



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI

PANİK BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ HASTALARDA SEMPTOM
ŞİDDETİ, SOSYAL İŞLEVSELLİK VE SORUN ÇÖZME BECERİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hazırlayan:

Ergün YÖRÜK

Danışman:

Doç Dr.Yücel ÖKSÜZ

Yüksek Lisans Tezi

Samsun -2017

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ HASTALARDA SEMPTOM
ŞİDDETİ, SOSYAL İŞLEVSELLİK VE SORUN ÇÖZME BECERİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Hazırlayan:

Ergün YÖRÜK

Danışman:

Doç.Dr.Yücel ÖKSÜZ

Yüksek Lisans Tezi

Samsun-2017

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tez çalışmasının bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

... / ... / 20...

Ergün YÖRÜK

TEZ KABUL VE ONAYI

Ergün YÖRÜK tarafından hazırlanan “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Semptom Şiddeti, Sosyal İşlevsellik ve Sorun Çözme Becerileri Arasında İlişki” başlıklı bu çalışma, 10 Ocak 2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan : _____

Üye : _____

Üye : _____

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

____/____/____

Enstitü Müdürü

(İmza ve Mühür)

ÖZET

PANİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ HASTALARDA SEMPTOM ŞİDDETİ, SOSYAL İŞLEVSELLİK VE SORUN ÇÖZME BECERİSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ergün YÖRÜK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Eğitim Bilimleri AnaBilim Dalı, Yüksek Lisans, Ocak/2017

Doç. Dr. Yücel ÖKSÜZ

Bu çalışma, panik bozukluk tanısı almış hastalarının semptom şiddeti, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerileri arasındaki ilişkinin etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kesitsel desende tasarlanmıştır. Araştırma Mart 2016 – Temmuz 2016 tarihleri arasında, Ankara ili, GATA Psikiyatri polikliniğine ayaktan tedavi gören, DSM-5 tanı kriterlerine göre “Panik Bozukluğu” tanısı almış 85 hastadan oluşmuştur. Hastaların klinik semptom şiddeti Beck Anksiyete Ölçeği ve Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği ile sosyal işlevselliği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile sorun çözme becerileri ise Sosyal Sorun Çözme Envanteri ile ölçülmüştür.

Beck Anksiyete Ölçeği toplam skorları ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin, Sosyal Çekilme alt ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon, Kişilerarası İşlevsellik alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Öncü Sosyal Etkinlikler alt ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon, Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Bağımsızlık Düzeyi-performans alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam skorları arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu saptanmıştır.

Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği toplam skorları ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin Sosyal Çekilme alt ölçeğiyle arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon, Kişilerarası İşlevsellik alt ölçeğiyle arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Öncü Sosyal Etkinlikler alt ölçeğiyle arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon, Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeğiyle arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Bağımsızlık Düzeyi-performans alt ölçeğiyle arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam skorlarıyla arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu saptanmıştır.

Bu alışma, panik bozukluğu hastalarının psikopatoloji şiddeti ve klinik özelliklerinin, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerileri arasındaki ilişkiyi incelemesiyle literatürde bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Bu çalışmada elde edilen veriler ileride diğer bilim insanlarının dikkatini çekerek daha ileri araştırmalara kaynak sağlayacak niteliktedir.

Anahtar Sözcükler

Panik Bozukluk, Sosyal İşlevsellik, Sorun özme Becerisi



ABSTRACT

The Relationship Between Symptom Severity, Social Functioning and Problem Solving Skills of Panic Disorder Patients

Ergün YÖRÜK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Eğitim Bilimleri AnaBilim Dalı, Yüksek Lisans, Ocak/2017

Assoc. Prof.Dr.Yücel ÖKSÜZ

This study was conducted to investigate the relationship between symptom severity, social functioning and problem solving skills of panic disorder patients. The research is designed crosswise. The study consisted of 85 patients diagnosed as "Panic Disorder" according to the DSM-5 diagnostic criteria, who were treated remotely to GATA Psychiatry outpatient clinic between March 2016 and July 2016 in Ankara province. The clinical symptom severity of the patients was measured by Beck Anxiety Scale and Panic Disorder Severity Scale with social functioning, Social Functioning Scale and problem solving skills with Social Problem Solving Inventory.

Beck Anxiety Scale total scores and Social Functioning Scale Social withdrawal subscale, negative correlation between negative social intercourse subscale and negative social intercourse subscale, negative correlation between negative social intercourse subscale and negative subscale, subscale negative. There was a weak correlation between the Independence Level and the Performance subscale, a weak correlation in the negative, and a Social Functioning Scale total score was found to be moderate to severe in the negative direction.

Panic Disorder Violence Scale total score and the Social Functioning Scale subscale had a negative correlation with negative subscale, negative correlation with the subscale of the Interpersonal Functionality, moderate-severe correlation with the subscale of Preventive Social Activity. There was a weak correlation between the negative score and the Independence Level-performance subscale and a weak correlation with the Social Functioning Scale total score, and a moderate-negative correlation between the score and the Social Functioning Scale total score.

This study is the first in the literature to examine the relationship between psychopathology severity and clinical features of social functioning and problem

solving skills of panic disorder patients. The data obtained in this study will provide further research resources by drawing attention of other scientists in the future.

KEY WORDS

Panic Disorder, Social Functioning, Problem Solving Skills



ÖNSÖZ

Yaşamın gereği olarak, bireyler pek çok alanda sorunla karşılaşır. İnsanın var olduğu her ortamda sorunların varlığı kaçınılmazdır. Sorunların sağlıklı bir şekilde çözülememesi bireyde, yoğun panik, kaygı ve korku gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olabileceği gibi ruh sağlığı alanında sık karşılaşılan “Panik Bozukluk” tanılı hasta grubunda akademik, sosyal ve mesleki alanlarda işlevselliğin azalmasına neden olabilmektedir.

Psikolojik danışmaya gelen danışanların sorun çözme konusunda problem yaşadıkları birçok araştırmacı tarafından ortaya konmuştur. Buna bağlı olarak sorun çözme konusunda, yaşanan problemlerin sağlıklı bir şekilde çözümlenmesine yönelik, birtakım eğitim programları oluşturulmuştur. Gelişimsel ve önleyici rehberlik ve psikolojik danışma yaklaşım esasına dayanan sosyal sorun çözme eğitim programının bireylerin sosyal sorun çözme becerilerinin artmasını sağlayarak, panik, kaygı ve korku gibi olumsuz duyguların yaşanması gereken normal bir duygu olduğunu fark etmelerine, bu duyguların yapıcı ve sağlıklı bir şekilde nasıl ifade edilebileceğini öğrenmelerine önemli bir etkisi bulunmaktadır. Psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin üzerinde durduğu en önemli konulardan biri de budur.

Bu araştırmada, panik bozukluk tanısı almış hastalarda semptom şiddeti, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerisi arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır. Anksiyete spektrumunda bulunan Panik Bozukluğu hastalığında, sosyal işlevselliğin ve sorun çözme becerilerinin önemli değişkenler olduğu düşünülmüştür. Araştırmanın Panik Bozukluğu hastalığında sosyal işlevselliğin ve sorun çözme becerilerinin anlaşılması ve önlenmesi çalışmalarına katkıda bulunmak açısından önem arz ettiği değerlendirilmektedir.

Bana bu çalışmayı yapma imkânı sunan başta, 19 Mayıs Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölüm Başkanı sayın Prof.Dr.Kurtman ERSANLI'ya, akademik kimliğini ve şahsiyetini örnek aldığım, hocam ve aynı zamanda danışmanım sayın Doç.Dr. Yücel ÖKSÜZ'e ve değerli asistanı Melek BABA ÖZTÜRK'e teşekkürü borç bilirim. Tez çalışmam boyunca verdiği her türlü destekten dolayı sayın Doç.Dr.Celil NEBİYE'ye teşekkür ederim. Çalışmamın başından sonuna

kadar verdiği her türlü akademik ve bilimsel desteklerinden dolayı Psikiyatri Uzmanı Dr.İbrahim ÖNER'e ve çevirilerimdeki yardımlarından dolayı Psikolog Meltem BASA EKMEK'e teşekkür ederim. Ayrıca anneme, babama, kardeşlerime ve canım yeğenlerim Öykü Naz ÖNEN'e ve İpek Ada ÖNEN'e, varlıklarıyla müteşekkür olduğum Merih AKKAPULU ve Tolga AKKAPULU'ya, manevi kardeşim Gazi Jandarma Üsteğmen Mustafa Okan KULOĞLU'na, varlık sebebim canım oğlum Bilgehan YÖRÜK'e ve tüm tez çalışmam boyunca motivasyonumu artırıcı ve destekleyici davranışlarından ötürü eşim Karanfil YÖRÜK'e teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmamı, tüm varlığımızı borçlu olduğumuz başta Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK olmak üzere tüm ŞEHİT ve GAZİLERİMİZE ithaf ediyorum.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	i
KABUL VE ONAY	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xii

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Problem.....	1
1.2. Problem Cümlesi.....	5
1.2.1. Alt Problemler.....	5
1.3. Denenceler.....	6
1.4. Sınırlılıklar	7
1.5. Sayıtlılar	8
1.6. Tanımlar	8
1.7. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi	8

BÖLÜM II

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2. 1.Panik Bozukluk.....	10
2.1.1. Giriş ve Tarihçe.....	10
2.1.2. Epidemiyoloji.....	11
2.1.3. Etiyoloji.....	12
2.1.3.1. Psikolojik Faktörler	12
2.1.3.2. Nörobiyolojik Faktörler	15
2.1.3.3. Genetik Faktörler	18
2.1.3.4. Sosyal ve Çevresel Faktörler	19
2.1.4. Tanı Kriterleri.....	19
2.1.5. Gidişat.....	23

2.2. Sorun Çözme Becerisi.....	23
2.2.1. Tarihçe ve Temel Tanımlar	23
2.2.2. Sorun Çözmeye Kuramsal Yaklaşım.....	29
2.2.3. Sorun Çözme ve Ruhsal Sorunlar.....	42
2.2.4. Sorun Çözme ve Anksiyete Bozuklukları... ..	52

BÖLÜM III

YÖNTEM.....	56
3.1. Araştırmanın Modeli	56
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi... ..	56
3.3. Veri Toplama Araçları... ..	58
3.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	58
3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	58
3.3.3. Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ).....	59
3.3.4. Sosyal İşlevsellik Ölçeği... ..	61
3.3.5 Sosyal Sorun Çözme Envanteri.....	63
3.4. Verilerin Toplanması... ..	64
3.5. Verilerin Analizi.....	65

BÖLÜM IV

BULGULAR... ..	66
-----------------------	-----------

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM.....	80
-------------------------------	-----------

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	91
KAYNAKLAR... ..	95
EKLER	
Ek-1 GATA Etik Kurul Onay Yazısı	106
Ek-2 Sosyo-demografik Bilgi Formu	107
Ek-3 Beck Anksiyete Ölçeği	108
Ek-4 Sosyal Sorun Çözme Envanteri... ..	109
ÖZGEÇMİŞ	110

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: Araştırmanın Örneklemi

Tablo 2: Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği'nin Korelasyon Katsayıları

Tablo 3: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleriyle Sosyal İşlevsellik Ölçeği Alt Ölçekleri ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Tablo

Tablo 4: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleriyle Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Tablo

Tablo 5: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Hastaların Yaşı ile İlişisini Gösteren Tablo

Tablo 6: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Hastalığın Başlangıç Yaşı ile İlişisini Gösteren Tablo

Tablo 7: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Geçmişte Terapi Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney U-Testi Sonuçları

Tablo 8: Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının Geçmişte Terapi Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

Tablo 9: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Atak Sıklığı ile İlişisini Gösteren Tablo

Tablo 10: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının İntihar Öyküsü Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney U-Testi Sonuçları

Tablo 11: Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının İntihar Öyküsü Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

Tablo 12: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Travma Öyküsü Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney U-Testi Sonuçları

Tablo 13: Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının Travma Öyküsü Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

Şekil 1: Sosyal Sorun Çözme Süreci

KISALTMALAR

MMPI	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
APA	Amerikan Psikiyatri Derneği
PSI	Problem Çözme Envanteri
STAI-S	Durumluluk Kaygı Envanteri
STAI-T	Sürekli Kaygı Envanteri
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal El Kitabı
p	Anlamlılık Düzeyi
r	Korelasyon
ss	Standart sapma
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
PBŞÖ	Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği
SİÖ	Sosyal İşlevsellik Ölçeği
SSÇE	Sosyal Sorun Çözme Envanteri

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem

Günümüzde psikolojik sorunların görülme sıklığında, önemli bir artışın olduğu bilinmektedir. Bunun nedenleri arasında, karmaşıklaşan toplum yapısına koşut ortaya çıkan yaşam gelgitleri ile sözü edilen sıkıntıların ele alınması gereken durumlar olarak görülmesi sayılabilir. Diğer sağlık sorunları gibi, ruhsal rahatsızlıkların da hem bireysel hem de toplumsal anlamda olumsuz sonuçları vardır. Psikolojik sorunların yol açtığı bireysel mutsuzluk ve acı, yaşamı katlanılması zor bir durum haline sokabilmektedir. Ruhsal rahatsızlıkları olan kimselerin bazıları, kendine ve başkalarına zarar verme gibi, toplumsal sonuçları da olan birtakım davranışlar sergileyebilmektedirler. Toplumumuzda artış eğilimi gösteren intihar ve şiddet olayları, hem kişisel hem de toplumsal sonuçları olan olaylardır. Diğer taraftan, neden oldukları yetiyitimi sonucunda, psikolojik rahatsızlıklar, önemli oranda işgünü ve işgücü kaybına neden olmaktadır. Ayrıca ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkmasında gözlemlenen artış ulusal sağlık sistemine de önemli yük ve külfet getirmektedir (Eskin, 2009).

Psikolojik etkenlere bağlı olarak kendi başına ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıkların yanı sıra, bedensel hastalıklara koşut gelişen psikolojik sıkıntılar, sağlık sistemi içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu tür sıkıntılar hem hasta yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmekte hem de tıbbi sağaltımlarına uyumunu azaltmaktadır. Birçok tıbbi hastalığın tedavisinde önemli olan nokta hastanın sağaltım planı çerçevesinde önerilen yaşam değişikliklerine uyup uymamasıdır. Örneğin; diyabet, tansiyon ve diğer hastalıklarda hastanın tedavisi için önerilen yaşam değişikliklerine uyup uymaması son derece önemlidir.

Psikolojik rahatsızlıkların görülme sıklığı ile ilgili yapılmış bilimsel çalışmalar, toplulumuzun önemli bir kısmını oluşturan gençler arasında, söz konusu sıkıntıların yaygın olduğunu ortaya koymaktadır (Eskin, 2009). İnsanların yaşamda karşılaştıkları sorunları çözebilme becerilerine sahip olması, ruhsal sıkıntı yaşamaları olasılığını önemli ölçüde azaltmaktadır. Bu çalışmada ise, panik bozukluğun önemli

bileşenlerinden olduğu düşünölen sosyal işlevsellik ve sorun çözüme becerileri incelenmiştir.

Panik kelimesi Yunan Mitolojisinde yalnız yaşayan, üzgün olduğu zaman bir mağaraya kapanan, rahatsız edildiğinde çığlık atarak korkutan bir tanrının ismi olan “Pan”dan gelmektedir. Kırın ve çobanların tanrısı olan Pan, vücudunun üst kısmı insan, alt kısmı keçi biçiminde olan sürüler tanrısıdır ve gerek korkunç görünümü gerekse ürkütücü çığlığı ile sürülerin, orman ve su perilerinin korku içinde kaçışmalarına yol açar (Köknel, 2007).

Bu bozukluğun belirtileri bir yüzyıldan daha fazla bir zamandan beri biliniyor olmalarına karşın, ancak son yirmi yıl içinde ayrı bir ruhsal hastalık olarak tanımlanmıştır (APA, 1996). Bu bozukluk 1871’de, Da Costa tarafından askerlerde sık rastlanılan ve yoğun bir göğüs ağrısı, şiddetli çarpıntı, yapısal bozukluğun olmadığı bazı kardiyak belirtilerle giden işlevsel bir sendrom olarak “irritabl kalp” adıyla tanımlanmıştır (Tükel, 2000).

Da Costa’nın çalışmasını yayımladığı tarih olan Westpal 1871’de, açık alanlarda şiddetli korku yaşayan ve bu nedenle evlerine gitmek üzere tanımadıkları kimselerden yardım isteyen üç erkek hastasını bildirdiği “Die Agoraphobie” isimli çalışmasında agorafobi sendromunu tanımlamıştır (Tükel, 2002).

Georg Miller Beard 1880 yılında, efor sendromuna benzer semptomlarıyla giden klinik tablolar için nevrasteni terimini kullanmaya başlamış ve bu terim o yıllarda oldukça kabul görmüştür. 1893’de Heckner, nevrasteni hastalarının çoğunda halka açık yerlerde ortaya çıkan anksiyete ataklarını bildirmiş ve bu atakların spontan özelliğini not etmiş, ayrıca bazı olgularda bir-iki belirtili sınırlı-panik atakların varlığına dikkat çekmiştir (Ergil, 2006).

Freud, “anksiyete nevrozu” adı altında nevrasteniden farklı bir sendrom tanımlamış ve anksiyeteye birinci derecede bir belirti olarak bu sendrom içinde yer vermiştir (Tükel, 2002). 1895 yılındaki bir makalesinde irritabilite, baş dönmesi, paresteziler, kalp spazmları, terleme ve solunum güçlüğü gibi belirtilerle tanımladığı bu sendrom ile anksiyete nevrozu terimini psikiyatri literatürüne katmıştır (Ergil, 2006).

Anksiyete nevrozunun kronik bir biçim alabileceğine ya da ani şiddetli anksiyete atakları olarak kendini gösterebileceğine dikkati çekmiştir. Yani, günümüzün yaygın anksiyete bozukluğu ile panik bozukluğunu tek bir hastalığın gösterimleri olarak kavramlaştırmıştır (Tükel, 2000).

Panik Bozukluğun, I. Dünya Savaşı sırasında Da Costa Sendromunun “kalbin bozulmuş aksiyonu” adı altında tekrar ortaya çıktığı görülmektedir. Böylece, bir kez daha anksiyetenin kardiyak görünümleri ilgi odağı haline gelmiş, 1918’de Lewis, bu durum için “efor sendromu” adını önermiştir. Oppenheim ise, kardiyak belirtiler ve bitkinlik durumunun sıkça bir arada olduğu bu tabloda, daha iyi tanımladığı gerekçesiyle “nörosirkülatuarasteni” terimini kullanmayı seçmiştir (Tükel, 2002). 1920 yılında Culpin efor sendromunun anksiyete ve fobilerle ilgisini farketmiş, tedavisinin altta yatan psikiyatrik probleme yönelik olması gerektiğini belirtmiştir (Ergil, 2006).

Panik Bozukluğu’nu anksiyete nevrozundan ayırarak, ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlayan kişi ise Klein olmuştur. Klein, daha sonradan “farmakolojik diseksiyon” adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan yaygın anksiyeteden ayırmış ve bu ayırmadan yola çıkarak panik bozukluğunu farklı bir anksiyete bozukluğu kategorisi olarak tanımlamıştır. Daha sonra geliştirdiği yeni anksiyete bozukluğu kavramında ise, beklenti anksiyetesinin panik ataklarının ardılı olduğunu, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takiben agorafobinin geliştiğini ortaya koymuş; panik atakları ve agorafobiyi tek bir tanı kategorisi içinde ele almıştır (Tükel, 2002).

Sorun çözme ile psikopatoloji veya uyumsuz davranışlar arasındaki ilişkiler uzun süredir araştırılmaktadır. Johada (1953), sorun çözme yeteneğinin, ruh sağlığının kritik bir bileşeni olduğunu vurgulamıştır. Johada, sorun çözme yeteneğindeki herhangi bir yetersizliğin, psikolojik uyum sorunu ve psikopatoloji ile ilgili olduğunu belirtmiştir (akt. Nezu ve Ronan, 1988).

Sorun çözme ile ilgili programlar ise 1960’lı yılların sonlarında ve 1970’li yılların başlarında klinik psikoloji ve psikiyatri bünyesinde gelişmeye başlamış olup, o

tarihlerden günümüze klinik ve danışma psikolojisi, psikiyatri ve sosyoloji bünyesinde sıkça ele alınmaya başlanmıştır (D’Zurilla, 1988).

Bilimsel araştırmalar problem çözme yeteneğinin, insanları bir dizi psikolojik sıkıntıdan koruyan önemli bir koruyucu etmen olduğunu göstermiştir. (Eskin ve Aycan, 2009). Sorunları çözebilen, çözebileceğini düşünüp ona göre davranan kimseler, genelde böyle düşünmeyen kimselerden daha az ruhsal sorun yaşadığını belirtmektedir. Bir psikolojik kurgu olarak sorun çözme, psikolojik sıkıntıların nedenlerini anlamada önemli bir kavramsal çerçeve sunmakta ve böylece birçok ruhsal rahatsızlığı anlayabilmemizi ve nedenleri hakkında çıkarsamalarda bulunabilmemizi sağlamaktadır.

Sorun çözme bilişsel-davranışsal bir beceri ve aynı zamanda dayanıklılık göstergesidir. Dayanıklı biri karşılaştığı problemleri etkili bir biçimde ele alıp çözüme kavuşturabilecektir. Aynı zamanda sorun çözme önemli bir kişisel başatme kaynağıdır, yaşamda karşılaştıkları problemleri çözebilen kimselerin başatme ve psikolojik uyum düzeyleri daha yüksektir (Eskin, 2009).

Yaşamın gereği olarak, birey pek çok alanda sorunla karşılaşır. Bingham (2004) sorunu “bir kimsenin, istenilen bir amaca varmak amacıyla topladığı mevcut güçlerin karşısına çıkan engel” olarak tanımlamıştır. Bir kimse ne zaman belli bir amaca erişmek için çaba harcayıp engellerle karşılaşır, onun için amacına ulaşma çatışmasını içeren bir sorun var demektir.

Sosyal sorun çözme modeli anksiyete bozukluklarının anlaşılmasında ve sağaltımında önemli katkılar sunabilir. Sorun çözme, psikolojik sıkıntıların nedenlerini anlayabilmemiz için önemli bir kavramsal çerçeve sunmaktadır. Sorun çözme bu yönüyle birçok ruhsal rahatsızlığın anlaşılması noktasında büyük katkılar sunmaktadır. Ayrıca sorun çözme ruhsal sıkıntıların sağaltımında da kullanılabilir bir yöntem olarak görülmektedir (Eskin, 2009).

Sosyal sorun çözme modelinin önemli araştırmacılarından olan D’Zurilla ve Goldfried (1971) sorun çözmeyi “problemlili bir durumla başa çıkabilmek için etkili

seçenekleri oluşturma ve bu seçeneklerden en etkili olacağı düşünülen birini seçmeyi içeren bilişsel ve davranışsal bir süreç” olarak tanımlamaktadırlar.

İlgili alanyazın incelendiğinde, depresyon ve intihara kıyasla sorun çözme becerilerinin, panik bozukluğu ile olan ilişkisini konu alan bilimsel çalışma sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Günümüzdeki en önemli ruh sağlığı sorunlarından birini oluşturan kaygı bozukluklarının ve spesifik olarak panik bozukluğunun ortaya çıkması ve sürdürülmesinde problem çözme becerilerinin rolü önemlidir. Onun için ileriki çalışmalar, bu alandaki bilimsel bilgi eksikliğini giderme yönünde olmalıdır. Özellikle, neden-sonuç ilişkisinin çıkarılabilmeye daha uygun olan boylamsal çalışmalara olan gereksinim ortadadır. Çünkü sorun çözme becerileri kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilecek veya ortam hazırlayabilecekken, insanların kaygı düzeylerinin de sorun çözme beceri düzeylerini etkileyebileceğine işaret eden bulgular vardır. Örneğin, Caselli, Reiman, Hentz, Osborne ve Alexander (2004) kronik anksiyetenin, insanların problem çözmelerini olumsuz etkilediğini bulduklarını belirtmişlerdir. Panik bozukluk hastalığının bireyin sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerilerini etkilediği gerçeğinden yola çıkılarak bu etkilerin tüm yaşamını etkilediği göz önüne alındığında bu çalışmanın ana problemini bu iki konu üzerinde temellendirmekteyiz. Panik bozukluk hastalığının semptom şiddeti, sosyal işlevselliği ve sorun çözme becerileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? sorusu bu çalışmanın asıl problemini oluşturmaktadır.

1.2.Problem Cümlesi

Bu çalışmanın amacı, panik bozukluğu tanısı almış hastalarda klinik semptom şiddeti, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerileri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.2.1. Alt Problemler

Araştırmada ana probleme dayalı olarak aşağıda belirtilen alt problemlere cevap aranmıştır.

1. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile sosyal işlevsellik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile sosyal sorun çözme envanterinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile hastanın yaşı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

4. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile hastalığın başlangıç yaşı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

5. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar, geçmişte terapi varlığına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

6. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile atak sıklığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

7. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar, intihar öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

8. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar, travma öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

1.3. Denenceler

1. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile sosyal işlevsellik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile hastanın yaşı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile hastalığın başlangıç yaşı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

5. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar, geçmişte terapi varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

6. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile atak sıklığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

7. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar, intihar öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

8. Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar, travma öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

1.4. Sınırlılıklar

1. Araştırmanın bulguları “Beck Anksiyete Ölçeği” (BAÖ), ”Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği“ (PBŞÖ), “Sosyal İşlevsellik Ölçeği” (SİÖ) ve “Sosyal Sorun Çözme Envanteri” (SSÇE)’nin ölçtüğü maddelerle sınırlıdır.

2. Araştırma bulguları, 18–60 yaş arası, GATA Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuran ve panik bozukluğu tanısı almış hastalar ile sınırlıdır.

1.5. Sayıtlar

1. Hastaların ölçekleri içten ve yansız bir şekilde yanıtladıkları kabul edilmiştir.
2. Araştırmanın gerçekleştirildiği çalışma grubunun sonuçları genelleme yapılmak istenen evreni temsil ettiği kabul edilmiştir.

1.6. Tanımlar

Panik Atak: Panik atağı bir korku kuşatmasıdır. Algılanan tehlikeye karşı birdenbire gösterilen bir tepkisidir ve birtakım yoğun bedensel duyular eşlik eder (Koroğlu, 2015).

Panik Bozukluk: Panik bozukluğu, kişilerin, birdenbire, beklenmedik bir biçimde, herhangi özgül bir nesne ya da durumla ilişkisiz olarak, görünür herhangi bir tetikleyici neden olmadan panik atakları yaşamaları durumudur (Koroğlu, 2015).

Sorun: Bir şeyin olması gerektiği durum ile şu anda olan durum arasındaki fark veya olayların şu anda bulunduğu yeri ile onların olmasını istediğiniz yer arasındaki farktır (Kneeland, 2001).

Çözüm: Bir sorun durumun çözümüne yönelik gerçekleştirilen problem çözme sürecinin sonucu olan bir başatma davranışı veya başatma davranış örüntüsüdür (D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A., 2004)

Sorun çözme: Skinner tarafından sorun çözme; “kişinin değişkenleri manipüle ederek, çözüm için daha olası görünen seçeneği gerçekleştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Sorun çözme ile kişinin sorun çözme sürecinde pozitif yönelimle, rasyonel sorun çözme sürecinin basamaklarını kullanma stratejisini seçmesi vurgulanmaktadır (D'Zurilla 2004).

1.7. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi

Ülkemizde ve dünyada yoğun panik, korku ve şiddet olayları bireyleri ve toplumları olumsuz yönde etkileyen önemli birer sorun haline gelmiştir. Toplumumuzda

görülen panik, korku ve şiddet olaylarının, hem bireylerin etkinliğini hem de geniş bir çerçevede toplumun ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği dikkate alındığında, önleyici çalışmalara ihtiyacımız olduğu görülmektedir. “Sorun Çözme Becerileri” ise önleyici ve koruyucu Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri içerisinde önemli bir yer tutmaktadır.

