	Yeterli	17	56,7	19	63,3
	Orta	13	43,3	11	36,7

Araştırmaya panik bozukluğu olan 30 ve sağlıklı 30 birey olmak üzere 60 kişi katılmıştır. Panik bozukluğu olan katılımcıların %46,7'si kadın, %43,3'ü erkektir. Sağlıklı katılımcıların %73,3'ü kadın, %16,7'si erkektir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %46,7'si 30 yaş ve altında, %53,3'ü 30 yaş üzerindedir. Sağlıklı katılımcıların %73,3'ü 30 yaş ve altında, %26,7'si 30 yaş üzerindedir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %16,7'si lise, %60'ı lisans, %23,3'ü lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Sağlıklı katılımcıların %43,3'ü lisans, %56,7'si lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Panik bozukluğu olan katılımcıların %56,7'si bekar, %43,3'ü evlidir. Sağlıklı katılımcıların %80'i bekar, %20'si evlidir. Panik bozukluğu olan evli katılımcıların %16,7'si evlilikte sorun yaşamıştır. Sağlıklı katılımcıların hiçbiri evlilikte sorun yaşamamıştır. Panik bozukluğu olan katılımcıların %33,3'ü 2 kardeş, %40'ı 3 kardeş, %26,7'si 3'ten fazla kardeşdir. Sağlıklı katılımcıların %46,7'si 2 kardeş, %23,3'ü 3 kardeş, %30'u 3'ten fazla kardeşdir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %26,7'si ilk çocuk, %36,7'si ikinci, %36,7'si üçüncü çocuktur. Sağlıklı katılımcıların %46,7'si ilk çocuk, %33,3'ü ikinci, %20'si üçüncü çocuktur. Panik bozukluğu olan katılımcıların %30'unun, sağlıklı katılımcıların %16,7'sinin anne-babası vefat etmiştir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %46,7'si daha önce psikolojik tedavi görmüştür. Panik bozukluğu olan ve sağlıklı katılımcıların %50'sinin büyüdüğü ailenin sosyo-ekonomik durumu yeterli, %50'sinin orta düzeydedir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %56,7'sinin şimdiki ailesinin sosyo-ekonomik düzeyi yeterli, %43,3'ünün orta düzeydedir. Sağlıklı katılımcıların %63,3'ünün şimdiki ailesinin sosyo-ekonomik durumu yeterli, %36,7'sinin orta düzeydedir.

Tablo 2. Panik Bozukluğu Olan ve Sağlıklı Grupların Ölçek Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler:

Ölçekler	Gruplar	N	Min.	Maks.	\bar{x}	SS
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Hasta	30	30,00	124,00	72,37	29,26
	Sağlıklı	30	30,00	96,00	46,27	18,17
Fiziksel ihmal	Hasta	30	5,00	15,00	7,80	2,70
	Sağlıklı	30	5,00	21,00	8,10	4,48
Duygusal ihmal	Hasta	30	5,00	19,00	12,80	4,04
	Sağlıklı	30	5,00	22,00	10,27	4,99
Fiziksel istismar	Hasta	30	5,00	15,00	6,13	2,37
	Sağlıklı	30	5,00	13,00	5,90	1,90
Duygusal istismar	Hasta	30	5,00	23,00	8,13	4,29
	Sağlıklı	30	5,00	17,00	6,90	3,21
Cinsel istismar	Hasta	30	5,00	19,00	6,83	3,22
	Sağlıklı	30	5,00	12,00	5,73	1,87
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Hasta	30	25,00	76,00	41,70	12,58
	Sağlıklı	30	25,00	65,00	36,90	10,63
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Hasta	30	6,00	48,00	25,30	12,70
	Sağlıklı	30	0,00	8,00	2,07	2,53
	Panik+Agorafobi					
				Yok	Var	
	Hasta			%20	%80	
	Sağlıklı			%100	%0	

Otomatik Düşünceler Ölçeği toplam puanı panik bozukluğu olan grupta $72,37 \pm 29,26$; sağlıklı grupta $46,27 \pm 18,17$ olarak hesaplanmıştır. Elde edilen toplam puana göre depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı panik bozukluğu olan katılımcılarda “ender” düzeyinde; sağlıklı grupta “hiç” düzeyinde olduğu söylenebilir ($150-30=120/5=24$; 30-54: hiç, 30-78: ender; 78-102: ara sıra, 102-126: sık sık; 126-150: her zaman) (Tablo 2).

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanı panik bozukluğu olan grupta 41,70±12,58; sağlıklı grupta 36,90±10,63 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen toplam puana göre çocukluk çağı travma puanı her iki grupta “hiçbir zaman” düzeyindedir (125-25=100/5=20; 25-45: hiçbir zaman, 45-65: nadiren; 65-85: kimi zaman, 85-105: sık olarak; 105-125: çok sık) (Tablo 2). Alt boyut puanları incelendiğinde yalnızca fiziksel istismar (6,06±2,90) puanlarının önemli düzeyde yüksek (>6) olduğu tespit edildi.

Panik Agorafobi Ölçeği toplam puanı panik bozukluğu olan grupta 25,30±12,70; sağlıklı grupta 2,07±2,53 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen toplam puana göre panik bozukluğu olan hasta grubun %80’inde panik+agorafobi tespit edildi. Sağlıklı grupta panik+agorafobi tespit edilmedi (toplam puan>12: panik bozukluk) (Tablo 2).

Tablo 3. Panik Bozukluğu Olan ve Sağlıklı Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.

Ölçekler	Gruplar	\bar{x}	SS	Z	p
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Hasta	72,37	29,26	-3,61	0,000
	Sağlıklı	46,27	18,17		
Fiziksel ihmal	Hasta	7,80	2,70	-0,70	0,485
	Sağlıklı	8,10	4,48		
Duygusal ihmal	Hasta	12,80	4,04	-2,32	0,020
	Sağlıklı	10,27	4,99		
Fiziksel istismar	Hasta	6,13	2,37	-0,31	0,759
	Sağlıklı	5,90	1,90		
Duygusal istismar	Hasta	8,13	4,29	-1,17	0,240
	Sağlıklı	6,90	3,21		
Cinsel istismar	Hasta	6,83	3,22	-1,94	0,053
	Sağlıklı	5,73	1,87		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Hasta	41,70	12,58	-1,53	0,127
	Sağlıklı	36,90	10,63		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Hasta	25,30	12,70	-6,63	0,000
	Sağlıklı	2,07	2,53		

Otomatik Düşünceler Ölçeği toplam puanlarının panik bozukluğu olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-3,61$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olan katılımcıların depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı puanı, sağlıklı katılımcıların puanlarında anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 3).

Duygusal İhmal alt boyut puanlarının panik bozukluğu olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,32$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olan katılımcıların duygusal ihmal puanı, sağlıklı katılımcıların puanlarında anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 3). Fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanlarının panik bozukluğu olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi.

Duygusal İhmal alt boyut puanlarının panik bozukluğu olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,32$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olan katılımcıların duygusal ihmal puanı, sağlıklı katılımcıların puanlarında anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 3).

Panik Agorafobi Ölçeği toplam puanlarının panik bozukluğu olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-6,63$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olan katılımcıların panik+agorafobi puanı, sağlıklı katılımcıların puanlarında anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 3).

Tablo 4. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.