Yapılan çalışmalar, fonksiyonel olmayan sorun çözme becerisinin, kaygı ve panik davranışlarının yaşanma olasılığını arttırabileceğini ortaya konulmuştur. Kaygı yaşanması gereken doğal bir duygudur. Olumsuz bir duygu olarak tanınması, onun genellikle olumsuz bir şekilde ifade edilmesinden kaynaklanmaktadır. Kaygının uyum sağlayıcı özellikleri de bulunmaktadır. Kişi engellendiği, kendine yönelik bir tehdit olarak algıladığı durumlarda ortaya çıkan kaygı, ilişkilerimizi düzenlemede davranışlarımıza yön ve enerji verir. Kaygı, bireyin benlik saygısının korunmasına ve bireyin kendini savunmasına imkân verir. Bireyin algıladığı tehdit durumunda egosunun zarar görmesinde koruyucu bir rol üstlenir (Cüceloğlu, 1995).

Kaygı ve korkunun, uygun biçimde ifade edilmediği zamanlarda ise kişiyi saldırganlığa kadar götüren psikolojik ve sağlıksal uyum sorunlarının meydana gelmesine de yol açabilir. Bu konudaki araştırmalarda, yoğun korku ve kaygı duygusu yaşayan bireylerin sıklıkla yüksek tansiyon, kalp damar hastalıkları, mide rahatsızlıkları, depresyon, intihar düşüncesi ve intihar davranışı gösterdiği ortaya çıkmaktadır (Novaco, 1975).

Panik bozukluk, hastanın sosyal, akademik ve mesleki alanlardaki işlevselliğini yoğun bir şekilde bozmaktadır ve bu nedenle, panik bozukluğunun tedavisinin önemi bir kat daha artırmaktadır. Psikofarmakolojik tedavilerin yanında psikoterapilerin de tedaviye yanıt düzeylerini arttırdığı mevcut literatürdeki çalışmalar ile görülmektedir. Sorun çözme becerilerinin, anksiyete bozuklukları, şizofreni, duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları ve kişilik bozukluklarının hastalık sürecinde ciddi etkileri olduğu bilimsel çalışmalar ile ispatlanmıştır. Fakat literatüre baktığımızda panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerilerine ilişkin herhangi bir çalışma yapılmadığı görülmektedir. Bu alanlarda yapılacak çalışmaların hem literatüre önemli katkılar sayılabileceği hem de söz konusu hastalığa ilişkin yeni veriler ortaya çıkaracağı değerlendirilmektedir.

BÖLÜM II

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1.PANİK BOZUKLUK

2.1.1.Giriş ve Tarihçe

İlk olarak Freud (1894-1949) anksiyete nevrozunu açıklarken panik atak ve agorafobi arasında bir bağlantı kurmuştur. Panik Atak ve Agorafobinin, birçok benzerlikleri olduğu gibi farklılıkları da vardır. Agorafobiyi açıklarken Freud duruma bağlı olarak paniğin, kaygı halinin ve kaçışın rolünü açıklamıştır. Westphal ve Freud yazılarında, panik bozukluğun mekanizması ve işleme şekliyle ilgili günümüzde modern psikoloji ve biyolojinin yaptığı açıklamalara benzer yaklaşımlarda bulunmuşlardır.

Kardiyoloji literatüründe de, Da Costa'nın Amerikan Sivil Savaşında askerlerle yaptığı çalışmada panik bozukluğa benzer bulgulara atıfta bulunulmuştur (düzensiz kalp atışları, Da Costa sendromu, askerlerin kalbi) ve Birinci ve İkinci Dünya Savaşında da gözlemlere devam edilmiştir (efor sendromu, nörosirkülasyon kuvvetsizliği, kardiyak nörosis gibi). İlk kardiyoloji literatürü, panik bozukluğa benzer semptomların, mitral damarın sarkması ile ilgili kardiyak patolojiyle bağlantısı hakkındaydı. Fakat araştırmaların çoğu bu hipotezi doğrulayamamıştır (Filho, 2011).

Klein (1980), 1950'lerin sonunda 1960'ların başında, beklenenin aksine, anksiyete nevrozlu hastalar alt grubunda yatıştırıcı özelliklerine rağmen klorpromazin ile düzelmedikleri ve bazı durumlarda sedatize etkisinin yanı sıra daha da kötüleştiklerini gözlemlemiştir. Bu gruba imipramin verildiğinde klorpromazine göre düzelmeler olduğunda gözlemlemiştir. Klorpromazine cevap veren hastalar dışında, imipramin almadan önce hastalar, kalp atış hızındaki artış ve diğer fiziksel rahatsızlıkları nedeniyle yaşadıkları dehşet yüzünden sağlık ocaklarına giderek neredeyse ölmek üzere olduklarını söylemişlerdir. İlaçlara verilen değişik cevapların nedenini Klein kendiliğinden panik durumunda imipraminin etkili olduğu ve bu durumun diğer kaygı durumundan tamamen farkı olduğu yorumunu yapmıştır.

Ön çalışmaların büyük bir bölümünde Klein ve arkadaşları anksiyete nevrozunu *Akıl Hastalılarının Tanısal ve İstatistiksel Klavuzu*'nda (DSM III) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980) Genel Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk olarak iki bölüme ayırmışlardır. Panik bozukluk tanısı için 3 haftalık bir periyotta, ani başlangıçlı, en az 4-12 semptomun olduğu minimum üç panik atak yaşamış olmak gerektiğini vurgulamışlardır.

Agorofobi ile birlikte panik bozukluk, agorofobi olmayan panik bozukluk, panik bozukluk hikâyesi olmayan agorofobi DSM-5'te (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) iki ayrı tanı kriteri olarak yer almıştır. Panik Bozukluk ve Agorofobi arasındaki farklılık DSM-III'te de önceden fark edilmiştir. DSM-IV'te panik bozukluğun ayırıcı tanılarının yanı sıra, panik atağın ayırıcı tanıları da eklenmiştir. Şimdi DSM-5'te panik atak, panik bozukluktan farklı bir bozukluk kriteri olarak ele alınmıştır.

2.1.2. Epidemiyoloji

Genel popülasyonda beklenmedik panik atakların yaşam boyu olma yüzdesi %4 ile %12 arasındadır (Kessler, 2006). Kolej öğrencilerine sorularak yapılan araştırmalarda beklenmedik panik atakların yüzdesinin %5 ile %11 arasında olduğu gözlenmiştir (Asmundson, Norton, 1993). Yakın zamandaki genel popülasyonda hayat boyu beklenen ya da beklenmedik panik atak yaşama oranı %28'dir (Kessler, 2006). Panik bozukluğun hayat boyu yaşanma oranı yaklaşık %1 ve %7 arasındadır (Grant, Kessler, 2006). Weissman ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan çalışmalarda ise bazı küçük farklılıklar olduğu vurgulansa bile bu oranların tüm dünyada genel olarak aynı olduğu görülmektedir. Toplumun genelinde bir yıllık yüzde %0,2 ile %2,4 arasında değişiklik göstermektedir (Weissman, 1997; Grand, 2006; Kessler, 2012). Hastaların tedavisi sırasında panik bozukluk yüzdesi dikkat çekecek derecede yüksektir. Akıl Sağlığı kliniklerindeki hastaların yaklaşık %10'unda, diğer sağlık kliniklerindeki hastaların (kardiyoloji, solunum, damar hastalıkları) %10'u ile %60'ında panik bozuk mevcuttur (Katon, 2006).

Panik Bozukluk çocukluk çağında başlayabildiği gibi, 45 yaş sonrasında da başlayabilir fakat normal koşullarda başlaması beklenen zaman dilimi 20–24 yaş aralığıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Panik Bozukluğun klinik özellikleri, sayısı ve ciddiyeti gibi semptomlar cinsiyetler arasında neredeyse aynıdır (Oei,

1990). Bununla beraber kadın hastaların erkek hastalardan iki kat fazla Panik Bozukluk tanısı vardır (Weissman, 1997; Kessler, 2006). Erkek hastalar, kadın hastalardan farklı olarak kendilerini alkolle tedavi etmeye çalışmaktadır (Cox, 1993). Literatür, hastalar arasında neden farklılık olduğu konusunda açıklık getirmemektedir fakat bazı çalışmalar, biyolojik veya sosyalizasyon faktörlerin rol oynadığına işaret etmektedir (Yonkers, 1994; Bekker, 1996). Kadınlara atfedilen ev kadınlığı rolünün ise, sosyal beklentilerin karşılanması açısından önemli bir değişken olduğu vurgulanmaktadır.

Panik Bozukluk birçok kültürde de belirgin özellikler taşır, bununla beraber bozukluğun dışavurumu kültürden kültüre değişir. Örneğin bazı kültürlerde panik atak semptomları, istem dışı olarak delirmek üzere olduğu düşüncesi ya da kontrolü kaybetme korkusu olarak ortaya çıkarken bazılarında somatik olarak ifade edilir. Panik atakların, kültüre ait olan farklılıklarının detaylı olarak açıklanması (Örneğin, Vietnamlı kadınlar rüzgârlı havalarda yürürken panik atak yaşamasının nedenini, fazla rüzgâra maruz kalmalarına bağlayabilirler) atakları ayırt etmeye yardımcı olmaktadır (APA, 2013). Son zamanlardaki bulgulara göre Yerli Amerikalı olmak, Panik Bozukluk riskini artırırken, Asya, İspanyol veya Siyah Amerikalı olmanın hastalık riskini azalttığı görülmektedir (Grant, 2006).

2.1.3.Etiyoloji

2.1.3.1.Psikolojik Faktörler

Bilişsel Model

Panik Bozuklukla ilgili, çoğu bölümü “korku kaygısının” varyasyonlarından oluşan birçok bilişsel model vardır. Goldstein, Chambless (1978) introseptif ipuçlarının panik ataklarla birleşmesi sonucunda artan kaygı korkusuna dikkat çekmişlerdir. Diğer bir deyişle Panik Bozukluk yaşayan kişilerin, çekinilen panik epizotunun tekrar olması halinde korku duymayı öğrendikleri ve panikle ilgili semptomlara ait korkular geliştirdikleri düşünülmektedir. Korku kaygısının panik atak deneyimleri sonucu geliştiği düşüncesi çürütülmüştür. Clark (1986), patolojik olmayan kaygı durumunda yaşanan panik atakların (fiziksel hastalıklar, egzersiz, bazı maddelerin yenmesi gibi), otonomik uyarıcı duyguların katastrofik yanlış anlama eğiliminde

olmasının ürünü olduğunu tespit etmiştir. Reiss (1991), Goldstein, Chambless (1978) ve Clark (1986) modellerinde de olduğu gibi hepsinin ortak kararı, panik atakların aşağıdaki maddelerin sonuçları olduğudur:

1. Merhamet duygularına karşı katastrofik yanlış anlama eğilimi ve korku tepkisi.
2. Panik epizotlar sırasında deneyimlenmiş ve bunun sonucunda öğrenilmiş korku kaygısı.

Son yıllarda Bouton (2001), orijinal korku kaygısının değişik modellerini açıklamıştır. Panik ataklar olduğunda Panik Bozukluk daha sonra dış uyaranlara ve durumsal ipuçlarına göre kaygı (bazen panikle beraber) gelişir. Bu modellerin araştırmalarla tedavi yapısının doğrulanması daha çok yeni olmasına rağmen, şimdilik biz sadece Clark'ın (1986) modeli üzerinde odaklanacağız.

Clark (1986), kişinin pozitif uyarılma duygusunun katastrofik bir şekilde yanlış anlaması sonucunda panik atakların arttığını savunmuştur. Bilişsel işlemlerin panik atakların altını çizdiğini göstermek için Sandra'nın çoğu atağından herhangi birindeki deneyimlerine dikkat etmiştir. Yaşadığı grip nedeniyle başı dönen Sandra, bunları bir tehdit olarak anlamış, uyarılar başladığında ve uyarıcıları yanlış anlayarak aklını kaybetmeye benzer bir duygu ve düşünceyle karşı karşıya kalmıştır. Daha sonra uyarılmışlık hali artınca baş dönmesi de artmış, delirdiğini düşünmüş ve panik yaşamaya başlamıştır. Clark (1986), bu döngüye "Kısır Döngü Modeli" demiştir.

Kısır döngü modeli birçok çıkarıma neden olmuştur. İlk olarak, ilk panik atakların başka faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (ilaçla ilgili otonomik süreç gibi). Panik Atak meyilli kişiler, pozitif uyarılma duygularını katastrofik bir şekilde yanlış anlama eğilimindedir. İkinci olarak, yanlış anlama bilinç ya da bilinç dışı seviyede olabilir (Clark, 1988). Üçüncü olarak, döngüye herhangi bir noktada girilebilir. Örneğin, Sandra vakasında gripteki baş dönmesi gibi durumsal tetikleyiciler ya da vücutsal duyularla ilgili katastrofik düşüncelere sahip olmayla olabilir. Dördüncü olarak, fizyolojik değişiklikler kişi tarafından patojenik mekanizmadan çok, süreçteki birçok bileşikten biri olarak görülebilir.

Literatürde kısır döngü modeli gittikçe geniş bir yer almaktadır. Panik atakların yakın zamanda olma düşüncesi katastrofik atakları tetikler (Taylor, 2000). Panik Bozukluğu hastaları sağlıklı görünümündedir ve hastalar;

1. Fiziksel tehdit ipuçlarını stratejik ve otomatik bilgiye (hafıza, dikkat gibi) dayalı olarak işlemektedirler (Mathews, MacLeod, 2005).
2. Bazı örneklerde vücut duyularını daha dikkatli incelerler.
3. Somatik duyumlardan, korkularını ve zarar verici sonuçları hakkındaki inanışlarını ortaya çıkarmaya meyillidirler.
4. Farmakolojik olarak paniği tetikleyici çeldiricilere karşı tepkilerinde, değişiklikleri bildiren açıklamalardan daha çok etkilenmeye meyillidirler. Bu, her durumda aynı değildir (Barlow, 2004).

Son on yılda Clark'ın (1986) önderlik ettiği çalışmalarda, panik bozukluk için bilişsel modele yönelim olmuştur fakat bunlar çok daha az önem taşımaktadır. Kaygı hassasiyetinin artmasının rolü ve kısır döngünün içeriği, Panik Bozukluğun bilişsel modelleri için anahtar özelliklerdir (Pilecki, 2011). Araştırmalar bilişsel modelden meydana gelen tedavilerin etkili olduğunu göstermiştir.

Psikodinamik Modeller

Panik Bozukluğu anlamada en çok ümit veren ve özellikle bu konuya yoğunlaşan model psikodinamik modeldir. Bütün modelleri gözden geçirmektense, Cornell Panik-Kaygı çalışma grubu (Shear, 1993; Milrod, 1997) tarafından geliştirilen ve Panik Bozuklukta psikodinamik modele öncülük eden aşağıdaki çalışmayı inceleyeceğiz. Cornell'e göre Panik Bozukluk riski olan kişiler, (1) panik ataklara nörofizyolojik olarak yatkındır, (2) çok sayıda gelişimsel travma deneyimleri vardır. Bu faktörler, çocuklarda tanımadıkları durumlarla savaşmaya ve bakım verenin sağladığı güven duygusuna bağımlı olmaya neden olur. Bakım veren kişinin her zaman güven desteği vermesi mümkün olmayabilir, o zaman çocuklarda korkulu bağlanma gelişir. Bu da bağımlılıkla ilgili bilinç dışı çatışmaların (bağımsızlık-başkalarına güvenme) ve kızgınlık (ifade etme-alışkanlık haline getirme) gibi olumsuz duyguların gelişmesine neden olur. Bağımlılıkla ilgili çatışmalar, birçok şekilde kendini gösterir. Bazı panik yatkınlığı olan kişiler ayrılığa karşı hassastır ve başkalarına fazlasıyla güvenirler, bazıları bunalmaya yatkındır ve bağımsızlık hissine güvenirler. Çatışmalar, bilinçli ya da bilinç dışı katastrofik tehlike düşüncelerini, bu

düşünceler de panik atakları tetikler. Buna ek olarak çatışmalar, kaygı, kızgınlık ve suçluluk gibi itici uyarıcı duyguları uyandırır. Diğer yandan bu duyguları izleyen iyi huylu uyarıcı hisler, “bilinç dışı olduğu kadar bilinçli bilişsel katastroflardan” ortaya çıktığı görülür (Shear, 1993) ve bu da panik ataklara neden olur.

Bu model, Panik Bozukluk için psikodinamik eğitimin gelişmesine etken olmuştur. İlk araştırmalar, bu eğitimin etkili olduğunu iddia etmiştir (Busch, 2012) fakat bu eğitimin etkililiğinin bilimsel açıdan tam anlamıyla doğrulanabilmesi için daha fazla olguya ihtiyaç vardır. Modelin kendi içinde sınırlamaları vardır, ampirik destekleri sınırlıdır, çünkü tam olarak incelenmemiştir ve bu yüzden tam bir model özelliği gösterememiştir; bu nedenle model patofizyolojik mekanizmanın neden başka kaygı bozukluklarına değil de Panik Bozukluğa neden olduğunu açıklamada yetersiz kalmıştır (Pilecki, 2011).

2.1.3.2. Nörobiyolojik Faktörler

Nöroanatomik döngüler ve buna bağlı nörokimyasallar, Panik Bozukluk ve Agorafobiye olan yatkınlığı açıklamada yetersiz kalmaktadır. İpuçlu panik ataklar, tehdit karşısında normal uyum sağlama tepkileridir. Uyum sağlama tepkisindeki döngü düzensizliği “spontan” (beklenmedik) panikleri artırır ve bu da Panik Bozukluğunu karakterize eder (Johnson, Shekhar, 2012). Döngünün, periaqueductal gray, hipotalamus, amigdala, locus coeruleus, anterior kuşağı, insula ve prefrontal korteks gibi birçok bölümü vardır. Serotonin, Norepinefrin, GABA, koloeksitokinin ve endogenous opioidlerin bulunduğu Nörotransmitterler ve nöromodülatörler de Panik Bozukluğun içindedir (Schenberg, 2010; Graef, 2012; Dresler, 2013).

Nörobiyolojik mekanizma hipotezlerinin çoğunda gösterildiği gibi, dış tehditlerle başa çıkmamızı sağlayan savunma mekanizmamızı organize etmekle görevli beynin orta bölümündeki dorsal periaqueductal gri maddede bulunan nöronların salgıladığı serotonin yetersizliğiyle ve panik atakların nörovegetatif semptomlarını organize eden rostral ventrolateral medullanın somatomotor kontrol alanı ile Panik Bozukluk açıklanabilir (Graeff, 2012). Dorsamediyal/perifornikal hipotalamik alandaki GABA erjikteki kronik inhibisyonunun da Panik Bozuklukta önemli rol oynadığı var sayılmaktadır. Bu inhibisyonun, sodyum laktatı, CO₂ ve yohimbin aktiveleştirilen vücutsal duyular gibi interoseptif duyulara panik gibi reaksiyon verdiği

düşünülmektedir (Johnson, Shekehat, 2012). Endogenous opioid sistemindeki düzensizliğin şiddeti, kişilerin panik ataklara dayanma gücüne göre değiştiği, boğulma hissi ve ayrılık kaygısına neden olduğu düşünülmektedir (Graeff, 2012).

Nörotransmitter ve nöromodüler sistemler birbirine bağlıdır. Bir sistemdeki düzensizlik (serotonerjik sistem) diğer sistemlerdeki düzensizliğe neden olur (endojenik opioid sistemi) (Graeff, 2012; Zwanger, 2012). Panik Bozuklukta birden fazla etiyolojik tip vardır ve Panik Bozukluk birden fazla tip nörodöngü düzensizliğinden ortaya çıkabilir (Dresler, 2013).

Panikte tek bir biyolojik model yoktur. Bununla beraber araştırmalara ve klinik uygulamalara kılavuzluk edecek birçok uygun model vardır. Aralarında en çok önerilen ve birçok nedenden dolayı dikkat çeken Gorman ve arkadaşlarının (2000) nörootomatik hipotezleridir. İlk olarak, birçok hayvan deneyleri ve insan deneyleri yapılarak test edildiği için bulguları da genellenebilir. İkinci olarak, Panik Bozukluğun, nörotransmitter sistemle otonomik fonksiyonlardaki değişik düzensizlik şekilleri gibi birçok biyolojik düzensizlikle birleşmesinin anlaşılır olmasını sağlayan özel çalışmaları vardır (Cohen, 2000; Abelson, 2001). Üçüncü olarak, tedavi sonuç verileri dikkate alındığında, hem farmakolojik hem de psikolojik terapilerin Panik Bozukluğun tedavisinde etkili sonuçlarının olduğu görülmektedir.

Nöroanatomik Hipotezler

Gorman ve arkadaşları (2000), insanlardaki panik ataklar ve hayvanlardaki koşullu korku tepkilerinin fizyolojik ve psikolojik sonuçları arasında dikkate değer bir benzerlik olduğunu gözlemlemişlerdir. Benzerliklerin nedenleri, otonomik uyarılmalar, belli ipuçlarıyla ortaya çıkan korkular (durumsal korku) ve bu ipuçlarından kaçınmadır. Hayvan araştırmalarında, koşullanmış korku tepkisinin beyindeki amigdala ve buraya bilgi taşıyıp buradan bilgi alan yansıtıcıların içinde bulunduğu hipokampusla, medial prefrontal korteksle, hipotalamus ve beyin sapıyla bağlantıların olduğu ve “korku ağı” tarafından yönlendirildiği bulunmuştur. Hayvan çalışmalarında ayrıca, bu ağın aktivasyonu ile panik ataklarla benzer biyolojik ve davranışsal reaksiyonların oluştuğu da bulunmuştur. Böylece Gorman ve arkadaşları (2000) aynı ağın Panik Bozuklukta da olduğu sonucuna varmışlardır.

Korku ağı, nörotransmitter sisteminin dâhil olduğu ve aralarında bağlantılar olan karmaşık bir maddeden oluşmaktadır. Duyusal girdiler anterior talamustan girer ve amigdalada lateral nükleusa kadar gider. Girdiler, amigdalada merkezi nükleusa geçer, burada otonomik ve davranışsal tepkiler koordine edilir (LeDoux, 2000). Amigdalaya Beyin sapından ve duyusal talamustan direk gelen duyusal girdiler, potansiyel tehdit uyarıcılarından hızla tepki gelmesini sağlar. Amigdalanın merkezi nükleus, aşağıdaki işlemleri gerçekleştirir:

1. Parabrakial nükleus, solunum hızının artmasını sağlar.
2. Hipotalamusun lateral nükleusu, otonomik uyarılma ve sempatik deşarja neden olur.
3. Lokus Korelus, norepinefrinin ve kan basıncının, kalp hızının artmasına ve korku davranışının ortaya çıkmasına neden olur (donup kalma gibi).
4. Hipotalamustaki paraventrikal nükleus, adrenokortikoidin yayılmasını artırır.
5. Periaqueductal gri bölgesi, kaçınma davranışını sağlar (LeDoux, 2000; Davis, Whalen, 2001).

Ek olarak, amigdala ile duyusal talamus, prefrontal korteks, insula ve primer somatosensory korteks arasında karşılıklı bir ilişki söz konusudur (LeDoux, 2000; Davis, Whalen, 2001).

Gorman ve arkadaşlarına (2000) göre, korku ağının çok fazla aktivasyonu sonucu panik ataklar ortaya çıkar. Diğer bir deyişle korku ağı, kişinin panikle bağdaştırdığı vücutsal, çevresel ve durumsal uyarıcılar gibi zararlı uyarıcılara karşı tepkilerinde duyarlı hale gelir (koşullanma). Ağın duyarlılaşması, amigdaladaki merkezi nükleusdan beyin sapına çeşitli yansımaların güçlenmesiyle açıklanabilir (lokus sereleus, periaqueductal gri bölge, hipotalamus gibi). Eğer beyin sapından amigdalaya giden duyular düzensizse, ağ çok aktive olur. Bununla beraber otonomik aktivasyon (solunum ve kalp hızında artış gibi) ve nöroendokrin aktivasyonu (kortizol sekresyonunun artması) bütün panik ataklarda görülemez. Biyolojik etkilerin fizyolojik sonuçları Panik Bozukluk hastalarında panik atakları tetikleyebilir (sodyum laktate, yohombin, CO₂, kafein, koleksitokinin-4 gibi) (mcNally, 1994). Bu nedenle maalesef tek bir beyin sapı düzensizliği panik oluşmasında etkili olabilir, başka bir deyişle, beyin sapı düzensizliği korku ağının fazlasıyla harekete geçmesini sağlayan tek yoldur (Gorman, 2000).

Gorman ve arkadaşları (2000) korku ağının harekete geçmesinin birçok yolunu açıklamışlardır. Örneğin, amigdala, duyuşal bilgileri değerdendirme-işleme alanı olan kortikal alandan gelen bilgileri alır. Bu nedenle, koriko-amigdalanın bağlantı yolundaki nörokognitif hasar, duyuşal bilgilerin katastrofik olarak yanlış anlaşılmasına neden olabilir (vücut duyularını yanlış anlama gibi). Bu da, korku ağının uygunsuz aktive olmasına neden olur. Bu bağlantı yolu, daha önce bahsedilen panikte kognitif modeli oluşturur. Böylece Gorman ve arkadaşları (2000) kognitif modeli nöroanatomik içeriğe entegre edip yerleştirmişlerdir.

Korku ağı, Panik Bozuklukta rol oynamasının yanı sıra, kaygı ve diğer duygu durum bozukluklarında da rol oynar. Panik Bozukluk ile bu bozuklukların beraber ortaya çıkma durumu sürekli dir. Korku ağındaki anormallikler, bu bozukluklar arasında değışiklikler gösterebilir. Örneğin ağıın içeriğindeki kısımların bağlantılarının güçlülüğü, bozukluklara göre değışir.

2.1.3.3. Genetik Faktörler

Korku ağının genetik faktörlerden ve stresli hayat şartlarından ve özellikle de ilk çocukluk çağındaki korkulardan etkilendiğı düşünölmektedir (Gorman, 2000). Nörotransmitter ya da nörohormonal sistemdeki her birinin küçük kişisel etkileri olan birçok aday genin genetik değışkenlikleri, Panik Bozukluk ve diğer kaygı/duygu durum bozukluklarına olan hassasiyeti belirler (Leonardo, Hen, 2006). Çift ve tek yumurta ikizlerinde yapılan araştırmalar, Panik Bozukluğın, %23–43 oranında genetik olduğunu göstermektedir (Kendler, Prescott, 2006).

Panik Bozukluğa yatkınlık, bozukluğa özel ve özel olmayan faktörlerin karışmasından kaynaklanır (Kendler, Prescott, 2006). Panik Bozukluğın diğer bozukluklarla beraber görülmesi, bozukluğa özel olmayan genetik faktörlere bir örnektir. İkiz çalışmaları, bozukluğa özel olmayan faktörlerin, içinde Panik Bozukluk, bulimia nevroza, genel kaygı bozukluğu ve alkol kullanımı gibi bozukluklara yatkınlığı etkilediğini iddia eder (Kendler, Prescott, 20016). Panik Bozukluğa özel genetik faktörlerin, cinsiyetle ilgili olduğu görölmektedir.

Panik Bozukluk ve Agorafobiyle ilgili genleri anlayabilmek zordur. Panik Bozukluk çalışmalarında 350'den fazla aday gen üzerinde çalışılmıştır fakat elde edilen

bulgular ya çok değişken, ya olumsuz ya da yoruma açık olmadığı bulunmuştur (Maron, 2010). Ayrıca, monoaminoksidase A, serotonin taşıyıcı, adenosin reseptör ile bağlantılı polimorfizimler (ADORA2A) ve kolesistokin b reseptörünün düzensiz olarak tekrar ettiği de yapılan çalışmalar sonucunda bulunmuştur (Jacob, 2010). Diğer yandan, Panik Bozuklukta Katekol-O-Metiltransferaz'ın Val158Met polimorfizminin düzenli olarak bulaştığı da bulunan diğer bir sonuçtur (Maron, 2010). Panik Bozukluk etyolojik olarak heterojendir ve Panik Bozuklukla ilgili genler cinsiyete ve etnik gruba göre değişir (Jacob, 2010; Maron, 2010).

Alanını genişleten araştırmalar, genlerin yüzdesinin değil, belirli genlerin belirli çevresel faktörlerle olan etkileşiminin önemli olduğunu savunmaktadır (Moffitt, 2006). Örneğin bir ya da daha fazla kısa alleli serotonin taşıyıcı gene sahip olan kişiler stresli olaylarda uzun alleli iki kopyaya sahip olanlardan daha fazla kaygı ya da depresyon geliştirmeye yatkındır (Leonardo; Hen, 2006). Tüm bu bilgiler ışığında, ileride Panik Bozuklukta gen ve çevresel faktörlerin rolüne ilişkin araştırmalara gereksinim olduğu görülmektedir.

2.1.3.4. Sosyal ve Çevresel Faktörler

Erken çocukluk çağında bakım verenden ayrılma gibi, özellikle belirli gelişim evrelerinde gerçekleşen çevresel olaylar, korku ağını modüle eden genleri harekete geçirebilir, bu da Panik Bozukluğa yatkınlığa neden olabilir. Araştırmalara göre, ergenlik ve yetişkinlik çağında gerçekleşen olaylar, yatkınlığı olan bireylerde Panik Bozukluğa neden olabilir. Bu olaylar kişilerde psikolojik ya da fizyolojik seviyede stres yaratabilir. Panik Bozukluğu başlatan olaylar:

1. Hastalık ya da kaybetme nedeniyle bir yakınından ayrılma.
2. Cinsel istismar ya da kişilerarası bir şiddete maruz kalma.
3. Maddi ya da işle ilgili stres kaynakları ya da,
4. Psikoaktif maddeler nedeniyle zehirlenmek ya da içe kapanma.

2.1.4. Tanı Kriterleri

Panik Atak

Panik ataklar, panik bozukluğu hastalığının en belirgin özelliğidir. Diğer mental bozukluklarda da (travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanımı bozukluğu gibi)

(Craske, 2010) ve bir çok medikal durumda (Goodwin; Pine, 2002) ortaya çıkabilir. Bu nedenle DSM-5'te panik atakların tek başına sınıflandırılmadığının farkına varılmıştır. Ayrıca mental bir bozukluk olmadığı halde Panik Bozukluk dışında diğer akıl sağlığı bozukluklarında da (panik atakla beraber majör depresyon gibi) panik atakların belirleyici olduğu bulunmuştur.

Panik ataklar doğru bir şekilde anlaşılmadan, tam bir panik bozukluk tanısının konulması çok güçtür. Kişilerin normal fiziksel tehditlerde de (normal alarm durumlarında da) panik atak yaşadıklarını gösteren birçok araştırma vardır (Barlow, 2004). Normal tehdit durumlarında verilen korku reaksiyonu ile panik atak durumunu ayırmak önemlidir. Bu ayırımı yapabilmek için DSM-IV-TR'de panik atağın gerçek bir tehlike durumu olmadan ortaya çıktığı belirtilmiştir. Bu sınıflandırma DSM-5'te kaldırılmış, yerine, panik atakların hem sakin bir zamanda hem de kaygılı durumlarda olabileceği ve paniğin başlangıcı olarak kaygı durumundaki ani değişikliğin alınacağı belirtilmiştir. Bu değişiklik aynı zamanda normal tehdit durumuna gösterilen korku tepkisinin yanlış sınıflandırmasına neden olabilir. Bir panik atak, ani ve şiddetli korku durumunda veya rahatsız bir durumda verilen, dakikalar içinde gerçekleşen ve Panik Bozukluk kriterleri içinde yer alan 13 kriterden 4'ünün en yüksek şiddete ulaştığı durumu kapsar. Semptomlar; çarpıntı, kalp atışının düzensizliği, kalp atış hızının artması, terleme, titreme ya da sallanma, soluğun ya da nefes almanın kesik kesik olduğunu hissetme, tıkanma, göğüste ağrı veya rahatsızlık, mide bulantısı veya abdominal baskı, baş dönmesi, huzursuzluk, başta sersemlik hissi ya da baygınlık, yanma ya da ateş hissi, uyuşma hissi, gerçekten kopma ya da depersonalizasyon, kontrolü kaybetme veya "delirme" duygusu ve ölüm korkusudur. Semptomlar kültüre özgü olmasına rağmen bazı semptomlar, (kulak çınlaması, baş ağrısı, kontrol edilemeyen çılgınlıklar gibi) olması gereken en az dört kriterden biri sayılmaz. *Sınırlı semptom atakları*, dört semptomdan daha az panik atak benzeri vakalara örnektir.

Beklenmedik ve beklenen panik atak terimi, DSM-IV ve DSM-IV-TR'de kullanılan karmaşık ve anlaşılması zor terminolojiyi basitleştirmiştir (*duruma bağlı, durumdan kaynaklı, duruma göre tahmin edilebilir ve beklenmedik/işaret vermeyen panik ataklar*). Açıkça ipucu veya tetikleyici göstermeyen beklenmedik panik ataklar da panik atak tanısı içinde bulunmaktadır. Beklenmedik panik ataklar artabilir ya da

azalabilir. Bütün bunlarla beraber beklenmedik ya da beklenen panik ataklar, diğer kaygı bozukluklarını içeren psikiyatrik bozukluklar başlığı altındadır. Örneğin sosyal kaygısı olan bireylerde, panik bozukluğun diğer semptomlarını göstermeden durumsal ve beklenmedik panik ataklar olabilir (köpek korkusu gibi). Tylor'ın belirttiği gibi (2000), panik atağın süresi, atakların sıklığı, semptomların yoğunluğu, katastrofik düşüncenin doğası, atağın terminasyonuna verilen mekanik cevaplar gibi, diğer karakteristiklerinin dikkate alınması, şiddetini belirleme de ve faktörleri kontrol etmede önemlidir.

Panik Bozukluk

DSM-5'e göre Panik Bozukluk, tekrar eden beklenmedik ataklardır. Bu bozukluğun ortaya çıkması için, bu ataklardan en az birini, devam eden bir ay içinde daha fazla atağın takip etmesi ve bu atakların sayısının endişe verici olması ve atakların sonucunda davranış değişikliklerinin olması gereklidir (iş veya okul aktivitelerinden kaçınmak gibi). Bunlara ek olarak, panik ataklar yalnızca madde kullanımının direk etkisiyle, tıbbi müdahaleyle ya da genel tıbbi durum nedeniyle durmamalıdır (hipertiroid, kalp yetmezliği gibi). Eğer semptomlar, sosyal kaygı bozukluğunda yaşanan yalnızca sosyal durumlarda tetiklenen panik ataklar gibi, başka bozuklukların semptomlarıyla karışırsa Panik Bozukluk tanısı konmaz.

Tanısal Değerlendirme

Daha geniş açıklayıcı tanısal bilgi için klinisyen, özel durumları ve semptomları içeren açık uçlu sorular ya da empati listesi kullanır (APA, 1996). DSM-IV'de, Yapılandırılmış Klinik Görüşmeye Uygun (SCID-IV) ve Yapılandırılmış Kaygı Bozukluğu Görüşmesine Uygun (ADIS-IV) örnekleri bulunmaktadır. Genel tıbbi değerlendirme, panik atağın şeklini ya da şiddetini, panik atak benzeri başka bir bozukluk olup olmadığını belirlemek için gereklidir (epilepsi, kardiyak durumlar, feokromasitoma).

Semptomların ve diğer değişkenlerin değerlendirmesinin kısa özgeçmiş sorgulamaları ile uygun bir şekilde sağlanması tanısal bilgi için uygun kaynaklar olabilir. Özellikle DSM-5 kaygı bozukluğu değerlendirmesi için birkaç derecelendirme geliştirilmiştir. Her tedaviye başlamadan önce hastanın geçmiş haftayla ilgili genel kaygı ve depresyon durumunu değerlendirebilmek için Beck

Depresyon Ölçeği (Beck, Steer, 1987) ve Beck Anksiyete Ölçeği (Beck, Steer, 1993) kullanmak hızlı, güvenilir ve geçerli ölçümler vermektedir. Kaygı Hassasiyeti Endeksi-3 (Taylor, 2007) diğer kısa sorgulama ölçeği olarak, hastanın vücudunda hissettikleriyle ilgili korkularının ciddiyetini değerlendiren bir kılavuz olarak kullanılır. Bu ölçekteki puanlamalar, hastanın vücudundaki hassasiyetleri katastrofik olarak yanlış değerlendirme eğilimini ölçmede kullanılır. Bu puanlamanın, panik bozukluk tedavisinden sonra rahatlayan hastanın, tedavi ile ilgili hassasiyetini ve tedaviden sonraki puanlamasını tahmin etmede geçerlik ve güvenilirliği tamdır (Taylor, 1999).

Diğer bir kullanışlı sorgulama da, Panik Agorafobi Ölçeği ile tedaviyi izlemedir (Bandelow, 2000). Bu 13 maddelik ölçek kısa, tedavinin getirilerini ölçen bir çalışmadır. Hastaya geçmiş haftalarda şu semptomları ne sıklıkta ve şiddette yaşadığı sorulur;

- (1) panik ataklar,
- (2) agorafobi,
- (3) kaygı varsayımı (panik atak yaşayacağından endişe etme),
- (4) işlevselliğin birçok alanda panik atak nedeniyle yetersiz olması,
- (5) panik semptomların sağlıkla ilgili kısmından endişe etme (panik atakların ileride kalp krizine neden olmasından endişe etme).

Panik ve Agorafobi Ölçeği, Panik Bozukluk ve Agorafobinin birçok özelliğinin geniş bir değerlendirmesinin yapılabilmesini sağlar. Ayrıca bu ölçek, tedaviye bağlı değişikliklerin değerlendirilmesinde, geçerlik ve güvenilirlik açısından, son derece olumlu sonuçlar vermektedir (Bandelow, 2000).

Panik ataklarla ilgili daha detaylı bilgi almak isteyen klinisyen ve klinik araştırmacılar, değerlendirme bataryalarındaki prospektif gözlemleri inceleyebilirler. En çok kullanılan prospektif gözlemler, *panik atak kayıtlarıdır*. Hastalara çantalarında taşıyabilecekleri panik atak açıklaması ve panik atak kayıtları verilmektedir. Hastalara, kayıtları her zaman taşımaları söylenir ve hastalar, her tam ya da sınırlı atak sırasında tam bir kayıt yapmaları konusunda bilgilendirilir. Barlow ve arkadaşları tarafından geliştirilen Panik Günlüklerindeki değişkenler (Rapee, 1990) çok bilgilendirici ve kullanımı kolaydır.

2.1.5. Gidişat

Panik Bozukluk semptomları ağır ya da hafif olabilir, fakat eğer tedavi edilmezse kronikleşebilir (APA, 2013). Harvard/Brown Kaygı Bozukluğu Araştırma Merkezi yoluyla değerlendirilip tedavi edilen ve 5 yıl takip edilen hastalardan, bir grup kadın ve erkek hastanın iyileşme oranı %39'dur (Yonkers, 1998). Genel olarak tedavi alan hastaların 6 yıllık izlenmeleri sonucunda yaklaşık %30'unun iyileşmekte olan semptomları olduğu, %40-50'sinin daha iyi durumda olduğu fakat hastalıklarıyla ilgili semptomlarının hala devam ettiği, %20-30'unun ise daha kötü durumda olduğu gözlenmiştir (APA, 2000).

2.2. Sorun Çözme Becerisi

2.2.1. Tarihçe ve Temel Tanımlar

"Sorun çözme" konusundaki araştırmalar, 20.yüzyılın başında problem çözmeyi zorlaştıran faktörlerin incelenmesiyle başlamıştır. Problem çözme süreci ise 1960'lı yıllarda araştırılmaya başlanmıştır. Problem çözme sürecinin incelendiği araştırmalarda deneklere karmaşık bulmacalar verilmiş ve bu bulmacaları çözmeye çalışırken deneklerin sesli düşünmeleri istenmiştir. "Sözel protokol" denen bu kayıtlar temel alınarak, özellikle bilgisayar yardımıyla problem çözme modelleri geliştirilmiştir.

1960'lı yıllarda yapılan araştırmalarda bir kişinin nihai çözüme ulaşmaya kadar bir ara durumdan (ara çözümden) diğer bir ara duruma geçiş süreci üzerinde durulmuştur. Bu yüzden deneklere çözmeleri için zihinsel işlem gerektiren problemler yerine, çok sayıda fiziksel işlem gerektiren problemler verilmiştir. Örneğin Honai Kulesi adı verilen bir problem durumunda denekler, belirli kurallara göre her seferinde bir diskin yerini değiştirerek piramit şeklindeki bir disk yığını bir yerden başka bir yere taşımaya çalışırlar. Bu tür bulmacaları çözerken denekler çok sayıda ara durumdan geçerler. Bu yüzden araştırmacılar da deneklerin bir ara durumdan diğerine geçiş sürecini inceleyebilmektedirler (Öğülmüş, 2006).

Yine 1960'lı yıllarda problem çözme alanındaki gelişmelere paralel olarak, "karar verme" alanında da gelişmeler kaydedilmiştir. Karar verme konusunu inceleyen araştırmacılar, belirsizlik içeren koşullar altında insanların nasıl akıl yürüttüklerini,

seçim yaptıklarını ve zihinsel bir çıkarsama yaptıklarını incelemişlerdir. Bu yıllarda karar verme ile problem çözme hemen hemen aynı anlamda kullanılmaya başlanmıştır.

Gagne ve Skinner (1964-1974) gibi araştırmacılar, problem çözme sürecinde en önemli değişken olarak bireyin geçmişini inceleme eğiliminde görülürken diğer araştırmacılar, örneğin Kohler ve Maier (1925–1970) gibi problemlerin çözümünde en önemli unsurun bireyin karşı karşıya kaldığı durumu algılama biçimi olduğunu savunmuşlardır. Anderson (1980) ise, öncelikle bilişsel işlemler üzerinde odaklaşarak, problem çözme sürecini bilişsel ve duygusal işlemleri sıraya koymak, davranışsal tepkilerde bulunmak olarak tanımlamıştır.

1970'li yıllarda araştırmacılar, bu tür basit bulmaca problemleri yerine, belli bir alanda (örn. fizik alanında) bilgi sahibi olmayı gerektiren karmaşık problemlerin nasıl çözüldüğünü incelemeye başlamışlardır. Bu yıllarda yapılan araştırmalarda, örneğin satranç, fizik, matematik, bilgisayar programlama, tıbbi tanılama gibi problemler kullanılmıştır. Bu tür problemler öncekilerden farklıdır, çünkü deneklerin bir bulmacayı çözebilmeleri için bilmeleri gereken her şey birkaç dakika içinde söylenmektedir. Oysa örneğin fizik gibi oldukça geniş bir bilgi birikiminin olduğu bir alanda kolay bir problemin bile çözümü, saatlerce süren bir hazırlık eğitimi gerektirmektedir. Bunun üzerine araştırmacılar, sorun çözme sürecini açıklayabilmek amacıyla, belli bir alanda uzman olan kişilerle uzman olmayan kişilerin performanslarını karşılaştırmaya başlamışlardır. Bu araştırmalarda uzmanların uzman olmayanlara göre problemleri farklı kategorilere ayırdıkları ve farklı bir işlem sıralaması yaptıkları bulunmuştur.

1980'li yıllarda da kişilerin belli bir alanda nasıl uzmanlaştıkları araştırılmaya başlanmıştır. Önceleri alıştırma yapmanın uzmanlaşmadaki rolü ele alınmış, ancak uzmanların belli bir sorunla karşılaştıklarında çözüme giden ara durumları zihinlerinde sıralayabildikleri, bunun için de belleklerini güçlendirdikleri ve çözümleri belleklerinde planlama yeteneği geliştirdikleri anlaşılmıştır (Kurt, 1996).

Sorun çözme ile ilgili programlar ise, 1960'lı yılların sonlarında ve 1970'li yılların başlarında klinik psikoloji ve psikiyatri bünyesinde gelişmeye başlamış olup, o

tarihlerden günümüze klinik ve danışma psikolojisi, psikiyatri ve sosyoloji bünyesinde sıkça ele alınmaya başlanmıştır (D’Zurilla, 1988).

Bir konuyla ilgili temel tanım ve kavramlar, o konu ile ilgili alınabilecek mesafe ve erişilebilecek hedefler konusunda yol gösterici olacaktır. Bilimsel olarak ele alınacak konunun kavramsal olarak diğer kuramsal ve kavramsal çerçeveler göz önüne alındığında nereye oturtulacağı ve yerinin neresi olacağı önemlidir. Onun için bu bölümde sorun çözme becerisinin temel tanım ve kavramları ele alınacaktır.

Temel tanım ve kavramların gözden geçirilmesinin, problem çözme becerisinin daha iyi anlaşılmasına yarayacağı ve yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda burada sorun çözme becerisinin, sorunun, çözümün ve sorun çözmenin ne olduğu üzerinde durulmaktadır.

Sorun Nedir?

Sorun çok değişik açılardan tanımlanabilir. Fakat önemli nokta herkesi ilgilendiren ve ortak sayılabilecek bir tanımın yapılıp yapılamayacağıdır. Bu yönde yapılabilecek bir tanım resmi olmalıdır. Türkçe’de sorun nasıl tanımlanmaktadır. Sorun, Türk Dil Kurumu (TDK, 2005) tarafından “Araştırılıp öğrenilmesi, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, problem” olarak tanımlanmaktadır.

Türk Dil Kurumunun tanımı irdelenecek olursa, sorunun üç yönünün olduğu görülür. Bunlardan ilkinde göre sorun, araştırılıp öğrenilmesi gereken bir durumdur. Örneğin, bir matematik problemi ile karşılaşan öğrenci, problemle ilgili bilgi sahibi olmalıdır. Öğrenci burada problemin gereklilikleri doğrultusunda araştırma yapmalı ve bilgi toplamalıdır. İkincisinde sorun, düşünülüp çözümlenmesi gereken bir durumdur. Burada sorunla karşılaşan kişi, onun hakkında düşünerek ne yapılması gerektiğini kestirebilmelidir. Birey, üzerinde düşünerek sorunu çözüme kavuşturacaktır. Sonuncusunda ise sorun, bir sonuca bağlanması gereken bir durumdur. Birey için halledilmemiş bir durum olan problem kendisinin belirleyeceği kişisel hedef ve amaçlar doğrultusunda çözüme kavuşturulması gereken bir durumdur (Eskin, 2006).

İnsanların karşılaştıkları sorunlar nelerdir? Ne tür durumlar insandan bir tepki gerektirmektedir? Konuyla ilgili alanyazın (literatür) ışığında insanların gündelik

yaşamda karşılaştıkları sorunların esas olarak dört grupta toplanabileceği görülmektedir:

1. Kişisel Sorunlar

Sağlık, davranışsal ve duygusal sorunlar kişisel sorunlardandır. Yaşamda gerek fiziksel gerekse ruh sağlığıyla ilgili sıkıntı ve sorun yaşamayan kimse yoktur. Onun için kişisel problemler belki de insanların karşılaştığı en yaygın sorunlardan biridir. Bu tür sorunları aşmak, çözmek yahut etkilerini azaltabilmek için birey çaba göstermektedir. Bireyin uyumu, söz konusu çabalarının başarısı oranında artmaktadır. Bu çabalar yetersiz veya başarısız ise kişisel sorunların hem etkileri hem de şiddetleri artmaktadır.

2. Kişilerarası Sorunlar

Yaşamın öğrettiği gerçeklerden birisi, onu güzel kılanın, sevdiğimiz insanlarla geçirdiğimiz anlar ve paylaşımlarımızdır. Yine yaşamın öğrettiklerinden bir başkası yaşamımızı güzel, yaşanılır ve anlamlı kılan insan ilişkilerinin aynı zamanda en büyük sorun kaynağı olduğudur. İnsan ilişkileri hem mutluluklarımızın hem de mutsuzluklarımızın kaynağıdır. Onun için yaşamda karşılaşılan sorunların en yaygınlarından birisi de kişilerarası ilişkilerden kaynaklanırlardır. Diğerleriyle olan ilişkilerin yol açtığı sorunlar kişisel sıkıntıların ortaya çıkmasına yol açabilir.

İnsanların diğer insanlarla yaşadığı problemlerin özelliklerini bilimsel olarak araştırmak için Horowitz (1979) psikoterapi almaya başlamak üzere olan 28 psikiyatri hastasının ilişkilerinde yaşadığı sorunları incelemiştir. Çok boyutlu ölçekleme yöntemini kullanan araştırmacı, kişilerarası problemlerin üç ana bilişsel özelliğinin olduğunu belirtmektedir. Söz konusu boyutlardan ilki, iki kişi arasındaki psikolojik yakınlıktır. Psikolojik yakınlık arttıkça iki insanın ilişkisel bir sorun yaşama olasılığı artmaktadır. İkincisi, iki kişi arasındaki psikolojik yakınlığın doğasıyla ilgilidir (örneğin dostça veya düşmanca). Üçüncü boyut ise kişinin diğer insanı etkileme, değiştirme veya kontrol etmeyle ilgili niyetidir. İkili bir ilişkide, birinin ötekini değiştirme veya kontrol etme niyetinin olduğunun diğeri tarafından algılanması bir sorunun ortaya çıkma olasılığını arttırır.

3. Kişisel Olmayan Sorunlar

Bu gruptaki sorunlar, görece çözümünü daha kolay sorunlardır. Çünkü bunlar genellikle iyi tanımlanmış sorunlardır. Örneğin, maddi sıkıntı, arabanın bozulması, evde yağın veya tüpün bitmesi gibi problemler bu kategoride değerlendirilmektedir. Başka bir deyişle bu grupta yer alan sorunlar dünyevi sorunlardır ve dünyevi çözümleri de daha kolaydır.

4. Toplumsal Sorunlar

İnsanın yaşamda karşılaştığı sorunlar, sayılan üç problem türünün dışında toplumsal olayları da kapsamaktadır. Örneğin, hepimizin gündelik yaşamda karşılaştığımız trafik ve eğitim sorunları gibi konular, toplumsal problemler kategorisinde ele alınmaktadır. Hem ruhsal hem de sosyal olarak bireyi etkilemesine rağmen toplumsal sorunların ele alınması ve çözümü uzun bir zaman dilimine gereksinim duyar. Doğası gereği bu tür sorunların çözümü kişisel değildir (Eskin, 2006).

Çözüm Nedir?

Sorun çözme becerisinin kaçınılmaz olarak ele almak zorunda olduğu kavramlardan birisi de çözüm kavramıdır. Çözüm, Türk Dil Kurumu (TDK, 2005) tarafından “Bir sorunun çözülmesinden alınan sonuç, hal” olarak tanımlanmaktadır. Çözüm ile sorunla ilgili kişinin yaptığı girişimlerden elde edilen sonuç kastedilmektedir. Buradaki önemli nokta sözü edilen girişimlerden elde edilen sonucun amaca uygunluğu ve niteliğidir. İşlemler sonucu varılan sonuç problem durumla ilgili kişinin amacına uygun mudur? Herhangi bir sorun durumla ilgili taraf veya taraflar problemin haline yönelik bir girişimde bulunmuş olabilirler. Fakat yaptıkları işlemlerin sonunda elde ettikleri sonuç elde etmek istedikleri sonuçla veya ulaşmak istedikleri amaçla uyumlu olmayabilir. İşlemler sonucu elde edilen sonuç amaca veya hedefe uygun olabilir ama nitelik olarak tatmin edici olmayabilir. Elde edilen sonucun çözüm olarak değerlendirilebilmesi için hem varılmak istenen noktaya kişiyi taşımış hem de bunun kişi için tatmin edici olması gerekir.

Buradaki kritik nokta, problem çözme süreci sonunda ortaya çıkan başatme davranışının etkili olup olmadığıdır. Etkili bir çözüm D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2004) tarafından “Sorun çözmenin amacına veya hedefine ulaşan ve olumlu sonuçları arttırarak olumsuz sonuçları azaltan bir durum” olarak

tanımlanmaktadır. Kişilerarası sorun durumlarla ilgili etkili bir çözüm D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2004) tarafından “Probleme taraf kişiler arasındaki anlaşmazlık veya çatışmayı halleden ve sorun durumla ilgili bütün taraflarca kabul edilebilir veya tatminkâr bulunan bir çözüm” olarak tanımlanmaktadır.

Sorun Çözme Nedir?

Sorun çözme nedir? Sorun çözme ile ne kastedilmektedir? Heppner ve Krauskopf (1987) tarafından ise sorun çözme “Kişinin kendisi ve çevresi kaynaklı gereklilik ve zorluklara uyum sağlayabilmesi için gerekli olan bilişsel ve duyuşsal işlemler silsilesi ve davranışsal tepkiler” olarak tanımlanmaktadır. Yazarlar sorun çözmeyi kişinin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal tepkilerinin düzenlenmesi olarak değerlendirmektedir. Sorun çözme, kişi için gerek kendisi ve gerekse çevresi tarafından oluşturulan taleplere uyum sağlamak için yapılan işlemlerin toplamı olarak ele alınmaktadır.

D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2004) ise sorun çözmeyi “Birey, çift veya bir grubun gündelik yaşamda karşılaştıkları sorunlara etkili çözüm yolları bulmak için giriştikleri amaç yönelimli bilişsel-davranışsal süreç” olarak tanımlamışlardır. Yazarlar sözü edilen bilişsel-davranışsal sorun çözme sürecinin iki önemli işlevinin olduğunu belirtmektedirler. Buna göre; bu süreç ilk olarak bir sorun için olası etkili çözüm yollarını ortaya çıkarır, ikinci olarak da olası çözüm seçenekleri arasından en etkili seçeneğin bulunup seçilmesi olasılığını arttırır. Yazarlar, sorun çözmeyi bilinçli, akılcı, çaba gerektiren ve amaç yönelimli bir etkinlik olarak görmektedirler.

Günlük yaşamımızda bir an yoktur ki; sorunla karşı karşıya kalmayalım. Birey yaşamının belli dönemlerinde, farklı şekillerde küçük veya büyük sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Böyle durumlarda insanlar farklı tepkilerde bulunmaktadır. Aynı sorunu birçok kişi farklı şekillerde çözme girişiminde bulunmakta, bazıları başarılı olurken bazıları başarısız olmaktadır. Bu noktada, kişinin sahip olduğu sorun çözme becerileri önemli bir yere sahiptir. Birçok çalışmada, sorun çözme becerileri iyi olan bireylerin dayanıklılıklarının da iyi olduğu saptanmıştır (Dumont, Provost, 1999; Klohn, 1996; Rouse, Ingersoll, Orr, 1998; Smokowski, Reynolds, Bezruczko, 1999). Bu yönüyle sorun çözme becerileri, önemli bir dayanıklılık göstergesidir.

Sorun çözmeye bir süreçtir. Birçok yazara göre sorun çözmeye bir amaca ulaşmak için bir durumun başka bir duruma dönüştürülmesidir. Kişi başlangıç durumundan amaca ulaşmaya çalışmaktadır. Başlangıç durum kişinin değişmesini-dönüşmesini istediği durumla ilgili dilek, istek ve arzularından oluşmaktadır. Amaca ulaşabilmesi için kişinin bir takım işlemler yapması gerekmektedir. Sorun çözmeye, kişinin problemle karşılaşmasından, onu çözüme kavuşturmasına kadar uzanan bir süreci kapsamaktadır. Westen (1999) söz konusu süreci üç aşamada tanımlamaktadır:

1. Başlangıç Durumu (Sorunla Karşılaşma)

İlk aşamada kişi, bir sorunla karşılaşmıştır ve kendine özgü tepkiler vermektedir. Sorunun zor veya kolay olup olmadığı ile ilgili değerlendirme yapmaktadır. Bu aşamada kişinin sorunu algılayıp algılayamaması kritiktir. Çünkü bazı kişiler gerçekte bir problemle karşılaşsa bile bunu değişik nedenlerle algılayamayabilir, görmeyebilirler. Görebilseler bile, bilinç düzeyinde, sorunun varlığını kabul etmeyebilirler. Kişinin sorunla karşılaştığı ilk anda onu algılayabilmesi ve benim bir sorunum var diyebilmesi önemlidir.

2. İşlem Durumu (Sorun Çözme İçin İşlemlerde Bulunma)

Kişi yaşadığı sorunu ortadan kaldırmak veya istediği şekilde bir çözüm bulabilmek için bir girişimde bulunur. Sorunla mücadele etme tarzı onu çözüme ya da daha çok karmaşaya götürebilir. Kişi burada sorunu çözmek, sorun durumu ortadan kaldırmak ve arzuladığı şeye veya duruma ulaşabilmek için bir takım işlemlerde bulunur. Bu işlemlerin neler olduğu sorunun türü ve doğasına bağlıdır.

3. İstenen Duruma Ulaşma (Sorunun Ortadan Kalkması)

Kişi, karşılaştığı sorunu doğru yöntemler ve stratejiler kullanarak çözmeyi başarmıştır. Artık ortada bir sorun yoktur. Arzulanan duruma ulaşmış olmayacağı kişinin doğru işlemleri seçip seçmediğine bağlıdır. Bu süreç yaşam boyu sürüp gidecektir. Yeryüzündeki insan türüne has yaşamın döngüsü, söz konusu bu üç aşamada kısaca özetlenebilir.