Ölçek ve Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	\bar{X}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Kadın	17	75,76	31,68	-0,69	0,490
	Erkek	13	67,92	26,33		
Fiziksel ihmal	Kadın	17	7,65	2,71	-0,30	0,765
	Erkek	13	8,00	2,77		
Duygusal ihmal	Kadın	17	13,35	4,62	-0,65	0,514
	Erkek	13	12,08	3,15		
Fiziksel istismar	Kadın	17	6,59	2,87	-0,93	0,352
	Erkek	13	5,54	1,39		
Duygusal istismar	Kadın	17	9,47	5,10	-1,82	0,069
	Erkek	13	6,38	1,98		
Cinsel istismar	Kadın	17	7,35	4,03	-0,38	0,705
	Erkek	13	6,15	1,57		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Kadın	17	44,41	15,38	-0,61	0,543
	Erkek	13	38,15	6,53		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Kadın	17	24,29	10,34	-0,46	0,645
	Erkek	13	26,62	15,61		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	\bar{X}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Kadın	25	48,28	19,24	-1,23	0,218
	Erkek	5	36,20	4,44		
Fiziksel ihmal	Kadın	25	7,80	4,56	-1,33	0,185
	Erkek	5	9,60	4,22		

Duygusal ihmal	Kadın	25	9,56	4,56	-1,66	0,097
	Erkek	5	13,80	6,10		
Fiziksel istismar	Kadın	25	5,96	2,05	-0,39	0,694
	Erkek	5	5,60	0,89		
Duygusal istismar	Kadın	25	7,12	3,44	-0,60	0,550
	Erkek	5	5,80	1,30		
Cinsel istismar	Kadın	25	5,88	2,03	-1,07	0,284
	Erkek	5	5,00	0,00		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Kadın	25	36,32	10,89	-0,84	0,403
	Erkek	5	39,80	9,71		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Kadın	25	2,24	2,67	-0,82	0,410
	Erkek	5	1,20	1,64		

Panik bozukluğu olmayan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Yaş	N	\bar{x}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	30 yaş ve altı	14	87,21	30,07	-2,43	0,015
	30 yaş üzeri	16	59,38	22,05		
Fiziksel ihmal	30 yaş ve altı	14	7,86	2,74	-0,21	0,832
	30 yaş üzeri	16	7,75	2,74		
Duygusal ihmal	30 yaş ve altı	14	12,79	4,19	-0,21	0,834
	30 yaş üzeri	16	12,81	4,04		
Fiziksel istismar	30 yaş ve altı	14	5,64	1,65	-0,97	0,330
	30 yaş üzeri	16	6,56	2,85		
Duygusal istismar	30 yaş ve altı	14	8,57	3,76	-0,90	0,366

	30 yaş üzeri	16	7,75	4,80		
Cinsel istismar	30 yaş ve altı	14	7,57	4,01	-1,06	0,290
	30 yaş üzeri	16	6,19	2,26		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	30 yaş ve altı	14	42,43	12,20	-0,73	0,466
	30 yaş üzeri	16	41,06	13,26		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	30 yaş ve altı	14	28,50	12,58	-1,12	0,261
	30 yaş üzeri	16	22,50	12,51		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler ölçeği puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,43$; $p<0,05$) (Tablo 6). Panik bozukluğu olan 30 yaş ve altı katılımcıların depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı puanı, 30 yaş üzeri katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Panik bozukluğu olan grupta çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları:

Ölçek ve Alt Boyutlar	Yaş	N	\bar{X}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	30 yaş ve altı	22	50,64	18,99	-2,86	0,004
	30 yaş üzeri	8	34,25	7,83		
Fiziksel ihmal	30 yaş ve altı	22	7,86	4,73	-0,75	0,451
	30 yaş üzeri	8	8,75	3,92		
Duygusal ihmal	30 yaş ve altı	22	9,95	4,59	-0,36	0,722
	30 yaş üzeri	8	11,13	6,22		
Fiziksel istismar	30 yaş ve altı	22	6,05	2,17	-0,33	0,740
	30 yaş üzeri	8	5,50	0,76		
Duygusal istismar	30 yaş ve altı	22	7,36	3,63	-0,68	0,496
	30 yaş üzeri	8	5,63	0,74		

Cinsel istismar	30 yaş ve altı	22	6,00	2,14	-1,44	0,148
	30 yaş üzeri	8	5,00	0,00		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	30 yaş ve altı	22	37,23	11,22	-0,26	0,796
	30 yaş üzeri	8	36,00	9,44		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	30 yaş ve altı	22	2,41	2,79	-0,94	0,346
	30yaş üzeri	8	1,13	1,36		

Panik bozukluğu olmayan grupta otomatik düşünceler ölçeği puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,86$; $p<0,05$) (Tablo 7). Panik bozukluğu olmayan 30 yaş ve altı katılımcıların depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı puanı, 30 yaş üzeri katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Panik bozukluğu olmayan grupta çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.

Ölçekler	Öğrenim Düzeyi	N	\bar{X}	SS	X^2	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Lise	5	82,80	30,22	2,02	0,365
	Üniversite	18	73,22	28,04		
	Lisansüstü	7	62,71	33,18		
Fiziksel ihmal	Lise	5	9,80	2,28	5,48	0,065
	Üniversite	18	6,94	2,13		
	Lisansüstü	7	8,57	3,55		
Duygusal ihmal	Lise	5	12,00	2,55	1,27	0,529
	Üniversite	18	13,39	3,73		
	Lisansüstü	7	11,86	5,70		
Fiziksel istismar	Lise	5	5,00	0,00	6,07	0,048
	Üniversite	18	5,56	1,25		
	Lisansüstü	7	8,43	3,82		

Duygusal istismar	Lise	5	6,60	2,51	0,44	0,804
	Üniversite	18	8,67	4,96		
	Lisansüstü	7	7,86	3,48		
Cinsel istismar	Lise	5	5,80	1,79	0,87	0,647
	Üniversite	18	6,44	2,15		
	Lisansüstü	7	8,57	5,47		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Lise	5	39,20	5,17	0,10	0,949
	Üniversite	18	41,00	11,40		
	Lisansüstü	7	45,29	18,88		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Lise	5	21,60	12,97	0,68	0,713
	Üniversite	18	26,44	13,09		
	Lisansüstü	7	25,00	12,88		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Öğrenim Düzeyi	N	\bar{X}	SS	Z	p
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Üniversite	13	54,23	19,98	-2,36	0,018
	Lisansüstü	17	40,18	14,42		
Fiziksel ihmal	Üniversite	13	8,23	3,56	-0,80	0,422
	Lisansüstü	17	8,00	5,18		
Duygusal ihmal	Üniversite	13	12,46	5,46	-1,97	0,049
	Lisansüstü	17	8,59	3,99		
Fiziksel istismar	Üniversite	13	6,69	2,59	-1,56	0,119
	Lisansüstü	17	5,29	0,77		
Duygusal istismar	Üniversite	13	8,08	4,35	-0,90	0,369
	Lisansüstü	17	6,00	1,58		
Cinsel istismar	Üniversite	13	6,00	2,08	-0,77	0,439
	Lisansüstü	17	5,53	1,74		

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Üniversite	13	41,46	11,61	-2,04	0,042
	Lisansüstü	17	33,41	8,59		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Üniversite	13	2,31	2,93	-0,35	0,723
	Lisansüstü	17	1,88	2,26		

Panik bozukluğu olmayan grupta otomatik düşünceler ölçeği puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,36$; $p<0,05$) (Tablo 9). Panik bozukluğu olmayan üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı puanı, lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Duygusal İhmal alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,32$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olmayan üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların duygusal ihmal puanı, lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puanlarında anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 9). Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,04$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olmayan üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı, lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puanlarında anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 9). Panik bozukluğu olmayan katılımcıların fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi.

Panik bozukluğu olmayan grupta panik agorafobi puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları:

Ölçek ve Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	\bar{X}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Bekar	17	77,71	26,54	-1,28	0,202
	Evli	13	65,38	32,20		
Fiziksel ihmal	Bekar	17	7,71	3,29	-0,85	0,393
	Evli	13	7,92	1,75		
Duygusal ihmal	Bekar	17	12,12	4,34	-0,90	0,365
	Evli	13	13,69	3,57		
Fiziksel istismar	Bekar	17	6,00	2,47	-0,23	0,816
	Evli	13	6,31	2,32		
Duygusal istismar	Bekar	17	7,76	3,42	-0,19	0,845
	Evli	13	8,62	5,33		
Cinsel istismar	Bekar	17	6,65	2,74	-0,38	0,705
	Evli	13	7,08	3,86		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Bekar	17	40,24	13,42	-0,84	0,402
	Evli	13	43,62	11,62		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Bekar	17	26,76	10,99	-0,69	0,489
	Evli	13	23,38	14,89		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.

Ölçek ve Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	\bar{X}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Bekar	24	48,21	19,33	-1,38	0,167
	Evli	6	38,50	10,31		
Fiziksel ihmal	Bekar	24	7,88	4,53	-0,32	0,747
	Evli	6	9,00	4,56		
Duygusal ihmal	Bekar	24	9,83	4,72	-0,89	0,372
	Evli	6	12,00	6,10		
Fiziksel istismar	Bekar	24	6,04	2,07	-0,70	0,484
	Evli	6	5,33	0,82		
Duygusal istismar	Bekar	24	7,29	3,48	-1,34	0,181
	Evli	6	5,33	0,52		
Cinsel istismar	Bekar	24	5,92	2,06	-1,20	0,231
	Evli	6	5,00	0,00		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Bekar	24	36,96	10,90	-0,05	0,959
	Evli	6	36,67	10,39		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Bekar	24	2,13	2,52	-0,30	0,763
	Evli	6	1,83	2,79		

Panik bozukluğu olmayan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Evlilikte Sorun Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Evlilikte Sorun	N	\bar{X}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Var	5	64,20	14,11	-0,59	0,558
	Yok	8	66,13	40,77		
Fiziksel ihmal	Var	5	8,40	1,67	-0,75	0,454
	Yok	8	7,63	1,85		
Duygusal ihmal	Var	5	15,60	3,91	-1,47	0,140
	Yok	8	12,50	2,98		
Fiziksel istismar	Var	5	7,20	2,59	-1,43	0,152
	Yok	8	5,75	2,12		
Duygusal istismar	Var	5	9,80	7,46	-0,68	0,497
	Yok	8	7,88	3,91		
Cinsel istismar	Var	5	6,60	1,82	-0,56	0,577
	Yok	8	7,38	4,84		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Var	5	47,60	11,37	-1,32	0,187
	Yok	8	41,13	11,79		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Var	5	19,60	14,33	-0,29	0,768
	Yok	8	25,75	15,68		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının evlilikte sorun yaşama durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Kardeş Sayısı	N	\bar{X}	SS	X^2	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	2 kardeş	10	74,10	25,77	0,70	0,704
	3 kardeş	12	76,50	32,64		
	3'ten fazla	8	64,00	30,10		
Fiziksel ihmal	2 kardeş	10	7,70	2,45	1,52	0,468
	3 kardeş	12	8,50	3,18		
	3'ten fazla	8	6,88	2,17		
Duygusal ihmal	2 kardeş	10	14,20	3,91	1,91	0,384
	3 kardeş	12	12,42	3,23		
	3'ten fazla	8	11,63	5,18		
Fiziksel istismar	2 kardeş	10	7,20	2,39	6,63	0,036
	3 kardeş	12	5,92	2,87		
	3'ten fazla	8	5,13	0,35		
Duygusal istismar	2 kardeş	10	10,20	5,61	3,34	0,189
	3 kardeş	12	7,42	3,78		
	3'ten fazla	8	6,63	1,92		
Cinsel istismar	2 kardeş	10	8,30	4,50	2,86	0,239
	3 kardeş	12	6,08	2,39		
	3'ten fazla	8	6,13	1,81		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	2 kardeş	10	47,60	13,35	3,63	0,163
	3 kardeş	12	40,33	12,80		
	3'ten fazla	8	36,38	9,12		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	2 kardeş	10	26,90	13,79	0,79	0,672
	3 kardeş	12	26,17	11,88		
	3'ten fazla	8	22,00	13,58		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının kardeş sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Kardeş Sayısı	N	\bar{X}	SS	X^2	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	2 kardeş	14	47,86	16,98	2,88	0,237
	3 kardeş	7	51,57	23,93		
	3'ten fazla	9	39,67	14,86		
Fiziksel ihmal	2 kardeş	14	7,36	4,48	1,65	0,437
	3 kardeş	7	9,00	5,74		
	3'ten fazla	9	8,56	3,68		
Duygusal ihmal	2 kardeş	14	9,50	4,29	0,51	0,774
	3 kardeş	7	11,57	5,53		
	3'ten fazla	9	10,44	5,90		
Fiziksel istismar	2 kardeş	14	5,71	1,44	0,27	0,873
	3 kardeş	7	6,29	2,98		
	3'ten fazla	9	5,89	1,69		
Duygusal istismar	2 kardeş	14	6,79	2,81	0,71	0,701
	3 kardeş	7	7,43	4,28		
	3'ten fazla	9	6,67	3,24		
Cinsel istismar	2 kardeş	14	5,79	2,01	0,10	0,949
	3 kardeş	7	6,00	2,65		
	3'ten fazla	9	5,44	0,88		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	2 kardeş	14	35,14	9,45	0,73	0,693
	3 kardeş	7	40,29	13,43		
	3'ten fazla	9	37,00	10,67		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	2 kardeş	14	2,43	2,65	0,87	0,647
	3 kardeş	7	2,00	2,65		
	3'ten fazla	9	1,56	2,46		

Panik bozukluğu olmayan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının kardeş sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Kaçınıcı Çocuk Olduğuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Kaçınıcı Çocuk	N	\bar{X}	SS	X^2	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	İlk	8	77,25	29,93	1,92	0,383
	İkinci	11	79,73	28,19		
	Üç ve sonrası	11	61,45	29,19		
Fiziksel ihmal	İlk	8	7,25	2,38	0,36	0,835
	İkinci	11	8,18	3,49		
	Üç ve sonrası	11	7,82	2,14		
Duygusal ihmal	İlk	8	12,50	5,48	0,27	0,872
	İkinci	11	13,18	3,46		
	Üç ve sonrası	11	12,64	3,75		
Fiziksel istismar	İlk	8	5,88	1,81	5,89	0,053
	İkinci	11	7,36	3,32		
	Üç ve sonrası	11	5,09	0,30		
Duygusal istismar	İlk	8	8,88	4,67	1,91	0,384
	İkinci	11	9,27	5,35		
	Üç ve sonrası	11	6,45	2,11		
Cinsel istismar	İlk	8	6,25	2,82	1,83	0,400
	İkinci	11	8,00	4,38		
	Üç ve sonrası	11	6,09	1,70		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	İlk	8	40,75	13,76	1,73	0,421
	İkinci	11	46,00	15,67		
	Üç ve sonrası	11	38,09	6,73		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	İlk	8	32,00	12,90	3,32	0,190
	İkinci	11	23,45	12,06		
	Üç ve sonrası	11	22,27	12,48		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının kaçınıcı çocuk olduğuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Kardeş Sırasına Göre Karşılaştırılmasına Ait Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Kaçıncı Çocuk	N	\bar{X}	SS	X^2	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	İlk	14	48,71	15,76	3,86	0,145
	İkinci	10	49,10	23,62		
	Üç ve sonrası	6	35,83	10,03		
Fiziksel ihmal	İlk	14	7,86	4,42	5,53	0,063
	İkinci	10	7,00	4,97		
	Üç ve sonrası	6	10,50	3,45		
Duygusal ihmal	İlk	14	10,86	4,96	4,05	0,132
	İkinci	10	7,90	3,78		
	Üç ve sonrası	6	12,83	5,88		
Fiziksel istismar	İlk	14	6,36	2,50	0,44	0,802
	İkinci	10	5,50	1,27		
	Üç ve sonrası	6	5,50	0,84		
Duygusal istismar	İlk	14	7,93	4,25	1,43	0,490
	İkinci	10	5,90	1,85		
	Üç ve sonrası	6	6,17	0,98		
Cinsel istismar	İlk	14	5,50	1,40	2,66	0,265
	İkinci	10	6,50	2,72		
	Üç ve sonrası	6	5,00	0,00		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	İlk	14	38,50	12,55	2,79	0,248
	İkinci	10	32,80	8,59		
	Üç ve sonrası	6	40,00	7,77		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	İlk	14	2,21	2,81	0,36	0,834
	İkinci	10	2,30	2,58		
	Üç ve sonrası	6	1,33	1,97		