2.2.2. Sorun Çözmeye Kuramsal Yaklaşımlar

Bir dayanıklılık göstergesi olarak sorun çözmeye becerisi sadece insanlar için değil tüm canlılar için önemlidir. Canlı, yaşamın her evresinde değişik sorunlarla karşılaşmakta

ve karşılaştığı sorun durumları çözebildiği ölçüde yaşamda kalıp, yoluna devam etmektedir. Karşılaştığı sorunları istediği veya arzu ettiği şekilde çözemeyen biri ya yaşama şansını yitirmekte ya da yaşamda istemediği yerlere tutunarak hayata devam etmek zorunda kalmaktadır. Yaşamda istemediği yerlere tutunarak hayata devam etmek zorunda kalmak kişi için katlanılması gereken bazı ruhsal sıkıntılar anlamına gelmektedir.

Sorun çözüme alanyazını incelendiğinde genelde konuyla ilgili olarak öne çıkan en önemli yaklaşım, “Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli”dir (D’Zurilla, Goldfried, 1971; D’Zurilla, Nezu, Maydeu-Olivares, 2004). Model, bir sorun çözme süreci betimlemesi açısından önemlidir ve günümüz sorun çözme terapisi uygulamasını şekillendiren bir yaklaşımdır. Söz konusu model, insanın gündelik yaşamda karşılaştığı sorunları nasıl çözdüğü ve bu süreçte hangi etmenlerin rol oynadığı konularında ayrıntılı bir şablon sunmaktadır.

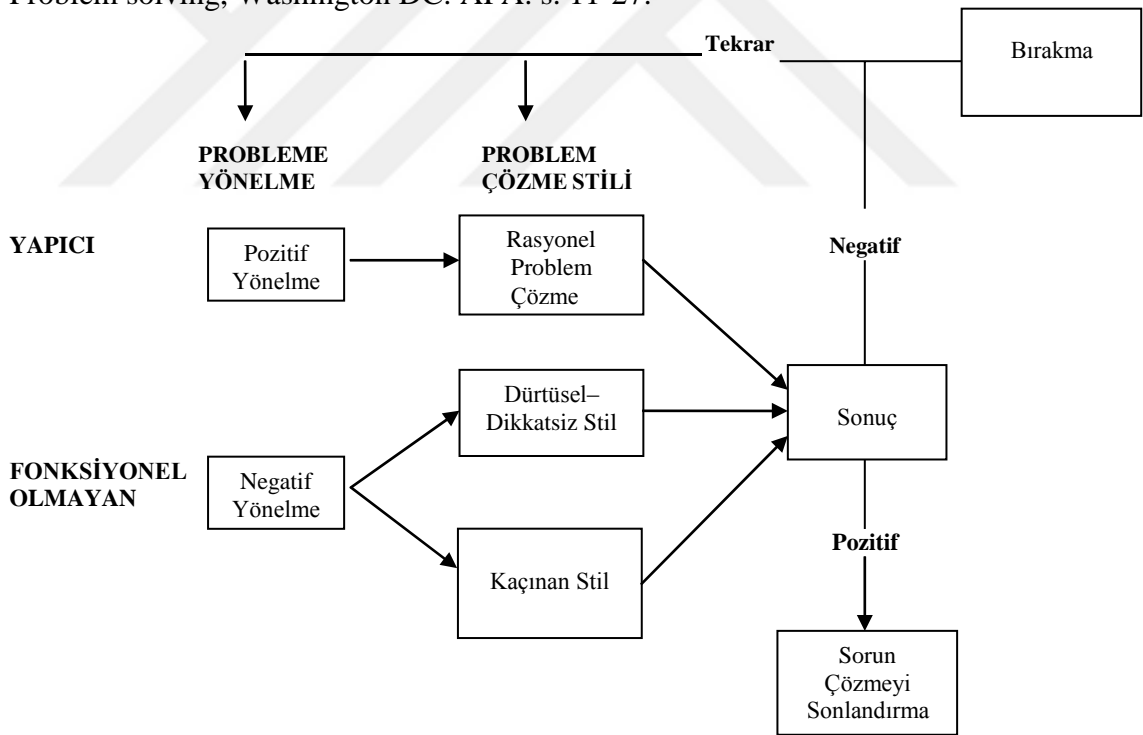
Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli

Sorun çözme sürecini bazı yazarlar sadece sorun çözme, bazıları ise sosyal sorun çözme olarak adlandırmaktadırlar. Nasıl adlandırılırsa adlandırılınsın sorun çözmenin temelinde yatan psikolojik süreçler değişmemektedir. Sorun çözmenin “sosyal” olarak nitelendirilmesi sorun çözmenin kişilerarası durumlara gönderme yapmasındandır. Bir sosyal sorun çözme süreç modeli öneren D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2004) sözü edilen sürecin bir takım unsurlarını betimlemektedir. D’Zurilla ve arkadaşlarının önerdiği “Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli” Şekil 1’de verilmektedir.

D’Zurilla ve arkadaşlarının anlattığı Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli’ne göre, kişinin ilk aşamada sorun durumla karşılaşması ve bireyde oluşan tepkiler önemlidir. Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli insanların bir problemle karşılaştıklarında gösterdikleri duyuşsal tepkileri sorun yönelimi olarak adlandırmaktadır. Model insanların problem durumla karşılaştıklarında oluşabilecek tepkilerinin yapıcı ve işlevsel olmayan tepkiler olmak üzere iki şekilde olabileceğini varsaymaktadır. Yapıcı tepkiler olumlu sorun yönelimi veya olumlu soruna yönelim olarak adlandırılırken işlevsel olmayan tepkiler olumsuz sorun yönelimi yahut olumsuz soruna yönelim olarak adlandırılmaktadır.

Model, insanların üç tür sorun çözme tarzı sergilediğini varsaymaktadır. Bunlar: (1) Dürtüsel-Dikkatsiz, (2) Kaçınan ve (3) Akılcı Sorun Çözme tarzlarıdır. İşlevsel olmayan Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme tarzı sergileyen kimseler, problemleri düşünmeden aceleyle ve akıllarına ilk gelen fikirler doğrultusunda çözüme kavuşturmayı istemekte ve bu yönde girişimlerde bulunmaktadır. Kaçınan Sorun Çözme tarzı da işlevsel olmayan bir tarzdır. Kaçınan Sorun Çözme tarzına sahip kimseler sorunlar ortaya çıktığında ya onları görmemekte ya da görseler bile konuyla ilgili bir adım atmamaktadırlar. Akılcı Sorun Çözme ise işlevsel bir problem çözme tarzıdır. Akılcı Sorun Çözme tarzını kullanan kimseler ise sorunlar ortaya çıktığında onları doğru ve net bir biçimde algılamakla ve belli bir sistem dâhilinde çözüm için gerekli adımları atabilmektedirler. Akılcı Sorun Çözmeyi kullanan kimselerin, sorunlarını çözüme kavuşturabilme şansları yüksektir.

Şekil 1. Sosyal Sorun Çözme Süreci. Kaynak: D’Zurilla ve ark. (2004). Social Problem solving, Washington DC: APA. s. 11-27.



Şekil 1’de tanımlanan Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli, üç problem çözme tarzının, bir takım sonuçlara yol açtığını varsaymaktadır. Kişinin hedeflerine bağlı olarak elde edilen sonuçlar olumlu veya olumsuz olabilir. Eğer elde edilen sonuçlar kişinin hedefleri doğrultusunda, onun sorunun çözümüyle ilgili elde etmek istediklerini karşılıyorsa problem çözme amacına ulaşmıştır. Bu durumda sorun

çözme süreci sonlandırılabilir ve varsa başka bir problemin çözümüne geçilebilir. Eğer elde edilen sonuçlar olumsuz ise kişi ya sorun çözme sürecini bırakabilir ya da geri dönerek uygun gördüğü basamaktan tekrar sorun çözme süreç döngüsünü başlatabilir. Bazı kimseler olumsuz sonuçla karşılaştıkları anda sorun çözme döngüsünü sonlandırarak problemi çözmekten vazgeçebilir. Olumsuz sonuçla karşılaşan bir kimse geri dönerek problem çözme sürecinin ya soruna yönelim ya da sorun çözme tarzı bölümlerinden tekrar başlayabilir.

Burada altı çizilmesi gereken nokta, Akılcı Sorun Çözmenin olumlu, Dürtüsel-Dikkatsiz ve Kaçınan Sorun Çözme tarzlarının ise olumsuz sonuç doğurması olasılığının görece daha yüksek olduğudur. Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli temel olarak iki unsurdan oluşmaktadır.

Sorun Yönelimi

Modele göre insanların herhangi bir sorun durumla karşılaştıklarında ilk yönelimleri veya soruna ilişkin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal tavırları önemlidir. Kişinin sorunlar karşısında takındığı tavra “sorun yönelimi” denmektedir. Buna göre, insanlar bir sorunla karşılaştıklarında genel olarak iki şekilde tepkide bulunabilirler. Bir sorunla karşılaştığında yapıcı bir tavır içinde olması kişinin soruna olumlu yaklaştığını gösterir. Yazarlar soruna karşı yapıcı bir tarzda yaklaşmayı “olumlu sorun yönelimi” olarak adlandırmaktadırlar. Bazı kimseler ise herhangi bir sorunla karşılaştıklarında işlevsel olmayan bir tarz içine girebilmektedirler. Yapıcı olmayan bu tarzı yazarlar, “olumsuz sorun yönelimi” olarak adlandırmaktadır. Birbiriyle yakından ilintili olan bu iki sorun yönelimi aşağıda kısaca ele alınmaktadır.

Sorun yönelimi, Nezu ve Nezu (2001) tarafından “kişinin sorunla karşılaştığı ilk anda gösterdiği bilişsel ve duyuşsal tepkilerini içeren güdüsel bir süreç” olarak tanımlanmaktadır. D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2004)’de sorun yönelimini “yaşamdaki sorunlar ve bu sorunları çözme konusundaki kişisel yetenekleri hakkındaki kişinin inançları, değerlendirmeleri ve duygularını yansıtan görece kalıcı bilişsel-duyuşsal şemaları içeren bir meta bilişsel süreç” olarak tanımlamaktadırlar. Her iki tanımın da ortak yanı, sorun yönelimini kişinin yaşamı boyunca geliştirdiği sorunlara ilişkin bilişlerini, duygularını ve inançlarını kapsamasıdır.

Sorun yöneliminde zaten kişi, söz konusu bilişler, duyuşlar ve inançlar sayesinde sorunlarla karşılaştığında belli bir yönde davranmaktadır. Bu davranımın doğası, sorun çözme sürecinin nasıl gelişeceği ve sonlanacağı konusunda belirleyici olmaktadır. Örneğin, sorunlar konusunda yapıcı bir yönelime veya yaklaşıma sahip birisi sorun çözme için gerekli çaba ve yetenekleri sergilemek konusunda başarılı olabilmektedir. Diğer taraftan sorunlar karşısında işlevsel olmayan bir yaklaşım tarzına sahip kimseler, ya sorunlarla karşılaşınca demoralize olmakta ya da işlevsel olmayan bu yaklaşım tarzı, sorunların çözümünde gereken sabır, sebat, gayret ve beceri sergileme konusunda kişiyi ketlemekte ve çözüm konusunda başarısız olmasına neden olmaktadır.

Burada sunulan Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli, insanların sorunlar karşısında sergiledikleri tutum, inanç, değerleri doğrultusunda farklı davrandıklarını belirtmektedir. Ana fikir, insanların sorunlar karşısında biri olumlu yahut işlevsel diğeri ise olumsuz yahut işlevsel olmayan olmak üzere iki tarzda davrandıklarıdır. Soruna yönelim olarak adlandırılan bu iki yaklaşım tarzı aşağıda daha ayrıntılı bir biçimde ele alınmaktadır.

Olumlu Sorun Yönelimi

Olumlu sorun yönelimi veya sorunlara olumlu yönelim olarak dilimize uyarlayabileceğimiz “positive problem orientation” kavramı kişinin sorunlar karşısında olumlu bir tutum içerisinde olduğunu anlatmak için kullanılmaktadır. Sorunlara olumlu yaklaşan ve/veya yönelen kimseler sorunları birer tehdit, yaşamda olmaması gereken unsurlar olarak görmek yerine sorunların kaçınılmazlığından hareketle onları birer fırsat olarak görme eğilimindedir.

Sorunlara olumlu yaklaşım, bireyin kendisi ve sorunlarla ilgili bilişlerini, tutumlarını ve inançlarını içermektedir. Değindiği gibi olumlu sorun yönelimi, sorunlar karşısında yapıcı bir tutumu temsil etmektedir. Sorunlara olumlu yaklaşan kimselerin, bir takım ortak özelliklerinin olduğu belirtilmektedir. Bu tür kimselerin her şeyden önce sorunları olmaması gereken birer unsur olarak görmek yerine, onları kendi yeteneklerini sergileyebileceği birer fırsat olarak gördüğü bildirilmektedir. Bu tür kimseler sorunlar karşısında kendi yeteneklerine güvenmekte ve kendilerinin sorunların üstesinden gelebileceğine inanmaktadırlar. Son olarak, sorunlara olumlu

yaklaşan biri sorunların sonucunu olumlu değerlendirmektedir. Bu kimseler sorunlar çözüldüğünde olumlu bir sonuç elde edileceğine inanmaktadırlar (Robichaud, Dugas, 2005a).

Sorunlara olumlu yönelen veya yaklaşan insanların bilişsel ve duyuşsal özellikleri nasıldır? Nezu ve Nezu (2001) ve D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2004) soruna olumlu yönelim gösteren kimselerin bir takım özelliklerinin olduğunu belirtmektedir:

1. Sorunları doğru bir biçimde algılayabilirler ve onları göz ardı etmezler.
2. Sorunları yaşamın bir parçası olarak görürler.
3. Sorunların nedenlerini doğru kaynaklara atfedebilirler.
4. Sorunu faydalanılacak olumlu bir şey olarak algırlar.
5. Sorunların çözülebilir olduğuna inanırlar.
6. Sorunları çözebilmek için yeteneklerinin yeterli olduğuna inanırlar.
7. Sorunların başarıyla çözümlenmesinin zaman ve çaba gerektirdiğinin bilincindedirler.
8. Sorunları çözme konusunda kararlıdırlar.

Olumsuz Sorun Yönelimi

Sorun çözme alanyazınında, üzerinde en çok durulan soruna yönelim, olumsuz sorun yönelimidir. Bunun böyle olmasının nedeni, soruna olumsuz yönelimin psikolojik uyumsuzluk göstergeleriyle olan güçlü ilişkisidir. Olumsuz sorun yönelimi, akademik başarısızlık, depresyon, intihar, stres, anksiyete ve evham gibi uyumsuzluk göstergeleriyle yakından ilişkili bulunmaktadır (Elliott, Shewchuk, 2003; Grant, Elliott, Weaver, Glandon, Raper, Giger, 2006; Jeglic, Sharp, Chapman, Brown, Beck, 2005; Kobichaud, Dugas, 2005b). Ayrıca, ruhsal ve bedensel sağlık sorunlarının azaltılmasında sorun çözme terapisinin rolünü inceleyen araştırmaları ele alan bir meta analiz çalışmasında Malouff, Thorsteinsson ve Schutte (2006), soruna yönelim tarzının önemini vurgulamaktadırlar. Yazarlar, meta analiz sonucu, sorun çözme terapisinin başarısını olumsuz soruna yönelim tarzının azaltılmasını hedefleyen terapötik-egitimsel girişimlerin olmasına bağlamaktadırlar.

Güdüsel bir boyut olan olumsuz sorun yönelimi, kişinin genellenmiş geçmiş deneyimlerine dayanmaktadır. Bu tür deneyimler doğrultusunda bazı kimseler, sorunlar karşısında bir takım davranışsal ve güdüsel özellikler sergilemektedirler. Sorunlara olumsuz yaklaşan-yönelen kimselerin bilişsel, güdüsel ve davranışsal özellikleri nasıldır? Başka bir deyişle olumsuz sorun yönelimine sahip kimseler, sorunlar karşısında ne tür bir tavır takınmaktadır? Olumsuz sorun yöneliminin yukarıdaki paragrafta ele alınan uyumsuzluk göstergeleriyle olan ilişkisi göz önüne alındığında, böyle bir soruna yönelim tarzına sahip kimselerin bilişsel, davranışsal ve güdüsel özelliklerinin bilinmesi, gerek kuramsal gerekse uygulama açısından son derece önemlidir.

Adından da anlaşılacağı gibi olumsuz sorun yönelimi, sorunların çözümü veya halli konusunda işlevsel değildir. Sorunlara olumsuz yaklaşan kimselerin ortak özellikleri nelerdir? Nezu ve Nezu (2001) ve D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2004) olumsuz soruna yönelim tarzına sahip kimselerin bir takım özelliklerinin olduğunu belirtmektedir:

1. Sorunların nedenlerini, yanlış olarak, ya kendilerine ya da başkalarına atfederler.
2. Sorunlar ortaya çıktığında onları göremez veya görmezlikten gelirler.
3. Sorunları birer tehdit olarak algırlar.
4. Sorunların çözümünün çok zor olduğu yönünde bir beklentileri vardır.
5. Sorunların çözümü konusunda kendi yeteneklerine ilişkin şüpheleri vardır.
6. Sorunlar ortaya çıktığında kendilerini hüsrana uğramış ve tedirgin hissederler.

Olumsuz sorun yönelimine sahip kimselerin sayılan özellikleri göz önüne alındığında bir insanın herhangi bir sorun durumla karşılaştığında takınacağı tavır ve davranışların ne kadar önemli olabileceği kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. İnsanların bir sorun durumla karşılaştıklarında yaptığı şeyler ve takınacağı tavır, durumun ne şekilde sonlanacağına bir habercisidir. Başka bir deyişle kişinin sorun karşısındaki gösterdiği ilk tepkinin doğası, sonucun ne olacağı konusunda bilgi vermektedir. Örneğin sorunlarla karşılaştığında onları görmezden gelen birinin veya yapacağı hareketin nereye varacağını düşünmeden, bodoslama atlayan birinin, sorun durumla ilgili amaçlarına ulaşabilmesine ilişkin beklentisi gerçekçi olmaz. Sorunlara,

onların gerektirdiği şekilde yaklaşmayan bir kimse, sorunun galibi olacağı yerde mağlubu olmaya mahkûmdur.

Sorun Çözme Tarzları

İnsanların bir sorunla karşılaştıklarında gösterdikleri tavır ve girişimlerinin sonuç açısından önemli olduğunu gördükten sonra şöyle bir soru sorulabilir: İnsanlar, sorunla karşılaştıklarında sergiledikleri tavır ve davranışlar nasıl olmaktadır? Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli'ne göre, insanların bir sorunla karşılaştığında, sorunlu duruma karşı sergiledikleri üç tür tavır ve davranışın olduğundan bahsedilebilmektedir:

1. Kaçınan Sorun Çözme Tarzı.
2. Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı.
3. Akılcı (Rasyonel) Sorun Çözme Tarzı.

Sorun çözme tarzları, bireylerin bir sorun durumla karşılaştıklarında yaptıkları davranışsal özelliklerdir. Bu tür davranışsal özelliklerin bilinmesi, hem teorik hem de uygulama için önemlidir. Kuramsal açıdan önemlidir, çünkü insanın sorun çözme özellikleri bilimsel olarak anlaşılmalı olacaktır. Uygulama açısından önemlidir, çünkü sorun çözümede sorun yaşayan ve uyumu azalmış kimselere yardım etmede işlevsel olmayan sorun çözme tarzlarının azaltılarak, işlevsel olanının öğretilmesi yapılabilir. Sorun çözme sağaltımının ana hedefi de zaten budur (Eskin, 2006)

1. Kaçınan Sorun Çözme Tarzı

Kaçınan sorun çözme tarzı, işlevsel olmayan bir tarzdır. Bazı insanlar herhangi bir sorun durumla karşılaştıklarında hiçbir şey yapmazlar. Adeta sorun yokmuş gibi davranırlar veya onları ilgilendirmeyen bir durummuş gibi tavır sergilerler. Bu tür kimseler, sorunla karşılaştıklarında erteleme, pasiflik, hareketsizlik ve bağımlılık türünde davranışlar sergilerler. Sorunla karşılaştığında, kaçınan sorun çözme tarzına sahip kimseler, problemlerle yüzleşmek ve gerekenleri yapmak yerine onları görmezlikten gelmeyi yeğlerler. Bu tür kimselere bir problemle karşılaştığında başını kuma gömenler demek daha doğru bir nitelemedir.

Kaçınan tarzda sorun çözmeyi bir alışkanlık haline getirmiş olan kimselerin, bir takım davranışsal özellikleri vardır. Bu tür kimseler sorumluluk almaktan kaçınırlar ve sorumluluk almak istemezler. Onun için kişi karşılaştığı sorunu çözme

sorumluluğunu başkalarına yükler. Problemlerden kaçınan kimseler ertelemeyi severler. Bu kimseler sorunları ele almayı, halletmeyi, bir çözüme kavuşturmayı bıçak kemiğe dayanıncaya kadar ertelerler. Kaçınan problem çözme tarzına sahip kimseler bir yerde sorunların kendi kendisine çözülmesini beklemektedir.

Üzerinde düşünülmesi gereken nokta, kaçınan tarz sorun çözme tarzına sahip kimselerin neden böyle davrandığıdır. Neden karşılaştığı sorunları kişi görmezlikten gelmektedir? Gerçekten görmezlikten mi gelmekte yoksa gerçekten görememekte midir? Bu soruların gerçek yanıtlarını bulabilmek klinisyenin görevidir. İyi bir klinik değerlendirme ile bu ve benzeri soruların cevabı bulunabilir. Eğer kişi karşılaştığı sorunları görmezlikten geliyorsa bir takım bilinç dışı mekanizmaların varlığından söz edilebilir. Örneğin, problemleri görmezlikten gelen biri savunma mekanizmalarını kullanıyor olabilir. Ya da bir takım bilişsel çarpıtmalar işin içinde olabilir.

Bir başka açıdan karşılaştığı problemleri görmeyen bir kimse, gerçekçi bir şekilde davranıyor olabilir. Sorun çözme becerilerinin yeterli olmadığını ve gerçekçi bir şekilde o sorunu çözemeyeceğine inanan bir kimse karşılaştığı sorunlar konusunda nasıl olsa bir şey yapamayacağını düşünerek göz ardı edebilir. Başka bir anlatımla kişinin kaçınması haklı gerekçelere dayanıyor olabilir. Söz konusu haklı gerekçelerin neler olduğu ve nasıl işlediğinin ortaya çıkarılması klinisyenin görevidir.

2. Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı

Tıpkı kaçınan sorun çözme tarzı gibi dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı da işlevsel olmayan bir stildir. Aktif bir stil olmasına rağmen, bu tür sorun çözme tarzının dürtüsel, dikkatsiz ve aceleci bir yapıya sahip olduğu bildirilmektedir. Bu kişiler sadece birkaç çözüm tekniğini bilmektedirler. Sistemik olmayan tarzda alternatifleri ve sonuçları gözden geçirirler. Ve çok az bilgi ile karşılaştıkları sorunu çözmeye çalışırlar. Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı deyim yerindeyse çalakalem yapılan bir sorun çözme çabasıdır. Onun için bu tür bir tarzda ulaşılmaya çalışılan çözümün her zaman tam ve düzgün olmayacağı açıktır. Tam ve düzgün olmamasının yanı sıra bu tarzla elde edilecek çözümler kişi için yeni sorunlar olarak ortaya çıkabilecektir. Başka bir anlatımla, bu tarzla elde edilecek çözümlerin kendileri birer problem olacaktır.

Nezu ve Nezu (2001) dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzını kullanan kimselerin, bir takım davranışsal özelliklerinin olduğundan bahsetmektedirler. Buna göre bu tarz bir sorun çözme stratejisini kullanan kişiler problemlere çözüm ararken sadece bir veya birkaç çözümün üzerinde odaklanır ve akıllarına ilk gelen düşünceyle hareket ederler. Çözüm seçeneklerini ve olası sonuçlarını üstün körü değerlendirir ve sistematik bir değerlendirmeye tabi tutmazlar. Bu tür kimseler kullandıkları çözüm seçeneklerinin sonuçlarını dikkatlice izlemez ve değerlendirmezler. Dolayısıyla böyle bir tarzda sorunlarını çözmeye çalışan kimseler sorun çözme süreçleriyle ilgili üst-bilişsel yetilerini geliştiremezler. Başka bir anlatımla, bu tür kimseler, yaptıkları hatalar ve yanlışlar konusunda bilgi sahibi olmadıkları için, her zaman böyle işlevsel olmayan bir sorun çözme tarzını kullanmaya mahkûm gibi görünmektedir. Ayrıca, dürtüsel-dikkatsiz problem çözme tarzını kullanan kimselerin belirsizlik, huzursuzluk veya olumsuz duygulara tahammül etme eşiklerinin düşük bireyler olduğu belirtilmektedir.

Tahmin edileceği gibi dürtüsel-dikkatsiz problem çözme tarzında dürtüsellik anahtar bir role sahiptir. Peki, dürtüsellik nedir ve dürtüsel olan insanların özellikleri nelerdir? Böyle bir tarzı sorunlarını halletmek ve arzuladıkları sonuçlara ulaşmak için, kullanan kimselerin bir özelliği olarak dürtüsellliği nasıl anlayabiliriz? Anlaşılacağı üzere dürtüsellüğün kavramsal düzeyde anlaşılması hem bu tür bir sorun çözme tarzını kullanan kimselerin anlaşılması, hem de bu tür durumlarda uygulanabilecek yardım stratejilerinin tasarlanıp uygulanması için önemlidir.

Dürtüsellliği kabaca “düşünmeden hareket etme” olarak tanımlayabiliriz. Dürtüsel terimi ile bu yönde özelliği olan bir kimsenin dürtülerini kontrol edemediği yahut zorlandığı anlatılmaya çalışılmaktadır. Düşünmeden hareket edildiği andan itibaren insanın ne tür sorunlar yaşayabileceğini hayal edebilmek zor olmasa gerek. Onun için dürtülerini kontrol edemeyen kişilerin, bir takım ruhsal ve ilişkisel sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Dürtü kontrol sorunu bazı psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında nedensel bir öneme sahiptir. Örneğin, Amerikan Psikiyatri Birliğinin Sınıflandırma sistemi olan DSM-5’de (APA, 2013); karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, kleptomani (çalma hastalığı) ve piromani (yangın çıkarma hastalığı) gibi psikiyatrik rahatsızlıklar, dürtü kontrol bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır.

Ayrıca dürtü kontrolü sorununun sınırdaki ve histeriyonik kişilik bozukluğu gibi kişilik bozukluklarının da önemli bir özelliği olduğu bilinmektedir.

Dürtülerini kontrol edemeyen ve onların yönlendirmesi doğrultusunda hareket eden kimselerin davranışsal özellikleri nelerdir? Dürtü kontrol sorunu yaşayan biri, herhangi bir sorunla karşılaştığında, kızgınlık ve öfkesini kontrol edemez. Kızgınlık ve öfke gibi güçlü duyguları kontrol edemeyen birinin sosyal ortamlarda büyük sıkıntılar yaşayacağı su götürmez bir gerçektir. Dürtü kontrol sorunu olan bir kimse davranışları üzerindeki kontrolünü kaybetmiş demektir. İçinden gelen istek ve dürtüler doğrultusunda hareket eder. Normal koşullarda sağlıklı davranış, kişinin hareket etmeden evvel yapacağı davranışın sonuçlarını, getirisini ve götürüşünü değerlendirmeyi gerektirir. Dürtüsel hareket eden kimse, davranışlarının, kendisine ve başkalarına vereceği zararlı etkileri düşünemez.

Dürtüsellik, tek bir özellik olarak ifade edilebilecek bir durum değildir. Dürtüsellik, farklı özelliklerin bir araya gelmesiyle oluşan, bir hastalık tablosu yahut davranış örüntüsü olarak niteleyebiliriz. Literatürde dürtüsellik özelliklerini inceleyen araştırmacılar, bazı nitelermelerin varlığından bahsetmektedirler. Kabaca “düşünmeden hareket etme” olarak tanımlanan dürtüsellik dört unsurdan oluştuğu belirtilmektedir (Carlton, Manowitz 1987; Carlton, Goldstein 1987; White, Moffitt, Caspi, 1994). Bu unsurlar:

Sabırsızlık

Dürtüsel davranan kimseler, ödüle karşı aşırı duyarlılık ve ödülü anında isteme gibi bir özelliğe sahiptirler. Dürtüsel olan kimselerin ödül duyarlı ve ödüle karşı olan isteklerini ertelemede sıkıntı çektikleri bilinmektedir. Bu tür kimseler ödülü istedikleri anda elde etmeyi istemekte ve bundan vazgeçememektedirler. İsteklerini erteleyemedikleri için dürtüsel kimseler bu özelliklerinin bedelini daha fazla sorun yaşayarak öderler.

Acelecilik

Acelecilik, olumsuz sonuçlarını düşünmeden, acele davranma eğilimidir. İstek ve arzularını ertelemekte zorluk çeken dürtüsel kimseler, bir yerde, içlerinden gelen dürtülerinin esiri olarak hareket etmektedir.

Cezaya karşı duyarsızlık

Kişi davranışlarının sonuçlarını düşünmeden, sadece ödül için hareket etmesi sebebiyle, cezalara aldırılmaz. Bu tür kişiler için cezaların pek anlamı yoktur. Onlar sadece ve sadece elde etmek istedikleri şeyin peşindedir. Hareketlerinin sonuçlarını düşünemedikleri ve yalnızca arzuladıkları şeye odaklandıkları için cezayı ve cezanın getirisini düşünmeye vakitleri yoktur. Böyle bir davranım tarzı, kişi için daha fazla sorun anlamına gelmektedir.

Kontrol eksikliği

Kişiyi olumsuz sonuçları olabilecek davranışları yapmaktan alıkoyan, kontrol mekanizmasındaki eksikliklerdir. Dürtüsel kimseler, istek ve arzuları (dürtüleri) doğrultusunda yapacakları hareketleri ve bu yöndeki eğilimlerini kontrol edememektedirler. Onun için aceleyle karar vermekte ve iyi düşünmeden kendilerini bir takım eylemlerin içinde bulmaktadırlar. Bu tür bir hareket tarzı, kuşkusuz hem kişinin kendisi hem de çevresi için yeni sorunlar ve uyumunu güçleştirici zorluklar demektir.

Yukarıda tanımlanan özellikler, akılcı (rasyonel) sorun çözmeyle taban tabana zıttır. Örneğin, sabırsızlık, acelecilik cezaya duyarsızlık ve kontrol eksikliği gibi dürtüsellik özelliklerinin çoğu, aslında karşılaştığı problemleri dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzını kullanarak çözme eğiliminde olan kimselerin ortak özelliğidir.

4. Akılcı (Rasyonel) Sorun Çözme Tarzı

Akılcı sorun çözme tarzını kullanan kimseler, herhangi bir sorunla karşılaştıklarında problem çözmenin basamaklarını doğru bir şekilde değerlendirerek çözüme ulaştıracak stratejiyi belirleme, uygulama ve değerlendirme becerisine sahiptirler. Bu özelliklere sahip olan bireyler karşılaştıkları sorunları diğer iki stile göre daha kolay ve sağlıklı bir biçimde çözerler. Akılcı sorun çözme tarzında birey problemleri çözerken bir takım işlem basamaklarını gerçekleştirmektedir.

Akılcı sorun çözme tarzını kullanan kimseler, karşılaştıkları sorunları amaç yönelimli ve sistemli bir biçimde problem çözme ilke ve tekniklerini kullanarak çözmeyi tercih ederler. Sorunların çözümü konusunda akılcı bir tarz sergileyen kimseler, işlevsel ve sonuç alıcı bir tarzı kullanmaktadırlar. Bu da onların işlevselliklerini artırmaktadır.

D'Zurilla ve arkadaşları tarafından önerilen; Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeline göre, problemleri akılcı bir tarzda çözebilmek için insanlar dört ana sorun çözme beceri türünü kullanmaktadır. Sözü edilen bu beceri türleri aynı zamanda, sorun çözme sürecinin basamakları olarak da adlandırılmaktadır:

1. Sorunu Tanımlama ve Formüle Etme

Burada kişi, sorununun veya sorunlarının neler olduğunu tanımlanmakta ve tanınmaya çalışılmaktadır. Sorunun ne olduğunun tanımlanması ve formüle edilmesi kişiyi çözüme yaklaştıran ana adımlardan birisidir. Onun için, sosyal sorun çözme modelinde betimlenen akılcı problem çözümede ilk basamak sorunun tanımlanmasıdır.

2. Olası Çözüm Seçeneklerini Üretme

Kişi, karşılaştığı sorunları arzu ettiği şekilde bir çözüme kavuşturabilmesi için, sorunun ne olduğunu tanımladıktan sonra sorunun haline yönelik olası çözüm alternatiflerini üretebilmelidir. Herhangi bir sorunun çözümüne yönelik olası çözüm seçeneklerinin belirlenmesi veya üretilmesi olarak bilinen bu aşama sorun çözme sürecinin hayati kısımlarından biridir.

3. En İyi Çözüm Seçeneğini Seçme (Karar Verme)

Sorunu tanımlayıp, çözümü yönünde olası çözüm seçenekleri üretildikten sonra sıra, üretilen çözüm seçeneklerinden en uygun olanının seçilmesine gelmektedir. Burada verilecek karar son derece hayati ve bütün bir problem çözme sürecini etkileyebilecek niteliktedir. Bu aşamada sağlıklı verilmiş bir karar, süreci olumlu yönde etkileyip problemin çözümüne katkıda bulunurken sağlıklı verilmemiş bir karar, sorun çözme sürecinin başarısını gölgeleyerek problemin çözümünü olanaksız hale getirebilir.

4. Seçilen Çözüm Seçeneğini Uygulama ve Değerlendirme

Buraya kadar kişi, bir karar vermiş ve problemin çözümüne yönelik olası çözüm seçeneklerinden birini, belli ölçütleri kullanarak seçmiştir. En son aşamada ise kişi seçtiği çözüm seçeneğini uygulamaya dökmek için çaba sarfeder. Seçtiği çözümü, hayata geçirmeye çalışır. Çözüm seçeneğini uygulamaya başladıktan sonra birey, bir yandan da, ortaya çıkan durumu kendi hedefleri doğrultusunda değerlendirir. Bu

değerlendirmenin sonucuna göre, ya sorun çözme sürecini sonlandırır ya da problem çözme başarısız olmuşsa başarısızlığın nedenlerini bulmaya çalışır ve süreci uygun yerden yeniden başlatır. Lüzumu halinde ise süreç, kişi için önemli olan diğer sorunların çözümü için yeniden başlatılır.

2.2.3. Sorun Çözme ve Ruhsal Sorunlar

Yapılan çalışmalar, psikiyatrik sorunlarından dolayı yatarak tedavi gören kimselerin, sorun çözme becerileri düzeylerinde yetersizlikler yaşadıklarını göstermektedir (Coche, Flick, 1975; Platt, Spivack, 1972; Platt, Siegel, Spivack 1975). Sorunları çözebilen yahut çözebileceğini hisseden veya düşünen kimseler, genelde böyle düşünmeyen veya hissetmeyen kimselerden daha az ruhsal sorun yaşadığını belirtmektedir. Örneğin bir çalışmada Nezu (1985) etkili problem çözebilen kimselerle, sorun çözmede etkili olamayan kimseleri karşılaştırmış ve etkili problem çözebilenlerin daha az psikolojik sıkıntı yaşadığını bulmuştur.

Bir psikolojik kurgu olarak sorun çözme, psikolojik sıkıntılarının nedenlerini anlamada önemli bir kavramsal çerçeve sunmaktadır. Kavramın sunduğu bu çerçeve, birçok ruhsal rahatsızlığın anlaşılmasında işe yaramakta ve bir nedensellik çıkarsamasında bulunabilmemizi olanaklı kılmaktadır. Sunduğu etiyolojik kavramsal çerçevenin yanı sıra, sorun çözme kavramı, ruhsal sıkıntılarının aşılmasında veya çözümlenmesinde de kullanılabilecek bir araçsal yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Aşağıda, sorun çözme ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki irdelenmektedir. Burada psikolojik rahatsızlıkların gelişinde ve sürdürülmesinde, sorun çözme becerilerinin yeri ele alınmakta ve görgül araştırma bulguları ışığında konu aydınlığa kavuşturulmaya çalışılmaktadır.

Sorun Çözme ve Depresyon

Günümüzde depresyon, modern toplumları etkileyen en önemli ruh sağlığı sorunlarından biridir. Neden olduğu kişisel mutsuzluk ve kayıplar göz önüne alındığında, depresyonun nasıl ortaya çıktığının anlaşılmasının ne kadar önemli olduğu kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Nezu (1987), depresyonu bir sorun çözme beceri eksikliğinin neden olduğu bir durum olarak ele alan bir model önermiştir. Model, yaşamda sorun durumlarla karşılaşan herkesin depresyona yakalanmadığı

gerçeğinden hareketle insanların depresyon geliştirmelerindeki temel etken olarak karşılaşılan sorunlar veya olumsuz yaşam olayları karşısında etkili sorun çözme becerilerine sahip olmamalarını göstermektedir. Kişi eğer, sorunlarla etkili bir biçimde başetme veya onları etkili çözme becerilerine sahipse, problemler veya kötü olaylarla karşılaşmasında depresyon geliştirmeyecektir.

Sorun çözme becerisi ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen görgül çalışmaların yer aldđđı alanyazın giderek büyümetedir. Örneğin Gotlib ve Asarnow (1979), üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada, depresyon ölçeği üzerinde yüksek puan alanlarla, düşük puan alanların problem çözme beceri düzeylerini karşılaştırmışlardır. Araştırmacılar depresyon puanları yüksek olan öğrencilerin kişilerarası sorun çözme beceri düzeylerinin depresyon puanı düşük olanlarınkinden daha düşük olduğunu saptamışlardır. Başka bir çalışmada da Nezu (1987) ergenlerde, depresyon ve sorun çözme becerisi arasında güçlü bir ilişkinin varlığını tespit etmişlerdir. Çalışmalarda kişilerarası düşük sorun çözme becerisi ile yüksek depresyon arasında ilişki gösterilmektedir. Tüm bu çalışmalar, insanların sorun çözme beceri düzeyleri arttıka, depresyonlu olma olasılıklarının azaldđđına işaret etmektedir.

Depresyon ile sorun çözme becerileri arasındaki ilişkiyi konu alan çalışmalar, hem kabarık sayıda hem de gerek kullanılan yöntemsel yaklaşımlar gerekse ölçüm araçlarının zenginliği bakımından dikkat çekicidir. Alışılmış depresyon ölçüm araçlarının yanı sıra, bazı araştırmacılar kişilik değerlendirmesinde kullanılan ölçüm araçlarını kullanmışlardır. Böyle bir çalışmada Heppner ve Anderson (1985), Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin (MMPI) depresyon alt ölçek puanlarını kullanmışlardır. Araştırmacılar, etkisiz sorun çözme becerisi olan kimselerin, MMPI depresyon alt ölçek puanlarının yüksek olduğunu saptamışlardır. Klinik örnekleme çalışan Nezu (1986) yaptığı bir çalışmada, depresyon ve sorun çözme eksikliği arasında güçlü bir ilişki saptamıştır.

İnsanların çevrelerine ve yaşam evrelerinin getirdiği değişimlere uyum sağlayabilmeleri için, farklılıkların ve değişimlerin yarattđđı taleplerle baş edebilmeleri gerekmektedir. Sorun çözme becerileri, insanların uyumu için gerekli talepleri karşılayabilecek en iyi başetme stratejilerindedir. Sosyal sorun çözme

becerisi iyi olan bireyler, günlük hayatta karşılaşılan sorunlu durumlarla başetmede, sosyal sorun çözme becerisi düşük olanlara göre daha başarılılardır. Sosyal sorun çözme becerisi, etkili alternatif çözümler üretebilmeyi sağlar, bu da genel sosyal yeteneğin sürmesini ve iyi düzeyde olmasını sağlar (Nezu, 1987). Tahmin edilebileceği, gibi yeterli sorun çözme beceri düzeyine sahip kimselerin, depresyonun tuzağına düşme olasılıkları, bu tür becerileri yetersiz olanlarınkinden daha düşüktür.

Hal böyle olunca, depresyon gibi yıkıcı sonuçları olabilecek bir rahatsızlıkta sorun çözme becerilerinin rolünü araştıran çalışmalar daha fazla yapılmaya başlanmıştır. Örneğin Printz ve Shermis (1999) ergenlik dönemindeki olumsuz deneyimlerle ortaya çıkan stresli yaşantılara uyumda, sosyal destek ve sosyal sorun çözmenin rolünü araştırmak için üniversite öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada, yeterli sorun çözme becerilerine sahip gençlerin depresyona yakalanma olasılıklarının düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Diğer taraftan Marcotte ve Alain (1999) lise öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada yeterli sorun çözme becerisi olan gençlerin Beck Depresyon Ölçeğinden (BDÖ) düşük puan sorun çözme becerisi yetersiz olan gençlerin ise yüksek puan aldıklarını saptamışlardır. Dixon ve Heppner (1993) üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada, etkili olmayan sorun çözme becerisine sahip öğrencilerde, depresif semptomların hem daha şiddetli hem de daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Gotlib ve Asarnow (1979) ise depresyonu olan ve olmayan üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada depresyonlu grubun sorun çözme becerilerinin depresyonsuz olanlarınkinden daha yetersiz olduğunu saptamışlardır. Hong Konglu gençlerle yaptıkları bir çalışmada Siu ve Shek (2005) sorun çözme becerisi yüksek olanların düşük olanlardan psikolojik olarak daha sağlıklı olduklarını ve ebeveynleriyle daha az çatışma yaşadıklarını göstermişlerdir. Ülkemiz ergenleriyle yaptıkları çalışmada Eskin, Ertekin, Harlak ve Dereboy (2008) yetersiz sorun çözme becerisinin depresyon için bir risk etmeni olduğunu tespit etmişlerdir.

Başka bir çalışmada Fossati ve Ergis, (2001) majör depresyon tanısıyla psikiyatri servisinde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada, söz konusu hasta grubunun sorun çözme beceri düzeylerinin yetersiz olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde antidepresan ilaç tedavisi alan 20 depresyon hastası ile yapılan bir çalışmada, bu

hastaların sorun çözme beceri düzeylerinde yetersizlikler olduğu tespit edilmiştir (Garland, Harrington 2000).

Bir başka çalışmada; Cannon ve Mulroy (1999) ayaktan tedavi edilen 138 hastayla yaptıkları çalışmada, depresyonda görülen umutsuzlukla sorun çözme becerisi arasındaki ilişkiyi araştırmışlar. Sorun çözme becerisi ne kadar düşükse, yaşanan umutsuzlukta o kadar fazla olduğunu saptamışlardır. Watkins ve Baracaia (2002) 32 depresif, 26 iyileşmiş (remisyondaki) ve 26 hiç depresyon yaşamamış bireylerin sorun çözme becerilerini incelediklerinde, hâlihazırda depresyon yaşamakta olan bireylerde, depresif olmayan ve depresyonu düzelmiş kişilere oranla daha düşük sorun çözme becerisi düzeyleri saptamışlardır.

Bütün bu çalışma bulguları göz önünde bulundurulduğunda, sorun çözme becerisi ve depresyon arasında ne kadar yüksek bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu noktada sorulacak soru depresyon yaşayan kişilerin sorun çözme becerilerini artırarak depresyon düzeylerinin azaltılıp azaltılamayacağıdır?

Sorun Çözme ve İntihar

İntihar kişinin çözümsüz diye algıladığı bir olay yahut durum karşısında kendini öldürmeyi bir çözüm olarak görmesi sonucu başvurduğu bir davranıştır. Bu davranışı sergileyen kimselerin sorun çözme becerilerinin zayıf olduğu, konuyla ilgili çalışmaların ortak bulgularındandır. Yeterli sorun çözme becerisine sahip olmama, bu tür kimseler arasında önemli bir bilişsel risk etmeni olarak karşımıza çıkmaktadır. İntihar davranışı sergileyen kimselerin sorun çözme becerileri açısından yetersiz oldukları görülmüştür (Levenson, Neuringer, 1971; Rotheram-Borus, Trautman, Dopkins ve ark., 1990; Schotte, Clum, 1987; Weishaar, 1996). Sorun çözme beceri düzeyi intihar girişimlerini yinelemeyle de ilişkili bulunmuştur. Bir çalışmada McAuliffe, Keeley ve Corcoran (2002), birden fazla intihar girişiminde bulunan kimselerin yalnız bir girişimde bulunanlardan daha düşük problem çözme becerisine sahip olduklarını göstermişlerdir.

Bir sorunun çözümü, bireyin problemle ilgili farklı seçenekleri göz önüne alarak, değişik çözüm şekilleri arasında bilişsel geçişleri yaparak, yaratıcı çözümler üretebilmesini gerektirir. İntihar girişiminde bulunan kimseler, karşılaştıkları

sorunlarla ilgili olarak değişik çözümleri üretmemektedirler (Platt, Siegel, Spivack 1975). Bu tür kişiler, karşılaştıkları sorunlar karşısında değişik çözüm seçeneklerini görememektedir.

Bilişsel katılık (cognitive rigidity), intihar davranışı sergileyen kişilerin ortak bilişsel özelliğidir. Bilişsel katılık gösteren kişiler, herhangi bir sorunun çözümü için gerekli olan esnekliğe sahip değildirler. Böyle olunca da kişi karşılaştığı sorunlar karşısında çözümsüz kalarak umutsuzluğa düşer. Yaratıcı sorun çözme ve intihar düşünceleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Mraz ve Runco (1994), sorun çözmede hem yaratıcılığın hem de esnekliğin önemine işaret etmektedir. İntihar davranışının açıklanmasında önemli bir yere sahip olan sorun çözme becerileri eksikliği görüşünün ana çıkış noktası, sözü edilen bu bilişsel katılıktır. Kişinin yaşamda karşılaştığı zorluklar, bilişsel katılık ve sorun çözme beceri yetersizlikleriyle etkileşim halindedir.

Yetersiz sorun çözme becerisi sergileyen kimse, bir problem durumla karşılaştığında, içinde bulunduğu sorunun çözümüne yarayacak alternatif çözüm şekilleri üretmez. Karşılaştığı sorunu çözmek için değişik çözüm önerileri getiremeyen kişi çözümsüzlükle birlikte umutsuzluğa düşer. Yaşadığı umutsuzluk düzeyi arttıkça, kişi depresyona daha yatkın hale gelir ve en sonunda da kendi yaşamına son verecek davranışlara yeltenebilir (Clum, Patsiokas, Luscomb 1979; Schotte, Clum, 1987). Bilişsel katılık sonucu ortaya çıkan yetersiz sorun çözme becerisi, kişiyi intihara yatkınlaştırıcı bir etmendir. Sorun çözme becerilerinin yetersiz olması veya kişinin sorunla karşılaşması intihar riskini bağımsız olarak etkilemez. Önemli olan kişinin sorun çözme becerisinin düşük olmasının yanı sıra çözümü güç bir sorunla da karşı karşıya kalmasıdır. Böyle bir durumda kişi umutsuzluğa düşebilir. Değinildiği gibi, kendini öldüren veya bunun için niyetlenen kişilerin en büyük ortak özelliği umutsuzluk içinde olmalarıdır.

Clum ve arkadaşları tarafından öne sürülen bu diatez-stres modelinin görgül sınamaları, modelin doğruluğuna işaret etmektedir. Schotte ve Clum (1982) bu araştırmayı üniversite öğrencileri arasında yapmışlardır. Modelin öngörüsü doğrultusunda, yetersiz sorun çözme becerisi sergileyenler, stres düzeyleri yüksek olduğunda en fazla intihar eğilimi sergileyen grup olarak bulunmuştur. Üniversite

öğrencileri dışında modeli psikiyatri hastaları arasında da sınamak için yapılan bir çalışmada Dixon, Heppner ve Rudd (1994) yetersiz sorun çözme becerilerinin intihar düşüncelerini yordadığını ve bu yordamanın stres faktörüyle birleştiğinde daha güçlendiğini göstermişlerdir. Bir başka çalışmada da Priester ve Clum (1993) problem çözme becerisinin, stresli yaşam evrelerindeki insan uyumu ve ruh sağlığı için önemli olduğunu, görgül olarak ortaya koymuşlardır. Başka bir çalışmada Esposito ve Clum (2002), insanların çocukluklarında yaşadıkları cinsel ve fiziksel istismarın psikolojik sağlıklarına olası etkilerinde sosyal sorun çözme beceri düzeylerinin etkisini araştırmışlardır. Bulgular, çocukluk istismarı yaşayıp sorun çözme beceri düzeyleri yüksek olan kimselerin düşük olanlardan daha azının intiharı düşündüğünü ve girişimde bulunduğunu göstermiştir.

Modeli sıyanan çalışmaların çoğunun, ABD’li deneklerle yapılması bir sınırlılık gibi algılanabilir. Bir çalışmada Yang ve Clum (1994), A.B.D.’de öğrenim gören Asya kökenli öğrenciler arasında sorun çözme, yaşam stresi, sosyal destek, umutsuzluk, depresyon ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Path analizi yöntemi kullanılarak yapılan veri analizinin sonuçlarının modeli desteklediği bulunmuştur. Çalışmada, yaşam stresi olmayanların, sorun çözme becerileri zayıf olsa bile intiharı düşünmedikleri; ama kişinin hem sorun çözme becerisi zayıfsa hem de yaşam stresi varsa intihar etmeyi düşündüğü görülmektedir.

Diatez-stres modelini, Eskin ve ark. (2006) %47,8’i kadın olan 121 ayaktan tedavi edilen Türk psikiyatri hastası ile sınımışlardır. Yukarıda sayılan çalışmaların bulgularıyla paralel olarak, yetersiz sorun çözme beceri düzeyleri hem intiharı düşünme hem de girişimlerinin yordayıcısı olarak bulunmuştur. Modelin ileri sürdüğü görüş doğrultusunda hem intihar düşünceleri hem de girişimleri yetersiz sorun çözme becerisine sahip, ancak başına fazla stresli yaşam olayı gelen hastalar arasında yoğunlaştığı bulunmuştur. Başka bir çalışmada Eskin, Ertekin, Dereboy ve Demirkıran (2007) lise öğrencisi ergenler arasında, yetersiz problem çözme becerilerinin hem intihar düşüncesi hem de girişimlerinin yordayıcısı olduğunu saptamışlardır. Sözü edilen çalışmalar, problem çözme becerilerinin, yaşamın stresi karşısında insanları intihara karşı koruyucu bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir.

Sorunlarla karşılaştıklarında, gerek alternatif çözümler üretebilme, gerekse ürettikleri çözüm şekillerini kullanmada gösterdikleri beceri eksikliklerinin yanı sıra, intihar davranışı sergileyen kimselerin, kendi canına kıymayı karşılaşılan problemlerin bir çözümü olarak görme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Herhangi bir intihar eğilimi sergilemeyen kimseler dahi intiharı karşılaşılan sorunların çözümü olarak görmektedir. Örneğin ergenler, intihar ederek kendini öldüren yaşlılarının böyle yapmakla sorunlarını çözdüğüne inanmaktadırlar (Eskin, 1997). Orbach, Rosenheim ve Hary (1987) intihar davranışı gösteren çocukların, intiharı istenen bir çözüm gibi gördüklerini belirtmektedir. Linehan, Camper, Chiles ve ark. (1987), intihar girişimi nedeniyle psikiyatri kliniğinde yatan ve psikiyatride yatmayan hasta grupları ile yaptıkları çalışmada intihar girişimi hastalarının intiharın sorunlarını çözeceğine inandıklarını saptamışlardır.

Sorun çözme becerisinin intiharla ilişkisini ele alan çalışmaları gözden geçiren Pollock ve Williams (1998), alanla ilgili bir takım açıklamaların gerekliliğine işaret etmişlerdir. İlk olarak, sorun çözmenin etkin mi yoksa edilgen bir beceri mi olduğu sorgulanmaktadır. Eldeki veriler, intihar davranışı gösteren kimselerin, sorunlarını çözmek için edilgen davrandıklarını göstermektedir. İkinci olarak, sorun çözme becerisi eksikliği geçici-değişken mi (state) yoksa kalıcı-süreğen (trait) bir kişilik özelliği midir? Schotte, Cools ve Payvar'ın (1990) bulguları, sorun çözme becerisinin değişken bir özellik olduğuna işaret etmektedir. Üçüncü ve son olarak, sorun çözmedeki psikolojik süreçlerin neler olduğunun iyi araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, bellek çalışmaları önem kazanmaktadır. Örneğin Williams ve Broadbent (1986) intihar sorununda, otobiyografik bellekte sorun yaşandığına işaret etmektedirler. İntihar girişiminde bulunan kimselerin belleklerinden geçmişleriyle ilgili yaşantıları çağırırken aşırı genellemelerde buldukları ve belleklerinden belirli bilgileri çağırmada sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Williams, Dritschel 1988).

İnsanların sorun çözme becerilerinin yeterince gelişmemesi, önemli bir intihar risk faktörüdür. Bu risk etmenini anlayabilmek, gerekli önlemleri alarak önleme ve yardım stratejileri geliştirmek, intihar gibi önemli bir halk sağlığı sorununun önlenmesi ve tedavisi için önemlidir. Sorun çözme becerilerinin yetersizliğiyle ilgili bulgular, intihar riski taşıyan hastaların tedavisinde ve bu tür davranışların

önlenmesinde önemli bir çalışma alanı sunmaktadır. Tedavi ve önleme yaklaşımlarında, intihar davranışı sergileyen kimselere sorun çözme becerilerin öğretilmesi, önemli stratejilerden biridir.

Sorun Çözme ve Şizofreni

Sorun çözme becerileri, hasta olmayanlar kadar, şizofreni hastası olan kimseler için de önemlidir (Morris, Bellack, Tenhula, 2004). Çünkü insanların yaşamda karşılaştıkları problem durumları ve çözüme yardımcı olacak ipuçlarını fark ederek bulabilmeleri, ayırt etme, genelleme, bellekte tutma, bellekteki bilginin tekrar çekilip çağrılması gibi birçok bilişsel etkinliğin gerçekleştirilebilmesiyle olasıdır. Şizofrenide en belirgin işlevsellik kaybı, bilişsel yetilerde olmaktadır. Hastalığa yakalanan bireylerde, bilişsel alanda zedelenme ve sorun çözme becerilerinde azalma olduğu birçok çalışma ile saptanmıştır (Bedell, Lennox, Smith, Rabinowicz, 1998; Blanchard, Sayers, Collins, Bellack, 2004; Bustini, Stratta, Daneluzzo, Pollice, 1999; Medalia, Revheim, Casey, 2002; Revheim, Medalia, 2004). Örneğin şizofreni hastalarında hedefe yönelme ve etkinlik planlama yetilerinde bozulmaların olduğu görülmüştür (Medalia, Revheim, Casey, 2002). Bilişsel boyuttaki bu bozulmalar Wisconsin Kart Eşleme Testinde (WKET) ve Hanoi Kuleleri Testi (HKT) ile birçok çalışmada saptanmıştır. Bu testlerdeki performansların, özellikle şizofrenin, negatif semptomları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Bustini, Stratta, Pollice, 1999; Rushe, Morris, Miotto, 1999).

Kişinin yaşamda karşılaştığı problemleri çözebilmesi için, olumlu sorun yönelimine sahip olmasının yanı sıra, çözüm için gerekli becerileri de sergileyebilmesi gerekmektedir. Yapılan çalışmalar, şizofreni hastalarının karşılaştıkları sorunları, şizofreni olmayanlara göre daha az tanımladığını, daha az çözüm seçenekleri ürettiğini ve daha az doğru çözümlere ulaşabildiklerini göstermektedir. Bu alanlarda yaşanan sorunlar, kişinin sosyal ilişkilerindeki sorunlarda daha az doğru değerlendirme yapmalarına neden olabilir. Ve doğru değerlendirilmeyen sosyal ilişki sorunları, kişilerarası sorunların oluşmasına neden olabilir (Bedell, Lennox, Smith, Rabinowicz, 1998). Bilişsel katılık kişinin karşılaştığı sorun durumları esnek bir şekilde algılamasını ve değerlendirebilmesini engelleyen bir durumdur. Bilişsel esneklik diğer taraftan, kişinin karşılaştığı sorun durumları doğru biçimde algılayarak uygun çözümler üretebilmesini sağlayabilir. Konuyu Hatashita-Wong, Silverstein,

Hull ve Willson (2002) ayaktan tedavi edilen 44 şizofreni hastası ile araştırmışlardır. Araştırmacılar, bilişsel esnekliği olan hastaların, bilişsel katılık sergileyenlere göre kendilerine sunulan problem durumlara daha doğru, uygun ve sorunla ilişkili çözümler üretebildiklerini göstermişlerdir. Benzer şekilde 49 şizofreni hastası ve 28 sağlıklı kontrol grubu ile yaptıkları bir çalışmada, Yamashita, Mizuno, Nemoto ve Kashima (2005) bilişsel esnekliğin sorun çözmede önemli olduğunu göstermektedir.