Panik bozukluğu olmayan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının kaçınıcı çocuk olduğuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Anne-Baba Vefat Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Anne-Baba Vefat	N	\bar{x}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Evet	9	65,78	24,28	-0,72	0,469
	Hayır	21	75,19	31,27		
Fiziksel ihmal	Evet	9	7,89	1,96	-0,51	0,611
	Hayır	21	7,76	3,00		
Duygusal ihmal	Evet	9	15,56	3,43	-2,30	0,022
	Hayır	21	11,62	3,75		
Fiziksel istismar	Evet	9	6,44	2,13	-1,03	0,301
	Hayır	21	6,00	2,51		
Duygusal istismar	Evet	9	10,33	5,94	-1,59	0,111
	Hayır	21	7,19	3,08		
Cinsel istismar	Evet	9	6,33	2,69	-0,59	0,556
	Hayır	21	7,05	3,46		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Evet	9	46,56	12,10	-1,32	0,188
	Hayır	21	39,62	12,47		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Evet	9	26,78	14,16	-0,45	0,651
	Hayır	21	24,67	12,33		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler ölçeği toplam puanlarının anne-baba vefat durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Panik bozukluğu olan grupta duygusal ihmal puanlarının anne-baba vefat durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,30$; $p<0,05$) (Tablo 17). Panik bozukluğu olan ve anne-babası vefat etmiş katılımcıların depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı puanı, anne-babası vefat etmemiş katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler ölçeği toplam, fiziksel ihmal fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma ve panik

agorafobi puanlarının anne-baba vefat durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Anne-Baba Vefat Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Anne-Baba Vefat	N	\bar{X}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Evet	5	33,60	6,50	-2,10	0,036
	Hayır	25	48,80	18,75		
Fiziksel ihmal	Evet	5	7,40	2,61	-0,06	0,954
	Hayır	25	8,24	4,80		
Duygusal ihmal	Evet	5	8,80	4,15	-0,70	0,481
	Hayır	25	10,56	5,16		
Fiziksel istismar	Evet	5	5,40	0,55	-0,29	0,775
	Hayır	25	6,00	2,06		
Duygusal istismar	Evet	5	6,00	0,71	-0,54	0,591
	Hayır	25	7,08	3,49		
Cinsel istismar	Evet	5	5,00	0,00	-1,07	0,284
	Hayır	25	5,88	2,03		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Evet	5	32,60	5,59	-0,84	0,403
	Hayır	25	37,76	11,25		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Evet	5	1,20	1,30	-0,47	0,638
	Hayır	25	2,24	2,70		

Panik bozukluğu olmayan grupta otomatik düşünceler ölçeği puanlarının anne-baba vefat durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,10$; $p<0,05$) (Tablo 18). Panik bozukluğu olmayan anne-babası vefat etmemiş katılımcıların depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı puanı, anne-babası vefat etmiş katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Panik bozukluğu olmayan grupta çocukluk çağı travma ölçek ve alt boyut ve panik agorafobi ölçek puanlarının anne-baba vefat durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Daha Önce Psikolojik Tedavi Görme Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Daha Önce Psikolojik Tedavi	N	\bar{X}	SS	Z	P
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Evet	14	76,50	27,97	-0,71	0,480
	Hayır	16	68,75	30,79		
Fiziksel ihmal	Evet	14	8,07	2,40	-0,85	0,396
	Hayır	16	7,56	2,99		
Duygusal ihmal	Evet	14	13,86	4,02	-1,46	0,143
	Hayır	16	11,88	3,95		
Fiziksel istismar	Evet	14	6,00	1,80	-0,41	0,681
	Hayır	16	6,25	2,84		
Duygusal istismar	Evet	14	9,07	5,11	-1,16	0,245
	Hayır	16	7,31	3,38		
Cinsel istismar	Evet	14	6,14	1,51	-0,21	0,832
	Hayır	16	7,44	4,15		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Evet	14	43,14	10,13	-1,35	0,176
	Hayır	16	40,44	14,60		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Evet	14	24,79	13,49	-0,19	0,851
	Hayır	16	25,75	12,39		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının daha önce psikolojik tedavi almış olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Büyüdüğü Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Büyüdüğü Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumu	N	\bar{x}	SS	Z	p
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Yeterli	15	60,80	28,22	-2,24	0,025
	Orta	15	83,93	26,28		
Fiziksel ihmal	Yeterli	15	7,33	2,41	-0,95	0,341
	Orta	15	8,27	2,96		
Duygusal ihmal	Yeterli	15	12,07	3,53	-1,27	0,203
	Orta	15	13,53	4,49		
Fiziksel istismar	Yeterli	15	6,33	2,23	-0,54	0,591
	Orta	15	5,93	2,58		
Duygusal istismar	Yeterli	15	7,93	5,04	-0,79	0,427
	Orta	15	8,33	3,56		
Cinsel istismar	Yeterli	15	7,27	3,97	-0,26	0,796
	Orta	15	6,40	2,29		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Yeterli	15	40,93	12,90	-0,75	0,454
	Orta	15	42,47	12,65		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Yeterli	15	22,93	13,17	-0,83	0,406
	Orta	15	27,67	12,18		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler ölçeği puanlarının büyüdüğü ailenin sosyo-ekonomik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-2,24$; $p<0,05$) (Tablo 20). Panik bozukluğu olan büyüdüğü ailenin sosyo-ekonomik durumu orta düzeyde olan katılımcıların depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı puanı, büyüdüğü ailenin sosyo-ekonomik durumu yeterli olan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Panik bozukluğu olan grupta çocukluk çağı travma ölçek ve alt boyut ve panik agorafobi ölçek puanlarının büyüdüğü ailenin sosyo-ekonomik durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Büyüdüğü Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Büyüdüğü Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumu	N	\bar{x}	SS	Z	p
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Yeterli	15	48,00	21,10	-0,02	0,983
	Orta	15	44,53	15,24		
Fiziksel ihmal	Yeterli	15	6,93	4,15	-1,91	0,056
	Orta	15	9,27	4,64		
Duygusal ihmal	Yeterli	15	8,73	4,30	-1,68	0,093
	Orta	15	11,80	5,29		
Fiziksel istismar	Yeterli	15	6,33	2,50	-0,40	0,689
	Orta	15	5,47	0,92		
Duygusal istismar	Yeterli	15	7,27	3,94	-0,38	0,705
	Orta	15	6,53	2,36		
Cinsel istismar	Yeterli	15	6,00	1,96	-1,31	0,190
	Orta	15	5,47	1,81		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Yeterli	15	35,27	12,37	-1,35	0,177
	Orta	15	38,53	8,67		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Yeterli	15	1,73	2,60	-1,03	0,303
	Orta	15	2,40	2,50		

Panik bozukluğu olmayan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının büyüdüğü ailenin sosyo-ekonomik durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Panik Bozukluğu Olan Grupta Ölçek Puanlarının Şimdiki Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Şimdiki Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumu	N	\bar{x}	SS	Z	p
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Yeterli	17	66,53	27,59	-1,30	0,194
	Orta	13	80,00	30,71		
Fiziksel ihmal	Yeterli	17	7,24	2,22	-1,15	0,249
	Orta	13	8,54	3,15		
Duygusal ihmal	Yeterli	17	12,06	3,33	-1,24	0,214
	Orta	13	13,77	4,78		
Fiziksel istismar	Yeterli	17	6,06	1,89	-0,57	0,570
	Orta	13	6,23	2,98		
Duygusal istismar	Yeterli	17	6,76	2,49	-1,88	0,059
	Orta	13	9,92	5,48		
Cinsel istismar	Yeterli	17	6,53	3,48	-1,21	0,227
	Orta	13	7,23	2,92		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Yeterli	17	38,65	9,53	-1,38	0,166
	Orta	13	45,69	15,18		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Yeterli	17	24,76	12,86	-0,38	0,706
	Orta	13	26,00	12,97		

Panik bozukluğu olan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının şimdiki ailenin sosyo-ekonomik durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta Ölçek Puanlarının Şimdiki Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Mann Whitney U Testi Sonuçları.