Şizofreni hastalarının problem çözme becerilerindeki eksikliklerin veya kötüleşmelerin nedeni, hem bilimsel hem de söz konusu hasta gruplarının sağaltımı ve rehabilitasyonuna yönelik müdahale programlarının planlanması ve oluşturulması için önemlidir. Bu sorunla ilgili olarak ortaya çıkan bilimsel düşüncelerden biri, şizofrenideki sorun çözme becerilerinde gözlenen kötüleşmenin, beyindeki bir takım yapısal hasarlarla ilişkili olup olmadığıdır. Bu konuyu Chan, Chen, Chen ve Cheung (2004) 51 şizofreni, 51 beyin hasarlı hasta ve 51 sağlıklı kontrol grubuyla yaptıkları bir çalışmada ele almışlardır. Şizofreni hasta grubunun problem çözme beceri eksikliklerinin diğer gruplardan kötü olduğunu gösteren bulgulara dayanarak, araştırmacılar ne ön (frontal) ne de yan (temporal) korteks hasarlarının sorun çözme beceri eksikliklerini açıklamada yeterli olmadığını bildirmektedirler.

Sorun Çözme ve Kişilik Bozuklukları

Sorun çözme yaklaşımının, kişilik bozukluklarının aydınlatılmasındaki rolüne ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar, yeni olduğu kadar henüz sayı bakımından da yetersizdir. Kişilik bozukluğunda, problem çözme becerilerinin durumunu araştıran bir çalışmada Bray, Barrowclough ve Lobban (2007), sınır kişilik bozukluğu olan bir grup hastayı kontrol grubuyla karşılaştırmışlardır. Araştırma bulguları, sınır kişilik bozukluğu olanların kontrol grubuna göre karşılaştıkları sorunlara daha belirsiz çözümler ürettiklerini, daha fazla olumsuz sorun yönelimine sahip olduklarını ve problemleri çözmek için daha fazla dürtüsel/dikkatsiz tarz sergiledikleri yönündedir.

Sorun çözme becerileri ve kişilik bozukluğu ilişkisini irdeleyen çalışmaların çoğunluğunun, sınır kişilik bozukluğu tanısı alan kimselerle gerçekleştirildiği görülmektedir. Böyle bir çalışmada Berk, Jeglic, Brown, Henriques ve Beck (2007) konuyu, hastanelerin acil servislerine, intihar girişimi nedeniyle getirilen, 180 hasta arasında incelemişlerdir. Hasta grubunda, sınır kişilik bozukluğu tanısı olan ve

olmayanları karşılaştırmalarında, sınır kişilik bozukluğu tanısı olan intihar hastalarının, sınır kişilik bozukluğu olmayanlara göre daha ciddi psikopatoloji sergilediklerini ve yetersiz sorun çözme beceri düzeylerine sahip olduklarını bulmuşlardır. Sınır kişilik bozukluğunun bazı tanısız özellikleri, sosyal problem çözme modelinde öngörülen bir takım özelliklerle örtüşmektedir. Örneğin, dürtüsellik, sınır kişilik bozukluğu olan hastalar arasında görülen bir özelliktir (Dowson, Bazanis, Rogers, Prevost, Taylor, Staley ve ark. 2004) ve bu, rahatsızlığın tanı ölçütlerinden biridir. Onun için özellikle, sınır kişilik bozukluğu olan kimselerin, sorunlarını ele almada, dürtüsel/dikkatsiz bir tarz sergileyecekleri ortadadır.

Günümüzde kişilik bozukluklarının, geniş kesimleri etkileyen bir ruh sağlığı sorunu olması ile kişilik bozukluklarının sağaltımsal amaçlı ele alınmasındaki zorluklar göz önüne alındığında, problem çözme tedavisi gibi yapılandırılmış bilişsel-davranışçı yaklaşımların önemi, kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Yukarıdaki kısa gözden geçirme bize, kişilik bozukluklarının gerek ortaya çıkmasında gerekse sürdürülmesinde, sorun çözmenin rolünü inceleyen bilimsel araştırmaların, henüz yeterli olmadığını göstermektedir. Konuyu değişik açılardan iyi tasarlanmış bilimsel yöntem kullanan araştırmalarla ele alan çalışmalara olan gereksinim açıktır.

Sorun Çözme ve Saldırganlık

Sorun çözme beceri eksikliği olanların, saldırgan davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir. Karşılaşılan sorun durumlarda neler yapılması gerektiğini ve problemin nasıl çözüleceğini bilemeyen kimseler, saldırgan davranışları sorun duruma çözüm olabilecek seçenekler olarak görebilmektedirler. Örneğin Keltikangas-Jarvinen (2002) yaşları 11 ile 17 arasında değişen 1655 Finli ergenle gerçekleştirdikleri bir çalışmada, saldırganca sorun çözme stratejilerinin, saldırgan davranışlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Başka bir anlatımla; saldırgan sorun çözme stratejilerini kullanan ergenlerin, saldırgan davranışlar sergileme yüzdesi, saldırgan olmayan çözüm stratejileri kullananlardan daha yüksek bulunmuştur.

Davranım sorunu olan çocuklarla yapılan başka araştırmalar da saldırganlığın oluşmasında, problem çözme becerilerinin önemli olduğunu göstermiştir. Wasbusch, Walsh, Andrade, King ve Carrey (2007), yaşları 7 ile 12 arasında

değişen 53 çocukla yaptıkları bir araştırmada, davranım bozukluğu belirtilerinin, yetersiz sorun çözme becerileriyle ilişkili olduğunu göstermişlerdir.

Saldırgan davranışlar gösterme riski yüksek olan gruplardan birisi de, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği-hiperaktivite ve karşı gelme bozukluğu olan çocuklardır. Bu tür çocukların, sorun çözme beceri eksiklikleri yaşıyor olma olasılıkları, Matthys, Cuperus ve Engeland (1999) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada ele alınmıştır. Araştırmacılar, yaşları 7 ile 12 arasında değişen bir grup karşı olma/karşı gelme, davranım, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu olan çocuğu, bir sağlıklı kontrol ve bir depresif psikiyatrik grupla karşılaştırarak, araştırma grubunun ciddi düzeyde sorun çözme beceri eksikliklerinin olduğunu tespit etmişlerdir.

2.2.4. Sorun Çözme ve Anksiyete Bozuklukları

Kaygı, normal insan duygularından biridir. Onun için yaşamımızdan çekip çıkarmamız gereken bir duygu değildir. Bu duygunun olmaması normallığı veya sağlıklılığı tanımlamaz. Kaygı duygusu, insan yaşamından yok edilmesi gereken veya tamamen çıkarılması gereken bir duygu değildir. Aksine insanın yaşamda kalabilmesi için gerekli olan temel duygulardan birisidir. Kaygı, insanı normal yaşam koşullarında karşılaştığı sıkıntı ve zorluklar karşısında savaşmaya iter. İnsanın hayatta kalabilmesi biraz da gerekli durumlarda savaşmayı göze alabilmesine bağlıdır. Evrimsel anlamda savaş ya da kaç tepkisi yaşamda kalmayı kolaylaştıran davranışlardan birisidir (Eskin, 2006).

Kaygının, insan davranışları üzerinde güdüleyici bir etkisi vardır. Kaygının varlığı, kişiyi adeta bir şeyler yapmaya zorlamaktadır. Başka bir anlatımla kişi kaygılanıyorsa, kaygı duyduğu konu ile ilgili olarak bir hareket içerisine girebilmektedir. Aksi takdirde kişi, rahatın de etkisiyle hareketsizliğin esiri olabilir. Peki, böylesine faydalı bir duygu neden psikiyatrik durumlarla ilişkilendiriliyor olsun? Kaygı duygusunun sağlıklılık ve sağlıksızlıkla ilişkisini anlayabilmek için, psikopatoloji ve normallik arasındaki altın kuralı anımsamak yeterlidir. Sözü edilen altın kural (too much or too little) dilimizde “ne çok fazla ne de az” olarak ifade edilebilir. Örneğin bir kimsenin çok fazla kaygılı olması zararlıdır. Hiç kaygılı olmaması da zararlıdır. Az miktarda kaygı kişiyi, yaşam zorluklarına karşı güdüler ve onu savaşmaya teşvik eder. Bilindiği gibi psikolojinin

temel bulgularından olan Yerkes-Dodson (Yerkes, Dodson, 1908) kanununa göre, kaygının olmaması veya çok az olması, insan performansını olumsuz etkilemektedir. Aynı kanuna göre bir kişide kaygının çok fazla olması durumunda da insan performansı olumsuz etkilenmektedir. Optimum kaygı düzeyi, insan performansını olumlu etkilemektedir.

Kaygı bozuklukları, psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülen rahatsızlıkların başında gelmektedir ve en önemli özelliği, hepsinde de kaygının baskın olarak bulunmasıdır. Kaygılı kimselerin ortak özellikleri; kuruntulu, kuşkulu, işkilli ve vesveseli olmalarıdır. Anksiyete bozukluğu olan kimselerin ortak özelliği; kişinin olumsuz olay ve beklentiler üzerine odaklanmış olmalarıdır. Kaygılı kimseler, sürekli kötü bir şeyler olacaktıymış, kötü şeyler onları bulacaktıymış ve felaketler olacaktıymış gibi beklentiler içinde olan kimselerdir. Kaygı bozukluğu olan kimseler sadece olumsuz olaylara odaklanır ve sadece, gelecek olumsuzluklara gebeymiş gibi davranırlar. Sürekli bir korku içindedirler. Herkesin gündelik yaşamda korkuları vardır. Bu korkular aslında yaşamla uyumlu korkulardır. Çünkü birey bazı şeylerden korkarak yaşamda kalma şansını artırır. Örneğin, trafikte kaza yapabileceğinden hiç korkmayan birinin sonunu düşünmek bile korkutucudur. Kaygı bozukluğu olan kimseler ise olmayanlarla karşılaştırıldıklarında ya neden korktuklarını bilmezler ya da duydukları kaygı içinde, buldukları durumla uygun değildir (Morris, 1996).

Buraya kadar olan kısımda belirtildiğine göre, anksiyeteli kimselerin en önemli özelliği, bilişsel olarak olumsuza odaklanmış olmalarıdır. Kişi yaşamda karşılaşacağı veya karşılaştığı sorun durumları çözemeyeceğine inanmaktadır. Karşılaştığı problemlerle yeterince baş edemeyeceğini, onları arzuları doğrultusunda çözemeyeceğini düşünen kimse, kötü ve olumsuz şeylerin beklentisi içine girecektir. Bilindiği üzere; sorun çözme süreci, sorun yönelimi ve akılcı problem çözme olmak üzere temel iki süreçten oluşmaktadır. Sorun çözme ve kaygı bozuklukları arasındaki ilişki, iki şekilde olabilir. Kişi sorunları çözemeyeceğini düşünerek sorunlar karşısında güdüsel bir eksiklik sergileyebileceği gibi, akılcı sorun çözme becerilerinin eksikliğinden dolayı da, problemler karşısında çözümsüz kalabilir.

İnsanların sorunlara yaklaşımlarıyla, kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir. Yapılan birçok çalışma bu ilişkiyi onaylar niteliktedir.

Yapılan görgül çalışmalar, insanların yaşamda karşılaştıkları sorunlara olumsuz yaklaşımları halinde, kaygı seviyelerinin yüksek olduğunu ve herhangi bir kaygı bozukluğu olan kimselerin de sorunlara olumsuz yaklaştığını göstermektedir. Örneğin, Robichaud ve Dugas (2005b) yaş ortalaması 23,6 yıl olan üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada, olumsuz sorun yöneliminin yüksek düzey kaygı ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri başka bir çalışmada Dugas, Letarte, Rheume, Freeston ve Ladouceur (1995) soruna olumsuz yönelimin, yüksek düzey kaygı ilişkili olduğunu fakat akılcı problem çözme becerileriyle, kaygının ilişkisinin olmadığını saptamışlardır. Diğer taraftan üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada Belzer, D’Zurilla ve Maydeu-Olivares (2002) hem olumsuz sorun yöneliminin hem de akılcı problem çözme becerilerinin, öğrencilerin kaygı düzeyleriyle ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Sadece soruna yönelimlerinin değil, insanların sorun çözme beceri düzeylerinin anksiyete bozukluklarıyla da ilişkili olduğu gösterilmektedir. Bir çalışmada Nezu ve Carnevale (1987) Vietnam gazileri arasında, problem çözme becerilerinin, travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkisini araştırmışlardır. Araştırmanın bulgularına göre, travma sonrası stres bozukluğu olan gazilerin, olmayanlardan daha fazla, etkili olmayan sorun çözme becerilerine sahiptirler. Ayrıca Ladouceur, Blais, Freeston ve Dugas (1998) yaptıkları çalışmada, sorun yöneliminin, yaygın anksiyete bozukluğu olan bir grubu da içeren kaygılı kimselerin, belirti düzeyleri ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bir sorun durumla karşılaşınca kişinin sergilediği bilişsel, duyuşsal ve davranışsal özellikleri içeren sorun yönelimi, kaygı ve bozukluklarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Lang (2004) nedensiz endişe ve belirsizliğe karşı tahammülsüzlükle kendini gösteren, yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) problem çözme becerilerini de kapsayan bilişsel-davranışı tedavi yöntemleri ile sağaltımının yapılabileceğini belirtmektedir. Bir çalışmada Dugas, Ladouceur, Leger, Freeston, Langlois, Provencher ve ark. (2003) 52 yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaya 4- 6 kişilik gruplar şeklinde, sorun çözme becerilerini de kapsayan, 14 seanslık bilişsel-davranışçı terapi uygulamışlardır. Araştırmacılar, tedavi grubunun YAB belirtileri, belirsizliğe tahammülsüzlük, kaygı, depresyon ve sosyal uyumlarının kontrol

grubundakilerden daha fazla düzelme gösterdiğini belirtmektedirler. Ayrıca sağaltımla elde edilen kazanımların, 2 yıl sonra yapılan izlemede de korunduğu tespit edilmiştir.

Yaşlılar arasında yaygın anksiyete bozukluğunun görülme sıklığı yüksektir. Onun için toplumun yaşlı nüfus kesiminde, YAB'nun tedavisi önemlidir. Yapılan çalışmalar, yaşlılarda görülen söz konusu rahatsızlığın problem çözme tedavisiyle etkili bir biçimde ele alınabileceğine işaret etmektedir. Ladouceur, Leger, Dugas ve Freeston (2004) sorun çözme beceri eğitimini de kapsayan bilişsel-davranışçı sağaltımın, yaşlı YAB'nun tedavisindeki etkililiğini, yaşları 60 ile 70 arasında değişen 8 hasta ile bilimsel olarak sınımladılar. Bulgular belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe ile ilgili çarpıtılmış düşünceler, olumsuz sorun yönelimi ve bilişsel kaçınmayı hedefleyen bilişsel-davranışçı tedavinin yaşlı yaygın anksiyete bozukluğunun sağaltımında etkili olduğunu göstermiştir.

Sosyal kaygı ile sorun çözme ve psikolojik uyum arasındaki ilişki de ilgili alanyazında araştırılan konulardan birisidir. Bilindiği gibi, sosyal kaygı, genel bir özgüvensizlikle birlikte sosyal ortamlarda olumlu bir etki yaratma isteğinden kaynaklanır (Leary, 1983; Leary, Kowalski, 1995; Schlenker, Leary, 1982). Sosyal kaygılı bireyler, sosyal ortamlardaki kendine güvensizlik, düşük benlik saygısı ve kabul edilmeyeceği beklentileri ile karakterize edilirler. Sosyal kaygılı bireylerin karşılaştıkları problemleri nasıl çözdüğüne ilişkin araştırmaların sayısı oldukça az olmakla birlikte, ulaşılan kaynaklarda (Adalbjarnardottir, 1995; Rubin, Mills, 1988; Stewart, Rubin, 1995) sosyal kaygılı bireylerin kişilerarası problem çözme becerilerinin düşük olduğu belirtilmektedir (Akt: Hamarta, 2009b). PSI (Problem Çözme Envanteri) faktörleri ve anksiyete arasındaki ilişki incelendiği zaman (Carscoddon, 1998) sonuçlar, anksiyetenin PSI faktörlerinden Problem Çözme Güveni ve Kişisel Kontrol ile oldukça ilişkili olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar, etkisiz problem çözme değerlendirmesi algılamasının, kaygının artışı veya kaygının sonuçları ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadırlar. Beş çalışmanın dördü French Kanadian tarafından İngiliz üniversite öğrencileri ile yürütülmüştür (Dugas, 1995). PSI faktörleri ile ilişkiler incelendiği zaman üç çalışmada, Problem Çözme Güveni ve Kişisel Kontrol faktörlerinin kaygıyla ilişkili olduğu ortaya çıkmaktadır (Davey, 1996; Wang, 1997; Aktaran: Heppner, 2004).

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizinde kullanılan istatistiksel teknikler konusundaki bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, Mart 2016-Temmuz 2016 tarihleri arasında Panik Bozukluğu hastalarının klinik semptom şiddeti, sosyal işlevselliği ve sorun çözme becerileri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile kesitsel modelde, betimsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırmanın hedef evreni Türkiye'deki Panik Bozukluğu hastalarıdır. Çalışma evreni ise Mart 2016-Temmuz 2016 tarihleri arasında Ankara GATA Psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla ayaktan başvuran DSM-5 "Panik Bozukluk" tanı kriterlerini karşılayan hastalardan oluşturulmuştur. Hastalar test uygulaması yapılmıştır. Test uygulaması toplam 92 hasta üzerinde gerçekleştirilmiş olmakla birlikte uygun doldurulmamış testler çıkarılarak toplam 85 veri üzerinde istatistiksel işlem yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların cinsiyet ve sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo-1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Araştırmanın Örneklemi

Değişken	Değişken Düzeyleri	Hasta Grubu	% veya SS
Yaş		38,18	11,919
Cinsiyet	Kadın	48	56,50%
	Erkek	37	43,50%
Medeni durum	Bekâr	28	32,90%
	Evli	53	62,40%
	Dul	4	4,70%
Eğitim Durumu (yıl)		11,84	3,631
Meslek	Memur	38	44,70%
	İşçi	4	4,70%
	Emekli	4	4,70%
	Öğrenci	10	11,80%
	Esnaf	11	12,90%
	Ev Hanımı	14	16,50%
	Diğer	4	4,70%
Hastalığın Başlangıç Yaşı		32,55	10,935
Geçmişte Psikoterapi Varlığı	Var	12	14,10%
	Yok	73	85,90%
Atak Sıklığı (/hafta)		2,28	1,436
İntihar Girişimi	Var	8	9,40%
	Yok	77	90,60%
Travma Öyküsü Varlığı	Var	18	21,20%
	Yok	67	78,80%

Araştırma örnekleminde bulunan 85 hastanın % 56,5'i (48) kadın hastalar, % 43,5'ini (37) erkek hastalar oluşturmaktadır. Ayrıca 85 hastanın medeni durumu ise, % 32,9'u (28) bekâr, % 62,4'ü evli (53) ve % 4,7'si dul şeklinde oluşturmaktadır.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların hiçbir şekilde tedavilerine müdahale edilmemiştir. Çalışma, GATA Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08 Mart 2016 tarihinde yapılan, 3 numaralı oturumunda değerlendirilmiş ve çalışmanın etik ilkelere uygun olduğuna karar verilmiştir. Ayrıca her katılımcıdan, çalışmaya gönüllü katılmayı kabul ettiklerine dair bilgilendirilmiş olur (rıza) formu alınmıştır.

Çalışmaya katılan bütün kişilere çalışma süresince izlenilecek süreçler, başka bir hekimin eşliğinde aşama aşama anlatılmış ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalar için aşağıdaki ölçütler kullanılmıştır.

- Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri
 1. 18-60 yaş arasında olanlar,
 2. DSM-5 Tanı kriterlerindeki Panik Bozukluk ölçütlerini karşılayanlar.
- Araştırma Dışı Kalma Kriterleri
 1. Entelektüel İşlev Bozukluğu olanlar,
 2. Komorbid Psikiyatrik Bozukluğu olanlar,
 3. Son iki ayda madde kullanım öyküsü olanlar,
 4. Organik etiyojisi olanlar,
 5. Nörolojik hastalık olanlar.

3.3. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada veri toplama aracı olarak, Sosyo-demografik Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ), Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE) kullanılmıştır. Aşağıda bu veri toplama araçlarını tanıttıcı bilgiler yer almaktadır.

3.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Sosyo-demografik Bilgi Formu, hastaların sosyo-ekonomik ve demografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak için anne-baba sağ-eğitim durumu, hastaların ruhsal ve fiziksel sağlık durumu ve hastaların kiminle yaşadığı bilgisini içeren bir anket formudur.

3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği, psikiyatrik popülasyonda anksiyete şiddetini ölçmek için 1988'de Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından geliştirilen likert tipi kendini değerlendirmeli bir ölçektir. Anksiyöz mizacı, otonomik hiperaktiviteyi, motor gerginliği ve bazı bilişleri belirleyen maddeleri içerir. Her bir semptom hiç yok, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde var şeklinde değerlendirilir. Hastadan belirtileri 'bugün dâhil son bir hafta' içinde değerlendirmesi istenir. Beck Anksiyete Ölçeği 21 maddeden oluşmaktadır. Toplam puan 0-63 arası değişir. Ölçeğin toplam puanından alınan yüksek değerler yüksek kaygı düzeyini gösterirken, alınan düşük değerler ise düşük kaygı düzeyine işaret etmektedir.

Ölçek bilişsel kuram çerçevesinde “a priori” olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin bir hafta ara ile uygulanması sonucu elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayıları $r=.75$ ve $r=.67$ 'dir. Alfa iç tutarlılık katsayısının ise $.92$ olduğu belirtilmektedir. Ölçüt bağıntılı geçerliği, ölçeğin, STAI-T ile korelasyonunu $.48$ ve STAI-S ile korelasyonunu ise $.50$ olarak bulunmuştur. Yapı geçerliğine ilişkin klinik gruplar ile yapılan çalışmalarda ölçeğin anksiyeteli hastaları, depresyonlu hastalardan anlamlı olarak ayırdedebildiği belirtilmektedir. Ayrıca Beck Anksiyete Ölçeği'nin anksiyeteli hastaları STAI'den daha başarılı bir biçimde ayırdedebildiğine dair veriler mevcuttur.

Ölçeğin Türkçe'ye çeviri çalışması, Prof. Dr. Nesrin HİSLİ ŞAHİN tarafından yürütülmüştür. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinde, Dr. Mustafa Ulusoy tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin Türkiye uyarlamasının güvenilirlik çalışmasında, toplam 177 psikiyatrik hastadan oluşan bir örneklem üzerinde yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı $.93$ olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları ise $.45$ ile $.72$ arasında değişmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=.57$ olarak bildirilmektedir. Ölçeğin Türkiye uyarlamasının güvenilirlik çalışmasında ise, ölçüt bağıntılı geçerliğinin, ölçeğin Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu $.41$, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile $.34$, Beck Depresyon Ölçeği ile $.46$, Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-S) ile $.45$ ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-T) ile $.53$ olarak bulunmuştur. Yapı geçerliği ile ilgili yapılan analizler sonucunda, ölçeğin anksiyeteli grubu, diğer tanı gruplarından (depresyon, karışık ve kontrol gruplarından) anlamlı olarak ayırdedebildiği belirtilmektedir.

3.3.3. Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBSÖ)

Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği'nin, ölçtüğü nitelik, Agorafobili ya da agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısı bulunan hastalarda panik bozukluğuna ait çekirdek belirtilerin değerlendirilmesi, belirtilerin düzeyinin ve şiddetinin değişiminin ölçülmesidir. Temel uygulama grubu ICD-10, DSM-IV gibi standart kabul edilen tanı ölçütleri ile Agorafobili ya da Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısı almış olan hastalardır.

Ölçeğin kapsamı ise Agorafobili ya da Agorafobisiz Panik Bozukluğu DSM-IV belirtilerinin semptom şiddetini son bir ay içinde değerlendirecek şekilde oluşturulmuştur. Ölçek toplam 7 maddeden oluşmaktadır. Başlıklar sırasıyla: panik atağı sıklığı, sınırlı belirtili ataklar dâhil, panik atakları sırasındaki zorlanma, sınırlı belirtili ataklar dâhil, beklenti anksiyetesinin şiddeti (paniğe ilişkin korku, kaygı, beklentili endişe), agorafobik kaçınma, panik atağı ile ilişkili duyumlardan korku/kaçınma, panik bozukluğuna bağlı olarak çalışma işlevselliğinde bozulma/aksama ve panik bozukluğuna bağlı olarak toplumsal işlevsellikte bozulma/aksamadır. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçek, maddelerinin değerlendirilmesine yönelik olarak kendi içinde görüşme yönergesini barındırmaktadır. Hastayla görüşme sırasında ölçeğin üzerinde işaretlenerek doldurulur. Ölçeğin doldurulması hastayla görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere ve hastanın çevresindeki kişilerden (yakınları, tedavi ekibi vs.) alınan bilgilere dayanarak yapılabilir. Uygulayıcıya rehber olması amacıyla bir metin önerilmiştir ancak mutlak kullanımı gerekli değildir. Puanlamalara açıklık getirmek amacı ile irdelemeler serbestçe kullanılabilir.

Her item 0-4 olarak puanlanır. Ölçek; 0= hiç ya da mevcut değil, 1= ılımlı, nadir belirtiler, hafif bozulma, 2= orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hâlâ idare edebilir, 3= şiddetli belirtilerle aşırı uğraş halindeki belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksaması, 4= aşırı, yaygın neredeyse değişmez belirtiler, yetiyitimi yaratıcı belirtiler olarak puanlanır. Toplam puan 0-28 arasında değişir. Yapılan çalışma sonucu kesme noktası 6/7 puan arasında alındığında en yüksek özgüllük (% 98) ve duyarlılık (% 99) sağlanmaktadır.

Ölçek, Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomkas DE, Woods SW, Gorman JM, Papp LA. adlı kişiler tarafından geliştirilmiştir. Özgün makalesi ise “Multicenter Collaborative Panic Disorder Severity Scale”dır. Türkçe uyarlamasını ise Monkul E.S., Tural Ü., Onur E., Fidaner H., ve Alkın T. adlı kişiler tarafından yapmıştır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.92-0.94 arasında, madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.88-0.64 arasında ve görüşmeciler arası güvenilirlik katsayısı $r=0.79$ ($p<0.01$) olarak elde edilmiştir.

Türkçe formunun geçerlilik çalışmasında ise, Tüm grup (n=174) ve panik bozukluğu grubu (n=104) için Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) Gözleme Anketi ($r=0.87$ ve $r=0.65$) ve Panik Agorafobi Ölçeği Hasta Anketi ($r=0.87$ ve 0.58) ile korelasyonuna bakılmış ve anlamlı düzeyde bulunmuştur ($r=0.89$, $p<0,0001$). (Tablo 2)

Tablo 2. Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği'nin Korelasyon Katsayıları

	PBŞÖ-Panik Bozukluk grubu Uygulayıcı 1	PBŞÖ- Tüm grup Uygulayıcı 1
HAM-A	0.35	0.54
PAÖ-H	0.65	0.87
PAÖ-G	0.58	0.87
BECK-DÖ	0.44	0.29
DAT	0.79	—
Test-TT	0.63	—

HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, **PAÖ-H:** Panik Agorafobi Ölçeği Hasta Anketi
PAÖ-G: Panik Agorafobi Ölçeği Gözlemci Anketi, **BECK-DÖ:** Beck Depresyon Ölçeği,
DAT: Değerlendirmeciler Arası Tutarlılık
Test-TT: test tekrar test. Tüm korelasyonlar $p < .0$ düzeyinde anlamlı

3.3.4. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

Sosyal İşlevsellik Ölçeği, kişinin bütün sosyal rolüne (işçi, ebeveyn vb.) yapılan yargıyı gerektiren, rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. Sosyal İşlevsellik Ölçeği, temel yetileri, sosyal davranışı nicelik yönünden değerlendirir ve aynı zamanda performans eksikliğini yeterlilik eksikliğinden ayırt edebilir. Kendini değerlendirme biçiminde olan ölçeğin, hem hasta hem de hasta yakını için ayrı ayrı formları bulunmaktadır ve temel psikiyatrik bozukluğu olan hasta gruplarına uygulanmaktadır.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği'nin içeriği, başarılı bulunan psikososyal girişim programlarından alınan bilgilerden ve Yetiyitimi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen bozukluk ve yetiyitimi durumlarından oluşturulmuştur. Bu şekilde belirlenen yedi alt alan şunlardır:

- (1) sosyal uğraşı/sosyal geri çekilme (kendi başına zaman geçirme, karşılıklı konuşmaya başlayabilme, sosyal çekiniklik),
- (2) kişilerarası davranış (arkadaş sayısı/heteroseksüel ilişki/iletişimin niteliği),

- (3) öncül sosyal etkinlikler (yaygın sosyal aktiviteler aralığında uğraşı),
- (4) boş zaman etkinlikleri (hobiler, ilgiler),
- (5) bağımsızlık-yetkinlik (bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme),
- (6) bağımsızlık-performans (bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme),
- (7) iş/meslek (üretken bir işle uğraşma ya da günlük aktivitede yapılandırılmış program yapma).

Ölçek uzun olsa bile, soruları kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır ve hastalar kendi başlarına doldururlar. Hasta yakınları ve hastalar dolduracağı zaman, birbirlerinden etkilenmemeleri için ayrı ortamlarda doldurmalarını sağlamak gereklidir. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir.

Alt ölçeklerin maddelerinde de belirtildiği gibi çoğu yerde 0-3 arasında puan verilir. Sosyal Çekilmede 5 madde vardır ve en düşük 0, en yüksek 15 puan alırlar. Kişilerarası İşlevsellikte dört madde vardır, ama sadece madde 1 ve 2 toplanır; böylece en düşük 0, en yüksek 9 puan alınır. Bağımsızlık-yetkinlik için en düşük 0, en yüksek 39; Bağımsızlık-performans için en düşük 0, en yüksek 39; Boş Zamanları Değerlendirme için en düşük 0, en yüksek 45 ve Öncül Sosyal Etkinlikler için en düşük 0, en yüksek 66 puan alınabilir. İş-Meslek alanı için ise kişi için uygunsa iki madde doldurulur, ama son altı ay içinde çalışmamışsa ya da iş aramıyorsa atlanır.

Ölçeğin toplum standartları hesaplanmamıştır. Karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılır. Ölçek, Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S., adlı kişiler tarafından geliştirmiştir ve özgün makalesi; “Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S., The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1990; 157: 853-859”dir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması, Serpil Yaprak ERAKAY tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik analizinde, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.807, değerlendirilmeciler arası güvenilirlik katsayısı hastanın iki yakını için 0.94 ve hasta

ile hasta yakını arasında ise 0.95 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerliliği ise eşzamanlı olarak kullanılan diğer ölçeklerden Pozitif Belirti Değerlendirme Ölçeği ile -0.37, Negatif Belirti Değerlendirme Ölçeği ile -0.67 ve Kısa Yetiyitimi Anketi ile -0.57 korelasyon göstermiştir ve hepsi anlamlıdır. Ayrıca hem aktif dönemle rezidüel dönem arasında anlamlı farklılık, hem de rezidüel dönemle sağlıklı kontroller arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ve ölçeğin hastalık dönemlerini ve hasta-sağlıklı ayırımını iyi yaptığı ortaya konmuştur. Türkçe formunun makalesi ise, “Erakay SY. Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir, 2001.”dir.

3.3.5. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu

Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanterinin (SPSI-R) (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2002) kısa formu, 0 “Benim için hiç doğru değil” ve 4 “Benim için çok doğru” arası puanlanan 5 basamaklı Likert tipi 25 maddeden oluşmaktadır. Kısa SSÇE-G, sosyal sorun çözme sürecinin farklı yönlerini değerlendiren beşer maddelik beş alt ölçekten oluşmaktadır:

- (1) Probleme Olumlu Yönelim (POY),
- (2) Probleme Olumsuz Yönelimi (POSUZY),
- (3) Rasyonel Problem Çözme Tarzı (RPÇT),
- (4) Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı (D-DSÇT),
- (5) Kaçınan Sorun Çözme Tarzı (KSÇT).

Ölçek puanları 0 ile 20 arasında değişmektedir (Eskin, Aycan, 2009). Türkçeye uyarlanması Eskin ve Aycan (2009) tarafından farklı iki üniversiteden farklı sınıflarda okuyan ve yaşları 17 ile 28 arasında değişen çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olan toplam 648 öğrencinin katılımıyla yapılmıştır.

Araştırmacılar yaptıkları çalışmada, Tr-SSÇE-G’nin yapısının, özgün formundaki yapı ile uyuşup uyuşmadığı sınınamak en yüksek olasılık tahmini yöntemiyle Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), güvenilirlik ve geçerliğini sınınamak için iç-tutarlık (Cronbach alfa) ve Pearson momentler çarpımı bağıntı katsayıları ve gruplar arası farklılıklar için ise bağımsız gruplar t-testi yöntemini kullanmışlardır. Tr-SSÇE-G

ölçeklerinin güvenilirliğini sınamak için yapılan iç tutarlık (Cronbach Alfası) ve test-tekrar test yöntemlerinde iç tutarlık katsayılarının 0.62 ile 0.78 arasında değiştiğini ve test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının 0.61 ile 0.73 arasında değiştiğini bulmuşlardır. (Eskin, Aycan, 2008).

Tr-SSÇE-G'nin geçerliği iki ölçüte dayandırılmıştır. İlkinde, envanterin yapı geçerliğini sınamak için, Tr-SSÇE-G faktör yapısının özgün formundaki 5 boyutlu modelle uyuşup uyuşmadığına bakılmıştır. İkincisinde, envanterin eşzamanlı geçerliği, Tr-SSÇE-G ölçek puanları ile geçerliği gösterilmiş başka bir sorun çözme ölçüm aracı, çeşitli psikolojik iyilik hali ve akademik başarı (not ortalaması) arasındaki bağıntıya bakılarak sınanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen uyum indeksleri, Tr-SSÇE-G'nin 5 boyutlu modele iyi düzeyde uyum sağladığını göstermektedir. Tr-SSÇE-G ölçeklerinin birbirleriyle olan bağıntıları da onun yapı geçerliğinin bir diğer göstergesidir (Eskin, Aycan, 2009). Tr-SSÇE-G ölçeğinden elde edilen puanlar problem çözme, depresyon, umutsuzluk, atılganlık, öz-saygı, intihar eğilimi ve akademik başarı ile beklenen yönde bağıntıya sahip araştırmacılar tarafından bulunmuştur. Çalışma sonucunda Tr-SSÇE-G'nin yeterli düzeyde iç tutarlık ve test-tekrar test güvenilirliği ile yapı ve eş zamanlı geçerliğe sahip olduğu araştırmacılar tarafından belirlenmiştir (Eskin, Aycan, 2009).

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerini elde etmek için Sosyo-demografik Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri tek bir formda toplanmıştır. Çalışma öncesinde ilgili kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Bu izinlere ilişkin belgelere ekte yer verilmiştir. Ölçekler Mart 2016-Temmuz 2016 tarihleri arasında Ankara ili GATA Psikiyatri kliniğine gidilerek, araştırmacının kendisi ve klinikte görevli diğer psikolog ve psikiyatristler tarafından bir saat içerisinde, ölçeği uygulamaya gönüllü olan hastalara açıklama yapılarak uygulanmıştır. Uygulama 30-45 dakika arasında sürmüştür. Uygulama klinik içerisindeki psikolojik test odasında yapılmıştır. Uygulama yapan diğer psikolog ve psikiyatristlere gerekli bilgi araştırmacı tarafından aktarılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

İstatiksel analizler, SPSS 21.00 Trial version programında yapılmıştır. Kesikli değişkenler yüzde ve güven aralıkları hesaplamaları ile sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma hesaplamaları ile verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Semptom şiddeti ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri puanları arasındaki ilişkiyi incelerken veriler normal dağılım gösteriyorsa Pearson Korelasyon testi, normal dağılıma uymuyorsa Spearman Rank Korelasyon testi uygulanmıştır. 0.05'in altında bir p değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir. Hastaların klinik semptom şiddetini ölçmek için, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ) kullanılmıştır.



BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırma denencelerinin test edilmesine ilişkin istatistiksel işlemler ve bu işlemler sonucunda ortaya çıkan bulgulara yer verilmiştir. Analizler araştırmaya katılan 48 kadın ve 37 erkek hasta olmak üzere toplam 85 hasta üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

4.1. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.” Denencesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki, korelasyon testleriyle incelenmiş, sonuçları tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 3: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleriyle Sosyal İşlevsellik Ölçeği Alt Ölçekleri ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Tablo

	PBŞÖ-Toplam	BAÖ-Toplam
Sosyal Çekilme	$r_s = -.453$ $p=.000$	$r_s = -.433$ $p=.000$
Kişilerarası İşlevsellik	$r_s = -.244$ $p=.024$	$r_s = -.374$ $p=.000$
Öncü Sosyal Etkinlikler	$r_s = -.451$ $p=.000$	$r_s = -.461$ $p=.000$
Sosyal İşlevsellik Ölçeği		
Boş Zamanları Değerlendirme	$r_s = -.393$ $p=.000$	$r_s = -.224$ $p=.040$
Bağımsızlık Düzeyi-yetkinlik	$r_s = -.096$ $p=.382$	$r_s = -.109$ $p=.320$
Bağımsızlık Düzeyi-performans	$r_s = -.329$ $p=.002$	$r_s = -.230$ $p=.034$
Toplam	$r_s = -.459$ $p=.000$	$r_s = -.402$ $p=.000$

BAÖ, Beck Anksiyete Ölçeği; **PBŞÖ**, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği
Spearman' rho; $p= .05$

Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile sosyal işlevsellik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik denence doğrulanmıştır. Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt skorları ve toplam skorları ile Beck Anksiyete Ölçeği skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; Beck Anksiyete Ölçeği toplam skorları ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin, Sosyal Çekilme alt ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu ($r_s = -.433$; $p = .000$), Kişilerarası İşlevsellik alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = -.374$; $p = .000$), Öncü Sosyal Etkinlikler alt ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu ($r_s = -.461$; $p = .000$), Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = -.224$; $p = .040$), Bağımsızlık Düzeyi-performans alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = -.230$; $p = .034$), Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam skorları arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu saptanmıştır ($r_s = -.402$; $p = .000$). Bağımsızlık Düzeyi-yetkinlik alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır. (Tablo 3)

Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt skorları ve toplam skorları ile Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği toplam skorları ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin Sosyal Çekilme alt ölçeğiyle arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu ($r_s = -.453$; $p = .000$), Kişilerarası İşlevsellik alt ölçeğiyle arasında negatif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = -.244$; $p = .024$), Öncü Sosyal Etkinlikle alt ölçeğiyle arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu ($r_s = -.451$; $p = .000$); Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeğiyle arasında negatif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = -.393$; $p = .000$); Bağımsızlık Düzeyi-performans alt ölçeğiyle arasında negatif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = -.329$; $p = .002$), Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam skorlarıyla arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu saptanmıştır ($r_s = -.459$; $p = .000$). Bağımsız Düzeyi-yetkinlik alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır. (Tablo 3)

4.2. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler ile Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.” Denencesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki, korelasyon testleriyle incelenmiş, sonuçları tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 4: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleriyle Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Tablo

	BAÖ-Toplam	PBŞÖ-Toplam
Probleme Olumlu Yönelim	$r_s = -.129$ $p = .240$	$r_s = -.282$ $p = .009$
Probleme Olumsuz Yönelim	$r_s = .388$ $p = .000$	$r_s = .270$ $p = .012$
Rasyonel Problem Çözme	$r_s = -.292$ $p = .007$	$r_s = -.433$ $p = .000$
Dikkatsiz-Dürtüsel	$r_s = .332$ $p = .002$	$r_s = .281$ $p = .009$
Kaçınan	$r_s = .264$ $p = .015$	$r_s = .142$ $p = .194$
Toplam	$r_s = -.465$ $p = .000$	$r_s = -.412$ $p = .000$

BAÖ, Beck Anksiyete Ölçeği; **PBŞÖ**, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği
Spearman' rho; $p = .05$

Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik denence doğrulanmıştır. Sosyal Sorun Çözme Envanteri alt skorları ve toplam skorları ile Beck Anksiyete Ölçeği skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; Beck Anksiyete Ölçeği toplam skorları ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri, Probleme Olumsuz Yönelim alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = .388$; $p = .000$), Rasyonel Problem Çözme alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = .292$; $p = .007$), Dikkatsiz-Dürtüsel alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = .332$; $p = .002$), Kaçınan alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = .264$; $p = .015$), Sosyal Sorun Çözme Envanteri

toplam skorları arasında pozitif yönde orta şiddette korelasyon olduğu saptanmıştır ($r_s = .465$; $p = .000$). Probleme Olumlu Yönelim alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır. (Tablo 4)

Sosyal Sorun Çözme Envanteri alt skorları ve toplam skorları ile Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği toplam skorları ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri, Probleme Olumlu Yönelim alt ölçeğiyle arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = .282$; $p = .009$), Probleme Olumsuz Yönelim alt ölçeğiyle arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = .270$; $p = .012$), Rasyonel Problem Çözme alt ölçeğiyle arasında pozitif yönde orta şiddette korelasyon olduğu ($r_s = .433$; $p = .000$), Dikkatsiz-Dürtüsel alt ölçeğiyle arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu ($r_s = .281$; $p = .009$), Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam skorlarıyla arasında pozitif yönde orta şiddette korelasyon olduğu saptanmıştır ($r_s = .412$; $p = .000$). Kaçınan alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır. (Tablo 4)

4.3. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar ile Hastanın Yaşı Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.” Denencesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları ile hastanın yaşı arasındaki ilişki, korelasyon testleriyle incelenmiş, sonuçları tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 5: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Hastanın Yaşı ile İlişisini Gösteren Tablo

	Sosyal İşlevsellik Ölçeği						Sosyal Sorun Çözme Envanteri								
	Ç	KAI	ÖSE	BZD	B-y	B-p	SIÖ-TOP	POY	POSUZY	RPC	DD	K	SSÇE-TOP	BAÖ-TOP	PBSÖ-TOP
Hasta	rs=0.177	rs=-.273	rs=-0.107	rs =.347	rs=-0.039	rs =0.192	rs =0.084	rs =.249	rs =-0.17	rs =0.077	rs =-0.1	rs =-0.196	rs =.274	rs =-.265	rs =-.297
Yaşı	p=0.104	p=0.011	p=0.328	p=0.001	p=0.726	p=0.078	p=0.443	p=0.021	p=0.12	p=0.482	p=0.365	p=0.073	p=0.011	p=0.014	p=0.006

Ç, Sosyal Çekilme; **KAI**, Kişilerarası İlişkiler; **ÖSE**, Öncü Sosyal Etkinlikler; **BZD**, Boş Zamanları Değerlendirme; **B-y**, Bağımsızlık Düzeyi-yetkinlik; **B-p**, Bağımsızlık Düzeyi-performans; **SIÖ**, Sosyal İşlevsellik Ölçeği; **POY**, Probleme Olumlu Yönelim; **POSUZY**, Probleme Olumsuz Yönelim; **RPC**, Rasyonel Problem Çözme; **DD**, Dikkatsiz-Dürtüsel Sorun Çözme; **K**, Kaçınan Sorun Çözme; **SSÇE**, Sosyal Sorun Çözme Envanteri; **BAÖ**, Beck Anksiyete Ölçeği; **PBSÖ**, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği Spearman' rho; p= .05

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile hastanın yaşı arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik denence doğrulanmıştır. Hastaların yaşı ile klinik şiddet ölçekleri karşılaştırıldığında; hem Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği toplam puanı hem de Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r_s = -.297$, $p = .006$; $r_s = -.265$, $p = .014$) (Tablo 5)

Hastaların yaşı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların yaşı ile Kişilerarası İlişki alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ($r_s = -.273$; $p = .011$), Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği skorları ile pozitif yönde orta şiddette ve istatistiksel olarak anlamlı ($r_s = .347$; $p = .001$) olduğu görülmüştür. Hastaların yaşı ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam skoru ve Probleme Olumlu Yönelim alt skoru arasında pozitif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ($r_s = .274$, $p = .011$; $r_s = .249$, $p = .021$) bir ilişki olduğu bulunmuştur. (Tablo 5)

4.4. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar ile Hastalığın Başlangıç Yaşı Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.” Denencesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları ile hastalığın başlangıç yaşı arasındaki ilişki, korelasyon testleriyle incelenmiş, sonuçları tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 6: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Hastalığın Başlangıç Yaşı ile İlişisini Gösteren Tablo

	Sosyal İşlevsellik Ölçeği						Sosyal Sorun Çözme Envanteri							BAÖ- TOP	PBŞÖ- TOP
	Ç	KAI	ÖSE	BZD	B-y	B-p	SIÖ- TOP	POY	POSUZY	RPÇ	DD	K	SSÇE-TOP		
Hastalığın Başlangıç Yaşı	rs =0.132 p=0.227	rs =-.261 p=0.016	rs =-0.136 p=0.216	rs =.272 p=0.012	rs =-0.031 p=0.778	rs =0.253 p=0.019	rs =-0.09 p=0.414	rs =.232 p=0.033	rs =-0.142 p=0.194	rs =0.162 p=0.139	rs =-0.123 p=0.26	rs =-0.311 p=0.004	rs =.346 p=0.001	rs =-.227 p=0.036	rs =-0.211 p=0.053

Ç, Sosyal Çekilme; **KAI**, Kişilerarası İlişkiler; **ÖSE**, Öncü Sosyal Etkinlikler; **BZD**, Boş Zamanları Değerlendirme; **B-y**, Bağımsızlık Düzeyi-yetkinlik; **B-p**, Bağımsızlık Düzeyi-performans; **SIÖ**, Sosyal İşlevsellik Ölçeği; **POY**, Probleme Olumlu Yönelim; **POSUZY**, Probleme Olumsuz Yönelim; **RPÇ**, Rasyonel Problem Çözme; **DD**, Dikkatsiz-Dürtüsel Sorun Çözme; **K**, Kaçınan Sorun Çözme; **SSÇE**, Sosyal Sorun Çözme Envanteri; **BAÖ**, Beck Anksiyete Ölçeği; **PBŞÖ**, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği Spearman' rho; p= .05

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile hastalığın başlangıç yaşı arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik denence doğrulanmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı ile klinik şiddet ölçekleri karşılaştırıldığında; Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde hafif şiddette ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_s = -.227$; $p = .036$). (Tablo 6)

Hastalığın başlangıç yaşı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların yaşı ile Kişilerarası İlişki alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ($r_s = -.261$; $p = .016$), Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği ve Bağımsızlık-performans skorları ile pozitif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ($r_s = .272$, $p = .012$; $r_s = .253$, $p = .019$) olduğu görülmüştür. Hastaların başlangıç yaşı ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam skoru ve Probleme Olumlu Yönelim alt skoru arasında pozitif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ($r_s = .346$, $p = .001$; $r_s = .232$, $p = .033$) bir ilişki olduğu, Kaçınan alt skoru ile negatif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ($r_s = -.311$, $p = .004$) bir ilişki bulunmuştur. (Tablo 6)

4.5. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar, Geçmişte Terapi Varlığına Göre Anlamlı Farklılık Göstermektedir.” Denencesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puan ortalamalarının, geçmişte terapi varlığına göre karşılaştırılması yapılmış, Mann-Whitney U-testi sonuçları tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 7: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Geçmişte Terapi Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney U-Testi Sonuçları

	Alan (n=12)		Almayan (n=73)		u	z	p
	st	so	st	so			
PBŞÖ	320	26.67	3335	45.68	242	-2.48	0.013
SİÖ	620	51.67	3035	41.58	334	-1.314	0.189
SSÇE	708	59	2947	40.37	246	-2.428	0.015

PBŞÖ, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği; **SİÖ**, Sosyal İşlevsellik Ölçeği, **SSÇE**, Sosyal Sorun Çözme Envanteri; **st**, sıra toplamı; **so**, sıra ortalaması
Mann-Whitney U testi; p=.05

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanların, geçmişte terapi varlığının anlamlı farklılık göstermesine yönelik denence doğrulanmıştır. Geçmişte terapi alan katılımcıların Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puanları ile geçmişte terapi almayan katılımcıların toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığı verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle Mann-Whitney U-testi uygulanmıştır. Psikoterapi alan hasta grubunun psikoterapi almayan hasta grubu arasında Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği toplam skorları ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam skorları arasında anlamlı bir fark vardır (p=.013, p= .015). (Tablo 7)

Örnekleme terapi varlığına göre gruplandırılmış, her iki grubun Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları t-testi ile karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo-8'da sunulmuştur.

Tablo 8: Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının Geçmişte Terapi Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

	Alan (n=12)		Almayan (n=73)		t	df	p
	Ort	Ss	ort	ss			
Beck	28.83	5.096	36.42	15.074	3.305	49.692	0.002

Student T testi; p=.05

Geçmişte terapi alan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları ile geçmişte terapi almayan katılımcıların toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığı verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Student T testi uygulanmıştır. Buna göre her iki grubun Beck Anksiyete Ölçeği toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p = .002$) vardır. (Tablo 8)

4.6. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar ile Atak Sıklığı Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.” Denencesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları ve atak sıklığı arasındaki ilişki, korelasyon testleriyle incelenmiş, sonuçları tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 9: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Atak Sıklığı ile İlişisini Gösteren Tablo

	Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Toplam	Beck Anksiyete Ölçeği-Toplam	Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği-Toplam	Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Toplam
Atak Sıklığı	$r_s = -.407$ $p < .001$	$r_s = .581$ $p < .001$	$r_s = .420$ $p < .001$	$r_s = -.381$ $p < .001$

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile atak sıklığı arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik denence doğrulanmıştır. Hastaların bir hafta içinde geçirdiği atak sıklığı sayısı ile hastalık klinik semptom şiddeti, sosyal işlevselliği ve sosyal sorun çözme becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde; atak sıklığı ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam skoru ile orta şiddette negatif korelasyon ($r_s = -.407$, $p < .001$), Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam skorları ile negatif yönde zayıf korelasyon ($r_s = -.381$, $p < .001$), Beck Anksiyete Ölçeği toplam skorları ile orta şiddette pozitif korelasyon ($r_s = .581$, $p < .001$), Panik

Bozukluğu Şiddeti Ölçeği toplam skorları ile orta şiddette pozitif korelasyon ($r_s=.420$, $p< .001$) bulunduğu tespit edilmiştir.(Tablo 9)

4.7. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar, İntihar Öyküsü Varlığına Göre Anlamlı Farklılık Göstermektedir.” Denencesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puan ortalamalarının, intihar öyküsü varlığına göre karşılaştırılması yapılmış, Mann-Whitney U-testi sonuçları tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 10: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının İntihar Öyküsü Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney U-Testi Sonuçları

	yok (n:77)		var (n:8)		u	Z	p	
	So	st	so	st				
Sosyal Sorun Çözme Envanteri	POY	41.78	3217	54.75	438	214	-1.426	0.154
	POSUZY	44.87	3455	25	200	164	-2.179	0.029
	RPÇ	42.3	3257	49.75	398	254	-0.818	0.413
	DD	39.47	3039	77	616	36	-4.128	>.001
	K	42.18	3248	50.88	407	245	-0.954	0.34
	TOPLAM	43.08	3317	42.25	338	302	-0.09	0.928
PBŞÖ-TOPLAM	40.06	3085	71.25	570	82	-3.41	>.001	
SIÖ-TOPLAM	42.82	3297	44.75	358	294	-0.211	0.833	

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanların, intihar öyküsü varlığının anlamlı farklılık göstermesine yönelik denence doğrulanmıştır. Geçmişte intihar öyküsü olan hastaların Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Sosyal Sorun Çözme Envanteri alt ölçekleri ve toplam puanları ile geçmişte intihar öyküsü olmayan katılımcıların toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığı verilerin normal dağılım

göstermemesi nedeniyle Mann-Whitney U-testi uygulanmıştır. Buna göre Probleme Olumsuz Yönelim alt ölçeği, Dikkatsiz-Dürtüsel ile Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p = .029$, $p > .001$, $p > .001$). (Tablo 10)

Örneklem intihar öyküsüne göre gruplandırılmış, her iki grubun Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları t-testi ile karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo-11’de sunulmuştur.

Tablo 11: Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının İntihar Öyküsü Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

	var (n=8)		yok(n=77)		t	df	p
	ort	ss	ort	ss			
Beck	48.5	11.123	33.99	13.977	-3.421	9.462	.007

Ort, ortalama; ss, standart sapma

Student T testi; $p = .05$

Geçmişte intihar öyküsü olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları ile geçmişte intihar öyküsü olmayan katılımcıların toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığı verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Student T testi uygulanmıştır. Buna göre intihar öyküsü varlığı ile Beck Anksiyete Ölçeği toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p = .007$). (Tablo 11)

4.8. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar, Travma Öyküsü Varlığı Göre Anlamlı Farklılık Göstermektedir.” Denencesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puan ortalamalarının, travma öyküsü varlığına göre karşılaştırılması yapılmış, Mann-Whitney U-testi sonuçları tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 12: Klinik Semptom Şiddeti Ölçekleri, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Alt Ölçekleri ve Toplam Puanlarının Travma Öyküsü Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney U-Testi Sonuçları

	yok (n:67)		var (n:18)		u	Z	p
	so	st	so	st			
SSÇE-TOPLAM	41.79	2800	47.5	855	522	-0.873	0.383
PBŞÖ-TOPLAM	43.37	2906	41.61	749	578	-0.27	0.787
SIÖ-TOPLAM	41.16	2758	49.83	897	480	-1.324	0.185

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanların, travma öyküsü varlığının anlamlı farklılık göstermesine yönelik denence doğrulanmamıştır. Geçmişte travma öyküsü olan katılımcıların Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Sosyal Sorun Çözme Envanteri alt ölçekleri ve toplam puanları ile geçmişte travma öyküsü olmayan katılımcıların toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığı verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle Mann-Whitney U-testi uygulanmıştır. Buna göre geçmişte travma varlığı ile sosyal sorun çözme becerileri, sosyal işlevsellik ve panik bozukluğu şiddeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 12)

Örnekleme travma öyküsüne göre gruplandırılmış, her iki grubun Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları t-testi ile karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo-13'de sunulmuştur.

Tablo 13: Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının Travma Öyküsü Varlığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

	var (n=18)		yok(n=67)		t	df	p
	Ort	ss	ort	ss			
Beck	35.89	14.868	35.21	14.289	-0.178	83	0.859

Ort, ortalma; **ss**, standart sapma
Student T testi; p=.05

Geçmişte travma öyküsü olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları ile geçmişte travma öyküsü olmayan katılımcıların toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığı verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Student T testi uygulanmıştır. Buna göre Beck Anksiyete Ölçeği toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. (Tablo 13)



BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde panik bozukluk tanısı almış hastalarda semptom şiddeti, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerileri arasında ilişki isimli çalışmadan elde edilen bulgular tartışılıp yorumlanmıştır. Çalışmada Panik Bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören 85 hasta değerlendirilmiştir.

Yurt dışında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda panik bozukluk prevalansının kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla olduğu görülmüştür. (Weissman, 1997) Çalışmamızda cinsiyet dağılımına bakıldığında kadın:erkek oranı 1,30:1 olarak gözlemlenmiştir.

5.1. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.” Hipotezine İlişkin Bulgular

Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile sosyal işlevsellik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik hipotez doğrulanmıştır. Panik bozukluğu şiddeti ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği toplam skorları ile Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncü Sosyal Etkinlik, Boş Zamanları Değerlendirme ve Bağımsızlık Düzeyi-performans alt ölçekleri ile negatif yönde istatistiksel yönden anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Keza Beck Anksiyete Ölçeği toplam skoruyla Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt skorları karşılaştırıldığında benzer sonuca ulaşılmıştır.