Ölçek ve Alt Boyutlar	Şimdiki Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumu	N	\bar{x}	SS	Z	p
OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM	Yeterli	19	45,32	19,52	-0,95	0,341
	Orta	11	47,91	16,33		
Fiziksel ihmal	Yeterli	19	7,63	4,21	-0,76	0,448
	Orta	11	8,91	5,03		
Duygusal ihmal	Yeterli	19	8,89	4,28	-1,92	0,055
	Orta	11	12,64	5,43		
Fiziksel istismar	Yeterli	19	6,21	2,25	-0,94	0,347
	Orta	11	5,36	0,92		
Duygusal istismar	Yeterli	19	6,95	3,55	-0,60	0,548
	Orta	11	6,82	2,68		
Cinsel istismar	Yeterli	19	5,79	1,78	-0,70	0,486
	Orta	11	5,64	2,11		
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM	Yeterli	19	35,47	11,48	-1,38	0,167
	Orta	11	39,36	8,94		
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	Yeterli	19	1,95	2,76	-0,64	0,524
	Orta	11	2,27	2,20		

Panik bozukluğu olmayan grupta otomatik düşünceler, çocukluk çağı travma ve panik agorafobi puanlarının şimdiki ailenin sosyo-ekonomik durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Panik Bozukluğu Olan Grupta Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.

	2	3	4	5	6	7	8
1-Fiziksel ihmal	0,39	0,19	0,38	0,42	0,66	-0,05	0,33
2-Duygusal ihmal	1	0,50	0,74	0,42	0,84	0,29	0,50
3-Fiziksel istismar		1	0,48	0,27	0,54	0,21	0,12
4-Duygusal istismar			1	0,51	0,85	0,43	0,56
5-Cinsel istismar				1	0,66	0,15	0,27
6-ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TOPLAM					1	0,28	0,56
7-PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ						1	0,46
8-OTOMATİK DÜŞÜNCELER TOPLAM							1

Panik bozukluğu olan grupta fiziksel ihmal puanı ile panik agorafobi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Panik bozukluğu olan grupta fiziksel ihmal puanı ile otomatik düşünceler toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,33$; $p<0,01$). Panik bozukluğu olan ve çocukluğunda fiziksel ihmal travması yaşamış bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı yüksektir.

Panik bozukluğu olan grupta duygusal ihmal puanı ile panik agorafobi ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,29$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olan ve çocukluğunda duygusal ihmal travması yaşamış bireylerin panik+agorafobi puanı da yüksektir. Panik bozukluğu olan grupta duygusal ihmal puanı ile otomatik düşünceler ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki

tespit edildi ($r=0,50$; $p<0,01$). Panik bozukluğu olan ve çocukluğunda duygusal ihmal travması yaşamış bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı yüksektir.

Panik bozukluğu olan grupta fiziksel istismar puanı ile panik agorafobi ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,21$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olan ve çocukluğunda fiziksel istismar travması yaşamış bireylerin panik+agorafobi puanı da yüksektir. Panik bozukluğu olan grupta fiziksel istismar puanı ile otomatik düşünceler ölçek puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Panik bozukluğu olan grupta duygusal istismar puanı ile panik agorafobi ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,43$; $p<0,01$). Panik bozukluğu olan ve çocukluğunda duygusal istismar travması yaşamış bireylerin panik+agorafobi puanı da yüksektir. Panik bozukluğu olan grupta duygusal istismar puanı ile otomatik düşünceler ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,56$; $p<0,01$). Panik bozukluğu olan ve çocukluğunda duygusal istismar travması yaşamış bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı yüksektir.

Panik bozukluğu olan grupta cinsel istismar puanı ile panik agorafobi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Panik bozukluğu olan grupta cinsel istismar puanı ile otomatik düşünceler toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,27$; $p<0,01$). Panik bozukluğu olan ve çocukluğunda cinsel istismar travması yaşamış bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı yüksektir.

Panik bozukluğu olan grupta çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile panik agorafobi ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,28$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olan ve çocukluk çağı travması yaşamış bireylerin panik+agorafobi puanı da yüksektir. Panik bozukluğu olan grupta çocukluk çağı travma ölçeği puanı ile otomatik düşünceler ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve

anlamli iliŒki tespit edildi ($r=0,56$; $p<0,01$). Panik bozukluğu olan ve çocukluk ağı travması yaŒamıŒ bireylerin depresyonla iliŒkili olan olumsuz dūŒuncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geiŒ sıklığı yüksektir.

Panik bozukluęu olan grupta panik agorafobi toplam puanı ile otomatik dūŒunceler ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamli iliŒki tespit edildi ($r=0,46$; $p<0,01$). Panik bozukluęu olan ve panik+agorafobi puanı yüksek bireylerin depresyonla iliŒkili olan olumsuz dūŒuncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geiŒ sıklıęı yüksektir.

Tablo 25. Panik Bozukluğu Olmayan Grupta DeęiŒkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları:

	2	3	4	5	6	7	8
1-Fiziksel ihmal	0,64	0,15	0,06	-0,29	0,69	-0,13	-0,23
2-Duygusal ihmal	1	0,33	0,39	-0,12	0,88	-0,13	0,15
3-Fiziksel istismar		1	0,57	0,37	0,52	0,15	0,39
4-Duygusal istismar			1	0,26	0,52	0,20	0,52
5-Cinsel istismar				1	0,19	0,24	0,52
6-ÇOCUKLUK AğI TRAVMA TOPLAM					1	-0,05	0,29
7-PANİK AGORAFOBİ LEğİ						1	0,49
8-OTOMATİK DūŒÜNCELER TOPLAM							1

Panik bozukluğu olmayan grupta fiziksel ihmal puanı ile panik agorafobi leęi toplam puanı arasında anlamli iliŒki tespit edilmedi ($p>0,05$). Panik bozukluğu olmayan grupta fiziksel ihmal puanı ile otomatik dūŒunceler toplam puanı arasında negatif yönlü ve anlamli iliŒki tespit edildi ($r=-0,23$; $p<0,01$). Panik bozukluğu

olmayan ve çocukluğunda fiziksel ihmal travması yaşamış bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı düşüktür.

Panik bozukluğu olmayan grupta duygusal ihmal puanı ile panik agorafobi ve otomatik düşünceler ölçek puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Panik bozukluğu olmayan grupta fiziksel istismar puanı ile panik agorafobi ölçek puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Panik bozukluğu olmayan grupta fiziksel istismar puanı ile panik otomatik düşünceler ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,39$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olmayan ve çocukluğunda fiziksel istismar travması yaşamış bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı yüksektir.

Panik bozukluğu olmayan grupta duygusal istismar puanı ile panik agorafobi ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Panik bozukluğu olmayan grupta duygusal istismar puanı ile otomatik düşünceler ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,52$; $p<0,01$). Panik bozukluğu olmayan ve çocukluğunda duygusal istismar travması yaşamış bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı yüksektir.

Panik bozukluğu olmayan grupta cinsel istismar puanı ile panik agorafobi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Panik bozukluğu olmayan grupta cinsel istismar puanı ile otomatik düşünceler toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,52$; $p<0,01$). Panik bozukluğu olmayan ve çocukluğunda cinsel istismar travması yaşamış bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı yüksektir.

Panik bozukluğu olmayan grupta çocukluk çağı travma ölçeği puanı ile panik agorafobi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Panik

bozukluğu olmayan grupta çocukluk çağı travma ölçeği puanı ile otomatik düşünceler ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,29$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olmayan ve çocukluk çağı travması yaşamış bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı yüksektir.

Panik bozukluğu olmayan grupta panik agorafobi toplam puanı ile otomatik düşünceler ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,49$; $p<0,01$). Panik bozukluğu olmayan ve panik+agorafobi puanı yüksek bireylerin depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerinin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı yüksektir.

TARTIŞMA

“Panik Bozukluğu Olan Bireylerde Çocukluk Çağı Travması ve Otomatik Düşünceler İlişkisi” adlı bu tez çalışması, edinilen sonuçlarıyla psikolojik bir tez halini almaktadır. Tezin gelişme bölümlerinde ve yöntem kısmında okuyucuya aktarılan niceliksel veriler, sonuç bölümünde niteliksel bir anlatımla son bulmaktadır. Niceliksel bir seyir izleyen tezin, akabinde niteliksel yorumlarla son bulması ve bunu yaparken yine nicel verilerden referans alınması tezi, nitelik bakımından zenginleştirmiştir.

Tez, yazılışı bakımından evrensel nitelikleri barındırırken konu hakkında dünya çapında farkındalık yaratacak çıkarımlara varmış ve konu hakkında bir yol gösterici olma eğilimini sürdürmüştür.

Tez, başta hipotez olarak atılan panik bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travması ve otomatik düşünceler ilişkisi vardır, yargısını otomatik düşüncelerle teze dönüştürürken SPSS uygulamasına giren ölçeklerdeki sayıların, değişkenliği nedeniyle anlamlı bir farklılık gösterememesi de tezin hipotezini sadece içerik olarak kanıtlamıştır.

Bu yüksek lisans tezi için kullanılan yöntem, araç ve gereçler, çalışmanın amacı olan panik bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travması ve otomatik düşünceler ilişkisini ortaya koyma eylemini gerçekleştirip çalışmayı sonuç bölümüne kadar taşımıştır. Sonuç bölümünde ise, son bölüme kadar işlenen nitel verilerin SPSS 15.0 sonucunda elde edilen nicel verilerle karşılaştırılmasına gidilmiş ve veriler içinde tez hipotezini destekleyenler tekrarlanarak hipotez, teze dönüştürülmüştür.

SONUÇ

Travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve spesifik fobi içeren anksiyete bozuklukları için birçok tedavi hakkında araştırmalar yapılmıştır. (Kaczurkin, 2015) Bu tez ise, panik bozuklukların otomatik düşünceler ve çocukluk çağı travmalarıyla olan ilişkisini araştırmış ve tartışmıştır. Buna ek olarak, günlük hayatta sıklıkla karşılaşılan panik bozukluk durumu, kişilerde çok büyük etkiler bırakmaktadır. Bu etkiler, o kadar ciddi boyuttadır ki, panik bozukluk yaşayan kişiler içerisinde buldukları durumu saklamaya çalışsa da o yaşadıklarını mimiklerinde saklayamamaktadır.

Kimi zaman çevresel veya genetik faktörlerle meydana gelen panik bozukluk, bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ve otomatik düşüncelerle ilişkilendirilmiş ve SPSS sonuçlarına göre şu saptamalara gidilmiştir:

Panik bozukluğu olan katılımcıların %56,7'sinin kadın, %43,3'ünün erkek olması kadınların panik bozukluk konusunda daha çoğunlukta olduğunu kanıtlar nitelikteydi. Panik bozukluğu olan katılımcıların %16,7'sinin lise, %60'ının lisans, %23,3'ünün lisansüstü düzeyde öğrenim görmüş olması ise, eğitim seviyesiyle doğru orantılı olarak kişilerin daha çok paniğe kapıldığı gözler önüne serilmiştir.

Diğer yandan, panik bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travması, az bir seviyede gözlemlense de alt boyut puanları incelendiğinde fiziksel istismar ($6,06 \pm 2,90$) puanlarının önemli düzeyde yüksek (>6) olduğu tespit edilmiştir ki, bu gruplar da yine çocukluk çağı travmalarının içine alınmıştı.

Akabinde değinilmesi gereken karşılaştırmalı ölçek ise, tezde SPSS ile kullanılan ölçeklerin, toplam, panik bozukluğu olan 30 ve sağlıklı 30 birey olmak üzere 60 kişi

katılmış olmasıdır. Panik bozukluğu olan katılımcıların %56,7'si kadın, %43,3'ü erkektir. Sağlıklı katılımcıların %73,3'ü kadın, %16,7'si erkektir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %46,7'si 30 yaş ve altında, %53,3'ü 30 yaş üzerindedir. Sağlıklı katılımcıların %73,3'ü 30 yaş ve altında, %26,7'si 30 yaş üzerindedir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %16,7'si lise, %60'ı lisans, %23,3'ü lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Sağlıklı katılımcıların %43,3'ü lisans, %56,7'si lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Panik bozukluğu olan katılımcıların %56,7'si bekar, %43,3'ü evlidir. Sağlıklı katılımcıların %80'i bekar, %20'si evlidir. Panik bozukluğu olan evli katılımcıların %16,7'si evliliklerinde sorunlar olmuşken; diğer taraftaki sağlıklı bireyler evlilikte herhangi bir sorun yaşamamıştır. Panik bozukluğu olan katılımcıların %33,3'ü 2 kardeş, %40'ı 3 kardeş, %26,7'si 3'ten fazla kardeştir. Sağlıklı katılımcıların %46,7'si 2 kardeş, %23,3'ü 3 kardeş, %30'u 3'ten fazla kardeştir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %26,7'si ilk çocuk, %36,7'si ikinci, %36,7'si üçüncü çocuktur. Sağlıklı katılımcıların %46,7'si ilk çocuk, %33,3'ü ikinci, %20'si üçüncü çocuktur. Panik bozukluğu olan katılımcıların %30'unun, sağlıklı katılımcıların %16,7'sinin anne-babası vefat etmiştir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %46,7'si daha önce psikolojik tedavi görmüştür. Panik bozukluğu olan ve sağlıklı katılımcıların %50'sinin büyüdüğü ailenin sosyo-ekonomik durumu yeterli, %50'sinin ise orta düzeydedir. Panik bozukluğu olan katılımcıların %56,7'sinin şimdiki ailesinin sosyo-ekonomik düzeyi yeterli, %43,3'ünün orta düzeydedir. Sağlıklı katılımcıların %63,3'ünün şimdiki ailelerinin sosyo-ekonomik durumu yeterli, %36,7'sinin orta düzeydedir.

Otomatik düşünceler ölçeğindeki toplam puanlarının panik bozukluğu olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($Z=-3,61$; $p<0,05$). Panik bozukluğu olan katılımcıların depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin zihinlerinden otomatik olarak geçiş sıklığı puanı, sağlıklı katılımcıların puanlarında anlamlı düzeyde daha yüksektir.” (Ibid, SPSS.015) tabirinden de anlaşabileceği gibi, hastalarda otomatik düşüncelerde depresyonla ilişkili olumsuz düşünceler saptanmıştır.

Yapılan araştırma ile ilgili literatür taramasında az sayıda çalışmalara rastlandığı için bu araştırmanın bilimsel açıdan diğer araştırmalara ışık tutmakta yardımcı olabileceğine inanılmaktadır.

ÖNERİLER

Literatür incelemesi yapıldığında panik bozukluğu olan bireylerde çocukluk ağı travması ve otomatik düşünceler arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sayısının sınırlı olduğu görülecektir. Bu nedenler bu çalışmada elde edilen sonuçların ileride yapılacak olan benzer çalışmalara yardımcı olması adına bir kaç önerilerde bulunması gerekmektedir.

- Bu çalışmada elde edilen sonuçların tekrarlanabilir olup olmadığını belirlemek için aynı konuda yeni çalışmalar yapılabilir.
- Yapılan araştırmadan elde edilen sonuçların geçerlilik düzeylerinin daha yüksek olması adına daha fazla katılımcının yer aldığı bir çalışma yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Allen, J. G (2005). *Coping With Trauma*, USA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Aydın, G., Ve Aydın, O. (1990). *Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirliği*. Psikoloji Dergisi, 7(24), 51-55.
- Aktepe,Evrım. “Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı” , Current Approaches in Psychiatry.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar
- Anksiyet terapisi* ,Walton T. Roth. İrvin D. Yalom (2014)
- Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı . A Aksoy, K Ögel . Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6(3):163-169
- Barlow, D. H (2002). *Anxiety And Its Disorders: The Nature And Treatment Of Anxiety And Panic* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Blaustein, M. E. & Kinniburgh, K. H. (2010). *Treating Traumatic Stress In Children And Adolescents: How To Foster Resilience Through Attachment, Self-Regulation, And Competency*, USA: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1973), *Seperation Anxiety and Anger*, Attachment: Attachment and Loss Volume One(Basic Books Classics) (Attachment and Loss Series, Vol 1) 2nd Edition.
- Brunt, D. (1994). *Long-Term Repercussion Of The Trauma Of Sex Abuse In Childhood*, In. R. Watts & D. J. L. Horne (Eds.), *Coping With Trauma* (Pp. 121-136), Australia: Australian Academic Press.

- Büyüköztürk, Ş. (2011) *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, 14. Baskı, PEGEM Akademi, Ankara.
- Ceylan M., Yazan B. (2000). *Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları*, Birinci Baskı, 3. Cilt, 77-112
- Charney D.S, Woods S.W, Krystal J.H (1992). *Noradrenergic Neuronal Dysregulation In Panic Disorder: The Effects Of Intravenous Yohimbine And Clonidine In Panic Disorder*. Acta Psychiatrica Scan; 86:273-282
- Charney D.S, Woods S.W, Krystal J.H (1992). *Noradrenergic Neuronal Dysregulation In Panic Disorder: The Effects Of Intravenous Yohimbine And Clonidine In Panic Disorder*. Acta Psychiatrica Scan; 86:273-282
- Cicero, S. D., Nooner, K & Silva R. (2011). *Vulnerability And Resilience In Childhood Trauma And PTSD, In. Vittorio Ardino (Ed.) Post-Traumatic Syndromes In Childhood And Adolescence: A Handbook Of Research And Practice (Pp.43-60)*, USA: John Wiley & Sons
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma And Traumatic Grief In Children And Adolcents*, USA: The Guilford Press
- Duncan, K. A. (2004). *Healing From The Trauma Of Childhood Sexual Abuse*, USA: Praeger
- Eaton MW, Kessler RC, Wittchen H-U, Magee WJ (1994). *Panic And Panic Disorders In The United States*, Am J Psychiatry; 151: 413-420
- Faravelli C (1985). *Lifetime Events Perceding The Onset Of Panic Disorder*, J Affect Disord; 9: 103-105

Faravelli C, Paionni A (1999). *Panic Disorder: Clinical Course, Etiology And Prognosis. Panic Disorder : Clinical Diagnosis, Management And Mechanisms*, DJ Nett, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H. & Vlahov, D. (2006). Post-Traumatic Stress Symptoms In The General Population After A Disaster: Implications For Public Health, In. Yuval Neria, Raz Gross & Randall D. Marshall (Eds.), *9/11: Mental Health In The Wake Of Terrorists Attacks* (Pp. 19-44), UK: Cambridge University Press

Goodwin R. D, Hamilton S.P (2002). *The Early-Onset Fearful Panic Attack As A Predictor Of Severe Psychopathology*, *Psychiatry Research*; 109: 71-79

Graeff F.G, Garcia-Leal C, Del-Ben C.M, Guimaraes F.S (2005). *Does The Panic Attack Activate The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis? , An Acad Bras Cienc. Sep; 77(3): 477-91*

Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Et Al. (2000) *Predictors Of Panic Attacks In Adolescents, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 39: 207-214

Jung, C. G. (1918/1970). *The Role Of The Unconscious*. In W. McGuire (Exec. Ed.)

Jung, C. G. (1922). *Collected Papers On Analytical Psychology (C. E. Long, Trans.)*. London: Bailliere, Tindall & Cox. Google Scholar

Jung, C. G. (1969b). *The Archetypes And The Collective Unconscious (2nd Ed.; R.F.C. Hull, Trans.)*. Bollingen Series XX. Princeton, NJ: Princeton University Press. Google Scholar

Iwaneic, D. (2006). *The Emotionally Abused And Neglected Child*, USA: John Wiley & Sons Ltd.

- Kocabaşoğlu N (2002). *Panik Bozukluğu, Agorafobi Ve Diğer Komorbid Durumlar*, Yeni Symposium, 40 (2): 68-75.
- Lecrubier Y (1998). *The Impact Of Comorbidity On The Treatment Of Panic Disorder*, *J Clinic Psychiatry*; 59 Suppl 8: 11-4; Discussion 15-6
- Levy D, Kimhi R, Barak Y, Demmer M, Harel M, Elizur A (1996). *Brainstem Auditory Evoked Potentials Of Panic Disorder Patients*. *Neuropsychobiology*; 33: 164-167.
- Lteif G, Mavissakalian M (1995). *Life Events And Panic Disorder/Agoraphobia*, *Compr Psychiatry*; 36: 118-122
- Lteif G, Mavissakalian M (1996). *Life Events And Panic Disorder/Agoraphobia; A Comparison At Two Time Periods*. *Compr Psychiatry*; 37: 241-244
- Lynch P, Galbraith KM (2003). *Panic In The Emergency Room*, *Can J Psychiatry*; 48: 361-366
- Nader K. (2008). *Understanding And Assesing Trauma In Children And Adollescents*, UK: Routledge.
- O'Conner, K. (2014) *Separation Anxiety*, Alarm Cat. Şar, V., Öztürk, E. Ve İkkardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenirliği. *Original Research*, 32(4), 1054-1063.
- Onur E, Alkın T, Monkul S, Fidaner H (2004). *Panik-Agorafobi Spektrumu Kavramı*, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 15(3). 215-223
- Perna, G.. "Asthma and Panic Attacks" *Biological psychiatry*,19971001
- Rosenbloom, D. & Williams, M. B. (2010). *Life Trauma After, USA: The Guilford Press*
- Scott, K. & Eliav, J. (2005). *Relational Stress Trauma In The Lives Of Girls*

And Teens, In. K. Kendall-Tackett (Ed.), The Handbook Of Women, Stress, And Trauma (Pp. 99-32), USA: Brunner-Routledge

Rysberg, J. A. (2005). *Stress And Trauma In The Lives Of Middle-Aged And Old Women, In. K. Kendall-Tackett (Ed.), The Handbook Of Women, Stress And Trauma (Pp. 75-100), USA: Brunner-Routledge.*

Sachs-Ericsson, N., Cromer, N., Hernandez, A. & Kendall-Tackett, K. (2009). *The Association Between Childhood Abuse, Health And Pain-Related Problems, And The Role Of Psychiatric Disorders And Current Life Stress, In. Victoria L. Banyard, Valerie J. Edwards & Kathleen A. Kendall-Tackett (Eds.), Trauma And Physical Health: Understanding The Effects Of Extreme Stress And Of Psychological Harm (Pp. 5-36), UK: Routledge*

Somer, E. (2011). *Dissociation In Traumatized Children And Adolescents, In. Vittoria Ardino (Ed.) Post-Traumatic Syndromes In Childhood And Adolescence: A Handbook Of Research And Practice (Pp. 157-176), USA: John Wiley & Sons*

Tarhan, N. (2017) *Mutluluk Psikolojisi Ve Stresle Başa Çıkma*, Timaş Yayınları, İstanbul.

Tural, Ü. (1998). *Panik Bozukluğu Ve Agorafobinin Değerlendirilmesi -Panik Ve Agorafobi Ölçeğinin Nesnellığı, Güvenirliğı Ve Geçerliğı (Tıpta Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.*

Turan M.T, Eşel E (2002). *Panik Bozukluğun Elektrofizyolojisi*, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 12: 106-108.

Travma Psikolojisi, hayatımızı kırılma anları,Uzm. Psk. Tarık Solmuş.Nobel Yaşam (2015).

Tükel R (2000). *Anksiyete Bozuklukları*, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara .

Tükel R (2002). *Panik Bozukluğu*, Klinik Psikiyatri Dergisi; Ek 3: 5-13.

Tükel, R. (2013). *Panik Bozukluğu*, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Tümekaya, S., İflazoğlu, A. (2000), *Ç.Ü. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Otomatik Düşünce Ve Problem Çözme Düzeylerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 6.

Weisaeth, L. (1994). *Psychological And Psychiatric Aspects Of Technological Disasters*, In. Robert J. Ursano, Brian G. Mccaughey, Carol S. Fullerton (Eds.), *Individual And Community Responses To Trauma And Disaster: The Structure Of Human And Chaos* (Pp. 72-102), UK: Cambridge University Press

Weiss, D. S. (2004). *The Impact Of Event Scale – Revised*, In. J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma And PTSD* (Pp. 168-189), USA: The Guilford Press

Wilson, J. P. (2004) *PTSD And Complex PTSD: Symptoms, Syndromes, And Diagnoses*, In. J.P. Wilson R. & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma And PTSD* (Pp. 7-44), USA: Guilford Press .

Zeitlin, H. (2000). *Continuities Of Childhood Disorders Into Adulthood*, In. P. Reder, M Mcmclure & A. Jolley (Eds.), *Family Matters*, (Pp. 21-38), UK: Routledge

Wastell, C. (2005). *Understanding Trauma And Emotion: Dealing With Trauma Using An Emotion-Focused Approach*, Australia: Allen & Unwin

<http://www.tdk.gov.tr> Erişim tarihi: 10.08.2017.

www.etimolojiturkce.com . Erişim Tarihi: 09.11.2017.

EKLER

1.Sosyo-demografik Ölçek

1. Doğum tarihi :
2. Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek
3. Eğitim durumu :
a) ilk öğretim b) lise c) üniversite d) yüksek lisans d) doktora
4. Terkse, sebebi :
a) ailenin isteği ile b) kendi isteğinizle
5. Medeni Durumunuz:
a) evli b) bekar c) boşanmış d) eşinden ayrı yaşıyor e) dul
6. Evli iseniz ilişki durumunuz nasıl?
a) Sorunlar var b) sorunlar yok
7. Ailede kaç kardeşiniz?
8. Kaçınıcı çocuksunuz?
9. Çocukken anne babanızın ilişki durumu nasıldı?
a) evli b) boşanmış c) ayrı d) ayrı evde yaşıyorlar
10. Anne –baba kaybı/vefatı varmı?
11. Varsa kaç yaşınızda kayb ettiniz?
12. Kardeş kaybı varmı?
a)Evet b) Hayır
13. Varsa kaç yaşınızdayken kayb ettiniz? -
14. Bu tedavinizden önce psikiyatrik tedavi aldınız mı?
a) evet b) hayır
15. Cevabınız evet ise hangi tedavini aldınız?
a) psikiyatrik ilaç b) terapi c) ilaç+ terapi
16. Büyüdüğünüz ailenin sosyo- ekonomik durumu nasıldı?
a) yeterli b) orta c) yetersiz
17. Şu anki sosyo-ekonomik durumunuz nasıl?
a) yeterli b) orta c) yetersiz

Panik Agorafobi Ölçeği

A1. Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

0. Geçen hafta hiç panik atağı olmadı.
1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu.
2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu.
3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu.
4. Geçen hafta içinde 6'dan fazla panik atağı oldu.

A2. Geçen hafta içindeki panik ataklarımız ne şiddetteydi?

0. Panik atağı olmadı.
1. Ataklar çok az şiddetteydi.
2. Ataklar orta derecede şiddetliydi.
3. Ataklar epeyce şiddetliydi.
4. Ataklar çok şiddetliydi.

A3. Panik ataklarının her biri genellikle ne kadar sürüyordu?

0. Panik atağı olmadı.
1. 1-10 dakika arası sürdü.
2. 10 dakikadan çok 1 saatten az sürdü.
3. 1 saatten çok 2 saatten az sürdü.
4. 2 saatten daha uzun sürdü.

U. Ataklardan çoğu beklenen atak mıydı (yani korkulan durumlarda ortaya çıkan) yoksa beklenmedik anda (kendiliğinden) mi ortaya çıkıyordu?

0. Çoğunlukla beklenmedik.
1. Beklenmedikler beklenenlerden çok.
2. Bazısı beklendik, bazısı beklenmedik.
3. Beklenenler beklenmediklerden çok.
4. Çoğunlukla beklendik.

B1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz veya rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı?

0. Kaçınma yok (veya panik ataklarımın nerede ortaya çıkacağı belli olmuyor).

1. Oldukça nadir kaçındım.

2. Bazen kaçındım.

3. Sık sık kaçındım.

4. Her zaman kaçındım.

B2. Lütfen kaçındığınız durumları ya da birisi yanınızda değilken panik atağı geçirdiğiniz veya rahatsız olduğunuz durumları işaretleyin.

01. Uçaklar

02. Metro (yer altında)

03. Otobüs, trenler

04. Gemiler

05. Tiyatrolar, sinemalar

06. Süpermarketler

07. Kuyrukta beklemek

08. Konser salonları, stadyumlar

09. Parti ya da sosyal toplantılar

10. Kalabalıklar

11. Restoranlar

12. Müzeler

13. Asansörler

14. Kapalı yerler (tünel gibi)

15. Sınıflar, konferans salonları

16. Otomobile binmek veya sürmek (örn; trafik sıkışıkken)

17. Geniş salonlar

18. Sokakta yürümek

19. Tarlalar, geniş caddeler, avlular

20. Yüksek yerler

21. Köprülerden geçmek

22. Evden uzaklara gitmek

23. Evde tek başına kalmak

Diğer durumlar:

24.....

25.....

26.....

B3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

0. Önemli değil (ya da kaçınma yok)

1. Çok az önemli

2. Orta derecede önemli

3. Epeyce önemli

4. Çok önemli

C1. Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?

0. Hiçbir zaman korkum olmadı

1. Oldukça nadiren korktum

2. Bazen korktum

3. Sık sık korktum

4. Her zaman korktum

C2. Bu “korkudan korkmak” ne kadar şiddetliydi?

0. Yok

1. Çok az

2. Orta derecede

3. Epeyce

4. Çok şiddetli

D1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinin aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar vb) kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?

0. Bozulma yok

1. Çok az bozulma oldu

2. Orta derecede bozulma oldu

3. Epeyce bozulma oldu

4. Çok şiddetli bozulma oldu

D2. Geçen hafta içinde panik ataklarınızın ya da agorafobinizin toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirirkenizde kısıtlamaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

0. Bozulma yok
1. Çok az bozulma oldu
2. Orta derecede bozulma oldu
3. Epeyce bozulma oldu
4. Çok şiddetli bozulma oldu

D3. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinizin iş veya evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?

0. Bozulma yok
1. Çok az bozulma oldu
2. Orta derecede bozulma oldu
3. Epeyce bozulma oldu
4. Çok şiddetli bozulma oldu

E1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden ötürü zarar göreceğiniz (örn; kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı?

0. Yok
1. Çok az
2. Orta derecede
3. Epeyce
4. Çok şiddetli

E2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes alamama gibi belirtilerinizin ruhsal nedenli olduğunu söylediğinde onon yanlış düşündüğüne inandığınız oldu mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?

0. Hiçbir zaman (daha çok ruhsal hastalıktır)
1. Oldukça nadir
2. Bazen
3. Sık sık
4. Her zaman (daha çok organik bir hastalıktır)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

(Çeviren: Vedat Şar,1996,2012)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde(20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her ir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir, lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk geçliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz”, ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

7. Sevdiğimi hissediyordum.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki, doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

10. Ailemde başka türle olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki, vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

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

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki, öğretmen , komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekele tehdit eden birisi vardı.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

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

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşığılama vb.) inanıyorum.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanıldığımı inanıyorum.

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

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

1. Hiç bir zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin son bir hafta içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Ara-Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor	1	2	3	4	5
2. Hiç bir işe yaramıyorum	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki ...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim	1	2	3	4	5
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık	1	2	3	4	5
23. Başarısızım	1	2	3	4	5
24. Hiç bir zaman başaramayacağım	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli	1	2	3	4	5
29. Hiç bir şey için uğraşmaya değmez	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Gunel İsgandarli

Doğum yeri ve tarihi : 15.04.1993. Azerbaycan/ Bakü

İletişim : gunelisgandarli15@gmail.com;
gunelisgandarli@yahoo.com .

Eğitim Durumu

Lisans : Hazar Universtesi ; Psikoloji bölümü (2011-2015)