Özellikle Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt ölçeklerindeki istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, klinik şiddeti düzeyiyle sosyal işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkinin varlığını kanıtlamaktadır. Buradan hareketle hastaların klinik semptom şiddetleri arttıkça sosyal işlevselliğinin bozulduğu sonucuna varılabilir. Bağımsızlık Düzeyi-yetkinlik alt ölçeği dışında kalan Sosyal İşlevsellik alt ölçeklerinin negatif yönde korelasyon olması başta panik bozukluk olmak üzere DSM-5 tanı kitabında yer alan bütün psikiyatrik bozukluklarda beklenen bir sonuçtur. Çünkü psikiyatrik

bozukluklarda tanısız olarak kişilerin sosyal, akademik ve mesleki işlevselliklerinde bozulma beklenmektedir ve bu durum aranan bir şarttır.

Mevcut literatüre bakıldığında, sosyal işlevselliğin kişinin doğal çevresindeki işlevsellik yetisi olarak tanımlandığı görülmektedir. Ayrıca kişinin doğal ortamındaki rollerinin de yeterliliğini ve doyumunu kapsamaktadır. Panik bozukluk, işe gitmede, ev işlerini yapmada ve sosyal ilişkileri sürdürmede zorluklar yaratarak toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açar (Işıl, 2008).

Çeşitli çalışmaların sonuçları depresyonun şiddeti ile sosyal işlevsellik kaybı şiddetinin benzerlik gösterdiğini açığa çıkarmıştır. Yani depresyon ne kadar şiddetli ise sosyal işlevsellik kaybı da o ölçüde büyük olmaktadır. Depresyonun sosyal işlevselliği bozucu etkileri, sosyal çekilme, yalnız kalmayı tercih etme, eş ve arkadaşlardan uzaklaşma ya da ilişki sorunları yaşama şeklinde ortaya çıkabilir. Depresyon belirtilerine ek olarak çoğunlukla ciddi düzeyde sosyal işlevsellik kaybı yaşanır (Işıl, 2008). Wells ve arkadaşlarının (2002) depresyonu olan 11.000 kişide yaptığı bir çalışmaya göre depresyonda ortaya çıkan sosyal işlevsellik kaybının derecesi koroner arter hastalıklarında olana eşittir ve diyabet hipertansiyon artrits ve kronik akciğer hastalıkları ve kronik hastalıkları olandan daha kötüdür. Tüm çalışmalar dikkate alındığında, bu çalışmadan elde edilen sonuç ile literatürde bulunan diğer çalışmalar arasında benzer sonuç bulunduğu söylenebilir.

5.2. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler ile Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.” Hipotezine İlişkin Bulgular

Panik Bozukluk tanısı almış hastaların, klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler ile sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik hipotez doğrulanmıştır. Sosyal Sorun Çözme Envanteri ile Beck Anksiyete Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puanı, Rasyonel Problem Çözme arasında negatif korelasyon, Probleme Olumsuz Yönelim, Dikkatsiz-Dürtüsel ve Kaçıran alt skorları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmüştür. Probleme Olumlu Yönelim alt skoru arasında istatistiksel olarak

anlamli bir iliŒki bulunamamıŒtır. Panik Bozukluğu Œiddet Ölçeği toplam puanı ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puanı, Probleme Olumlu Yönelim, Rasyonel Problem Çözme arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamli, Probleme Olumsuz Yönelim ve Dikkatsiz-Dürtüsel alt puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamli korelasyon bulunmuŒtur. Kaçınan alt skoru ile arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki bulunamamıŒtır. Özellikle, Sosyal Sorun Çözme Envanterinin, Probleme Olumsuz Yönelim ve Dikkatsiz-Dürtüsel alt ölçeklerinin sonuçları her iki klinik semptom Œiddeti ölçeğinde anlamli çıkması hipotezi doğrulayan güçlü birer kanıttır.

Ayrıca her iki Œiddet ölçeği arasında ortaya konan farkın testlerin karakteristik özelliğinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Beck Anksiyete Ölçeği, panik bozukluğun daha çok kognitif özelliklerini irdelerken Panik Bozukluğu Œiddeti Ölçeği panik bozukluğun daha çok bedensel ve davranıŒlar özelliklerini irdelemektedir.

Mevcut literatüre bakıldığında, Robichaud ve Dugas (2005b) yaŒ ortalaması 23,6 yıl olan üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir çalıŒmada, olumsuz sorun yöneliminin yüksek düzey kayęı ile iliŒkili olduğunu saptamıŒlardır. Benzer Œekilde üniversite öğrencileriyle gerçekleŒtirdikleri baŒka bir çalıŒmada Dugas, Letarte, Rheaume, Freeston ve Ladouceur (1995) soruna olumsuz yönelimin, yüksek düzey kayęı iliŒkili olduğunu fakat akılcı problem çözme becerileriyle, kayęının iliŒkisinin olmadığını saptamıŒlardır. Diğer taraftan üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir çalıŒmada Belzer, D’Zurilla ve Maydeu-Olivares (2002) hem olumsuz sorun yöneliminin hem de akılcı problem çözme becerilerinin, öğrencilerin kayęı düzeyleriyle iliŒkili olduğunu tespit etmiŒlerdir. Lang (2004) nedensiz endiŒe ve belirsizliğe karŒı tahammölsüzlükle kendini gösteren, yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) problem çözme becerilerini de kapsayan biliŒsel-davranıŒı tedavi yöntemleri ile sağaltımının yapılabileceğini belirtmektedir. Bir çalıŒmada Dugas, Ladouceur, Leger, Freeston, Langlois, Provencher ve ark. (2003) 52 yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaya 4- 6 kiŒilik gruplar Œeklinde, sorun çözme becerilerini de kapsayan, 14 seanslık biliŒsel-davranıŒçı terapi uygulamıŒlardır. AraŒtırmacılar, tedavi grubunun YAB belirtileri, belirsizliğe tahammölsüzlük, kayęı, depresyon ve sosyal uyumlarının kontrol grubundakilerden daha fazla düzelme gösterdiğini belirtmektedirler. Ayrıca

sağaltımla elde edilen kazanımların, 2 yıl sonra yapılan izlemede de korunduğu tespit edilmiştir. Genel anlamda bu çalışmada ve literatüre bakıldığında klinik semptom şiddeti yükselen hastaların problemlere olumsuz yönelim gösterdikleri ifade edilebilir.

5.3. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar ile Hastanın Yaşı Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.”

Hipotezine İlişkin Bulgular

Panik Bozukluğu Psikodinamik Modele göre açıklamaya çalışan Cornell, Panik Bozukluk riski olan kişilerin, çok sayıda gelişimsel travma deneyimlerine sahip olduklarını bulmuştur. Erken çocukluk çağında bakım verenden ayrılma gibi, özellikle belirli gelişim evrelerinde gerçekleşen çevresel olaylar, korku ağını modüle eden genleri harekete geçirebilir, bu da Panik Bozukluğa yatkınlığa neden olabilir. Araştırmalara göre, ergenlik ve yetişkinlik çağında gerçekleşen olaylar, yatkınlığı olan bireylerde Panik Bozukluğa neden olabilir (Shear, 1993).

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile hastanın yaşı arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik hipotez doğrulanmıştır. Hastaların yaşı ilerledikçe sorun çözme becerilerinin arttığı, probleme olumlu yönelim sergiledikleri gözlemlenmiştir. Yine, yaş ilerledikçe hastaların boş zamanlarını değerlendirmeleri konusunda daha işlevsel oldukları fakat kişilerarası ilişkilerinin bozulduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebinin, yaş ilerledikçe psiko-sosya açıdan olgunluğa erişildiği, kişilere verdiği atıfların daha katılaştığı ve sorun çözme becerileri açısından kişilerin daha fazla bireyselleştiği gibi sebeplerin neden olabileceği değerlendirilmektedir. Yapılan literatür taramasında, Panik Bozukluğu tanısı almış hastalarda klinik şiddeti, sosyal işlevsellik ve sorun çözme düzeyleriyle hastanın yaşı arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

5.4. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar ile Hastalığın Başlangıç Yaşı Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.” Hipotezine İlişkin Bulgular

Panik Bozukluk çocukluk çağında başlayabildiği gibi, 45 yaş sonrasında da başlayabilir fakat normal koşullarda başlaması beklenen zaman dilimi 20-24 yaş aralığıdır (APA, 2013). Ergil ise (2006), 54 Panik Bozukluğu hastasıyla yaptığı bir çalışmada yaş ortalamasının 36.9 bulunmuştur.

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile hastalığın başlangıç yaşı arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik hipotez doğrulanmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı ne kadar küçük olursa sorun çözme becerilerinin o kadar gelişmemiş olduğu görülmüştür.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda Panik Bozukluğun çeşitlilik gösteren bir klinik görünümü olduğu vurgulanmakta, hastalığın klinik görünümünde başlangıç yaşı, cinsiyetler arası belirtileri, gidişi ve şiddeti gibi değişkenlerde farklılıklar olduğu bildirilmektedir (Ergil, 2006). Başlangıç yaşına göre panik hastalarında farklı gidiş şekli ve klinik belirtiler saptanabilmektedir. Bozukluğun başlangıç yaşının 15-25 ve 45-54 yaşları arasında iki kez tepe yapma eğilimi gösterdiği, ancak ergenlik ve çocukluk döneminde de olabileceği bildirilmiştir (Onur ve ark., 2004). Başlangıç yaşı erken olan Panik Bozukluğu olguları, geç başlangıçlı olanlara göre panik atağı sırasında daha fazla oranda depersonalizasyon belirtisi göstermektedir. Başlangıç yaşı ileri olan olgularda ise hastalığın şiddeti ve aile yükünlüğü daha düşüktür (Segui ve ark., 2000).

Tükel (2000) göre, Panik Bozukluk genellikle ergenlik ile 30 yaş arasında başlamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 25'tir ve tedavi için başvuranların çoğu 25-45 yaşlarındadır. Yaşlandıkça panik bozukluğu sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde ise nadiren görülmektedir. Başlangıç yaşının, özellikle kadınlarda, erken başlangıçlı (15-34 yaş) ve geç başlangıçlı (45-54 yaş) olarak bimodal yaş dağılımı gösterdiği saptanmıştır (Tükel 2000).

Bu çalışmada ise, erken yaşta semptomatik olan hastaların probleme olumlu yönelimlerinin az olduğu ve daha çok kaçınan davranışlar sergiledikleri gözlenmiştir. Bu durum hastalığın erken yaşta görülmesinin bireyin gelişimini olumsuz yönde etkilediğini akıllara getirmektedir. Genel anlamda bu çalışmada ve literatüre bakıldığında hastanın yaşı ilerledikçe Panik Bozukluğun şiddetinin azaldığı görülmektedir.

5.5. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar, Geçmişte Terapi Varlığına Göre Anlamli Farklılık Göstermektedir.” Hipotezine İlişkin Bulgular

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanların, geçmişte terapi varlığının anlamli farklılık göstermesine yönelik hipotez doğrulanmıştır. Geçmişte terapi alan katılımcıların Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puanları ile geçmişte terapi almayan katılımcıların toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığı verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle Mann-Whitney U-testi uygulanmıştır. Buna göre Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği toplam skorları ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamli fark vardır.

Psikolojik müdahaleler panik ataklarını azaltmaktadır. Ayrıca psikolojik müdahaleler laboratuvarında oluşturulan ataklar üzerinde de olumlu etki yapmaktadır (Yüksel, 2002). Bilişsel ve davranışçı terapiler, Panik Bozukluğu için etkili tedavi yöntemleridir. Bilişsel model Panik Bozukluk olgularının bazı somatik belirtileri gerçekte olduğundan daha tehlikeli olarak algıladığını ileri sürer. Bu da yaklaşan bir tehlike olarak yaşanır. Davranışçı yaklaşım ise, anksiyetenin öğrenilmiş bir yanıt olduğunu ileri sürer. Birey anksiyete uyarısından uzak durarak anksiyeteyi gidermeye veya azaltmaya çalışır (Yüksel, 2002).

Bilişsel davranışçı terapi beden duyumu fobileri, beklenti anksiyetesi ve agorafobi belirtilerine yönelik tedavi yöntemleri geliştirmiştir. Panik ataklarının sıklığını,

belirtilerin şiddetini ve panik bozukluğunun yarattığı yetiyetimini azaltmada bilişsel davranışçı terapinin plasebodan, bekleme listelerinden ve özgül olmayan psikoterapötik yöntemlerden üstün olduğunu göstermektedir (Alkın, 2002).

Çeşitli bildirimler bilişsel ve davranışçı terapilerin tek başına yapılan farmakoterapiye üstün olduğu sonucuna varmıştır; buna karşın bazı çalışmalarda karşı bulgular ortaya konmuştur. Birkaç çalışmada ve bildirimde farmakoterapi ile birlikte bilişsel ya da davranışçı terapinin birlikte uygulanmasının her iki tedavinin de tek başına uygulanmasından çok daha etkili olduğunu bildirmektedir. Uzun dönem izlemde yapılan çalışmalarda ise, bilişsel ya da davranışçı terapi alan hastaların daha uzun süren iyileşme gösterdiği sonucuna varmıştır (Kaplan ve Sadock, 2005).

Grup olarak verilen bilişsel davranışçı terapilerin de en az bireysel bilişsel davranışçı terapi uygulamaları kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Bilişsel davranışçı terapi ile elde edilen terapötik kazanımları uzun dönemde koruduğuna dair doyurucu kanıtlar vardır. Bir yıldan uzun süreli izleme çalışmalarında bilişsel davranışçı terapi ile tedavi görmüş hastaların %75-87'sinin panik ataksız bir yaşam sürdürdükleri belirlenmiştir (Alkın, 2002).

Bu çalışmadan çıkan sonuca göre hastanın klinik semptom şiddeti arttıkça sorun çözme becerileri açısından terapi varlığının önemi artmaktadır. Panik bozukluğu hastasının terapi görmesinin sorun çözme becerilerine olumlu yönde etki ettiği görülmektedir. Bu durum bize, panik bozukluğu hastalığında, diğer tedavilerin yanında psikoterapi almasının hastalığın olumlu seyri açısından ciddi bir önem arz ettiğini de göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarında, Panik Bozukluk hastalarında terapi varlığının, literatürdeki benzer sonuçlar ile örtüştüğünü göstermektedir.

5.6. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar ile Atak Sıklığı Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır.” Hipotezine İlişkin Bulgular

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanlar ile atak sıklığı arasında anlamlı bir ilişkiye yönelik hipotez doğrulanmıştır. Hastaların haftalık atak sıklıkları değerlendirildiğinde atak sıklığı arttıkça problem çözme becerilerinin azaldığı, sosyal işlevselliklerinin azaldığı, panik atakların daha şiddetli seyrettiği tespit edilmiştir.

Kocabaşoğlu (2002), panik atakların, çok çeşitli psikiyatrik bozukluklarda (özellikle fobi, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal fobi, depresyon) ve tıbbi durumlarda (madde entoksikasyonu) ortaya çıktığını vurgulamıştır. Ayrıca Tylor (2000), panik atağın süresi, atakların sıklığı, semptomların yoğunluğu, katastrofik düşüncenin doğası, atağın terminasyonuna verilen mekanik cevaplar gibi, diğer karakteristiklerinin dikkate alınması, panik atağın şiddetini belirleme ve faktörleri kontrol etmede önemli olduğunu vurgulamaktadır.

DSM-5'e göre Panik Bozukluk, tekrar eden beklenmedik ataklardır. Bu bozukluğun ortaya çıkması için, bu ataklardan en az birini, devam eden bir ay içinde daha fazla atağın takip etmesi ve bu atakların sayısının endişe verici olması ve atakların sonucunda davranış değişikliklerinin olması gereklidir (iş veya okul aktivitelerinden kaçınmak gibi). Bunlara ek olarak, panik ataklar yalnızca madde kullanımının direk etkisiyle, tıbbi müdahaleyle ya da genel tıbbi durum nedeniyle durmamalıdır (hipertiroid, kalp yetmezliği gibi). Eğer semptomlar, sosyal kaygı bozukluğunda yaşanan yalnızca sosyal durumlarda tetiklenen panik ataklar gibi, başka bozuklukların semptomlarıyla karışırsa Panik Bozukluk tanısı konmaz.

Mevcut literatür de, Panik Bozukluğu tanısı almış hastalarda klinik şiddeti, sosyal işlevsellik ve sorun çözme düzeyleriyle atak sıklığı arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Bu özellik açısından da çalışmamız bu alanda bir ilk oluşturmaktadır. Hastaların atak sıklığı arttıkça problem çözme becerilerinin

ve sosyal işlevselliklerinin azalmasının, hastalığın şiddetinin artmasına bağlı olarak oluşabilecek patolojik bir durum şeklinde değerlendirilmektedir.

5.7. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği Ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar, İntihar Öyküsü Varlığına Göre Anlamlı Farklılık Göstermektedir.” Hipotezine İlişkin Bulgular

Bu çalışmada, geçmişinde intihar öyküsü olan hasta ile olmayan hastalar klinik şiddeti, sorun çözme becerileri ve sosyal işlevsellik yönünden karşılaştırıldığında, intihar geçmişi olanlarda Sosyal Sorun Çözme Envanteri'nin Probleme Olumsuz Yönelim ve Dikkatsiz-Dürtüsel alt ölçekleriyle, Beck Anksiyete Ölçeği ve Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir.

Genel itibariyle anksiyete bozukluklarını, spesifik olarak panik bozukluğunu içeren diğer psikiyatrik bozukluklar, ortalama intihar riskinden daha yüksek riske sahiptirler ancak bugüne kadar bu gruplarda kesin riski ortaya koyan çok az çalışma mevcuttur (Williams, 1997).

Iancu ve arkadaşları (2001), panik bozuklukta aleksitimi ve suisidi ele almışlardır. Bu çalışma Panik Bozukluğu olan kişilerin suisid ve depresyon riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Panik Bozukluğu hastalarında önemli bir diğer risk etkeni, intihar düşünceleri ve girişimleridir. Lepine ve arkadaşlarının 1993'te yaptıkları bir çalışmada, Panik Bozukluğu hastalarının %42'sinin yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde bulduklarını bildirmişlerdir. Panik Bozukluğu hastalarında intihar girişimlerinin sıklıkla, eşlik eden psikopatoloji, özellikle de MDB ve alkol/ madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tükel, 2002).

McAuliffe, Keeley ve Corcoran (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, birden fazla intihar girişiminde bulunan kimselerin yalnız bir girişimde bulunanlardan daha düşük problem çözme becerisine sahip olduklarını görülmüştür. Yine Eskin ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan ve 121 ayaktan tedavi gören Türk psikiyatri hasta ile yapılan bir çalışmada, yetersiz sorun çözme beceri düzeyleri hem intiharı düşünme hem de girişimlerinin yordayıcısı olarak bulunmuştur. Eskin, Ertekin, Dereboy ve

Demirkıran (2007) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, lise öğrencisi ergenler arasında, yetersiz problem çözme becerilerinin hem intihar düşüncesi hem de girişimlerinin yordayıcısı olduğunu saptamışlardır.

Genel olarak bakıldığında intihar davranışı probleme olumsuz yönelim gösteren hastalarda beklenen bir davranıştır. Dürtü kontrolünde de sorun yaşayan bireyin intihar davranışında bulunması öngörülebilir. Bu grup hastalarda psikopatoloji şiddetinin bu kadar yüksek olması hastayı çıkmaza sokmakta ve hasta tarafından intihar bir çözüm gibi görülmektedir. Ayrıca hastada mevcut olan dürtüsel yapı da bu davranışa ivme kazandırmaktadır.

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanların, intihar öyküsü varlığının anlamlı farklılık göstermesine yönelik hipotez doğrulanmıştır. Bu durum bize, söz konusu hasta grubunda intihar varlığının, hastalığın seyrine ilişkin ciddi bir durum olduğu düşüncesini vermektedir. Ayrıca hastayla yapılacak ilk klinik görüşmelerde, hastanın intihar durumuna ilişkin klinisyen tarafından ciddi sorgulamalar yapılmasının hastalığın seyri açısından ciddi bir önem arz ettiği değerlendirilmektedir. Tüm çalışmalar dikkate alındığında, bu çalışmadan elde edilen sonuç ile literatürde bulunan diğer çalışmalar arasında benzer sonuç bulunduğu söylenebilir.

5.8. “Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların, Klinik Semptom Şiddetini Ortaya Koyan Ölçekler, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Envanterinden Aldıkları Puanlar, Travma Öyküsü Varlığı Göre Anlamlı Farklılık Göstermektedir.” Hipotezine İlişkin Bulgular

Yapılan literatüre taramasında, travmatik bir olay yaşayan kimselerin bazıları arasında kaygı bozukluklarından, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülmektedir. Bir çalışmada Nezu ve Carnevale (1987) Vietnam gazileri arasında, problem çözme becerilerinin, travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkisini araştırmışlardır. Araştırmanın bulgularına göre, travma sonrası stres bozukluğu olan gazilerin, olmayanlardan daha fazla, etkili olmayan sorun çözme becerilerine sahip oldukları görülmüştür. Bir başka çalışmada ise, Oflaz, Hatipoğlu ve Aydın (2008)

Marmara depremini yaşamış ve DSM-IV TSSB tanı ölçütlerini karşılayan 51 kişi yalnız psikoeğitim, psikoeğitim ve ilaç tedavisi ve yalnız ilaç tedavisi olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Psikoeğitimde hastalara, problem çözme becerilerini de kapsayan başatma becerileri öğretilmiştir. Araştırma bulguları, hem psikoeğitim hem de ilaç tedavisi alan grubun en fazla iyileşme kaydettiğini göstermektedir.

Panik Bozukluğu tanısı almış hastaların klinik semptom şiddetini ortaya koyan ölçekler, sosyal işlevsellik ölçeği ve sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puanların, travma öyküsü varlığının anlamlı farklılık göstermesine yönelik hipotez doğrulanmamıştır. Geçmişinde travma öyküsü olan hasta ile olmayan hastalar klinik şiddeti, sorun çözme becerileri ve sosyal işlevsellik yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olmadığı görülmüştür. Sonucun bu şekilde çıkmasının temel sebeplerinin; bu çalışmanın tek merkezli bir çalışma olmasının ve çalışmaya katılan hasta grubunun aynı sosyodemografik ve ekonomik özellikler gösteren hasta grubu olmasının etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulguların genel bir değerlendirmesi yapılmış ve bu değerlendirmelere bağlı önerilerde bulunulmuştur.

6.1. Sonuç

1. Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin, Sosyal Çekilme alt ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon, Kişilerarası İşlevsellik alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Öncü Sosyal Etkinlikler alt ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon, Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Bağımsızlık Düzeyi-performans alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam skorları arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu saptanmıştır.

2. Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği toplam puanları ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin Sosyal Çekilme alt ölçeğiyle arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon, Kişilerarası İşlevsellik alt ölçeğiyle arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Öncü Sosyal Etkinlikler alt ölçeğiyle arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon, Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeğiyle arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Bağımsızlık Düzeyi-performans alt ölçeğiyle arasında negatif yönde zayıf korelasyon, Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam skorlarıyla arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon olduğu saptanmıştır.

3. Hastaların yaşı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin Kişilerarası İlişki alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı, Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği arasında ise pozitif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

4. Hastaların yaşı ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puanı ve Probleme Olumlu Yönelim alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

5. Hastaların başlangıç yaşı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin Kişilerarası İlişki alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı, Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği ve Bağımsızlık-performans alt ölçekleri ile pozitif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

6. Hastaların başlangıç yaşı ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puanı ve Probleme Olumlu Yönelim alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı, Kaçınan alt ölçeği ile negatif yönde zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

7. Atak sıklığı ile Sosyal Sorun Çözme Envanteri toplam puanı ile orta şiddette negatif korelasyon, Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam skorları ile negatif yönde zayıf korelasyon, Beck Anksiyete Ölçeği toplam skorları ile orta şiddette pozitif korelasyon, Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği toplam skorları ile orta şiddette pozitif korelasyon bulunduğu tespit edilmiştir.

8. Geçmişte intihar öyküsü olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları ile geçmişte intihar öyküsü olmayan katılımcıların toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığı verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Student T testi uygulanmıştır. Buna göre intihar öyküsü varlığı ile Beck Anksiyete Ölçeği toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Panik bozukluk, bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtilerle seyreden, başta hastaların sosyal işlevsellikleri olmak üzere hemen hemen tüm alanlarda işlevsellik kaybına yol açan, etiolojisinde biyopsikososyal nedenler yatan bir bozukluktur. Hastalığın görülme yaşı, klinik gidişatı, hasta üzerinde yarattığı yıkım, aileye ve topluma oluşturduğu maddi ve manevi yük göz önüne alındığında, hastalığın semptomları ile beraber sorun çözme becerileri ve sosyal işlevselliğindeki bozulmalar da tedavinin ana hedeflerinden birini oluşturmaktadır.

Bu çalışma panik bozukluğu hastalarının psikopatoloji şiddeti ve klinik özelliklerini sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerileri arasındaki ilişkiyi incelemesiyle literatürde bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Bu çalışmada elde edilen veriler ileride

diğer bilim insanlarının dikkatini çekerek daha ileri araştırmalara kaynak sağlayacak niteliktedir.

6.2. Öneriler

Bu çalışmada bazı sınırlılıklar vardır. Çalışmaya dâhil edilen hastalar tek merkezde ayaktan takip ve tedavi edilen hastalar olup sosyo-demografik özellikleri, yaşam biçimleri, ekonomik durumları evren ile örtüşme bağlamında tam bir tutarlılık gösteremeyebilir.

Klinik psikopatoloji şiddetini değerlendirirken psikometrik testler dikkate alınmıştır. Sosyal ve akademik aktivite, bağımsız yaşam, toplumsal ilişkiler gibi diğer faktörleride dâhil edilmesi hastalık şiddetini değerlendirmede daha sağlıklı olabilir.

Yukarıda belirtilen sınırlılıklarının aşıldığı başka çalışmaların yapılmasının, hastalığın farklı bileşenlerinin ortaya konulabilmesi açısından uygun olacağı değerlendirilmektedir.

Ayrıca ulaşılan bu sonuçlar ışığında, aşağdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Bu çalışmada semptom şiddetini ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği ve Panik Bozukluk şiddeti Ölçeği kullanılmıştır. Başka şiddet ölçeklerinin (Hamilton Anksiyete Ölçeği vb.) kullanıldığı çalışmalar sayesinde farklı semptom düzeyleri karşılaştırılabilir.

2. Panik Bozukluğu tanısı almış hastalara, problem çözme becerilerini arttırmak maksadıyla, sorun çözme terapisi ve eğitimini bireysel ve grup çalışması halinde vererek sonuçlarının benzer çalışmalarla karşılaştırılması sağlanabilir. Özellikle, neden sonuç ilişkisinin çıkarılabilmesine daha uygun olan boylamsal çalışmalar yapılabilir.

3. Panik Bozukluğu hastalığı, bireyin aile ve yakın sosyal çevresini son derece olumsuz yönde etkileyen bir rahatsızlıktır. Panik Bozukluğu hastalığı yaşayan

bireyin ailesinin sorun çözüme becerilerinin araştırıldığı çalışmalar yapılarak, hastanın sosyal destek sistemleri ve hastalığına olan olumlu ve olumsuz katkıları konusunda farklı değişkenleri ele alan çalışmalar yapılabilir.

4. Panik Bozukluğu hastalarına Bilişsel Davranışçı Terapi'nin yanında diğer psikoterapi yöntemleri uygulanarak hastaların sorun çözüme beceri düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmaların yapılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

5. Panik Bozukluğu hastalarının sosyal işlevselliğini ölçebilecek başka ölçeklerin kullanılacağı araştırmalar yapılarak karşılaştırmalı sonuçların elde edileceği çalışmalar yapılabilir.

6. Panik Bozukluğu hastalarına Bilişsel Davranışçı Terapi tabanlı Sorun Çözme Beceri Eğitim programı hazırlanarak bunu belirli zaman dilimleri içerisinde hastalara vererek bu hastaların sosyal işlevselliğini ve sorun çözüme beceri düzeylerini karşılaştırmak mümkündür.

KAYNAKÇA

- Abelson, J. L., Weg, J. G., Nesse, R. M., & Curtis, G. C. (2001). Persistent respiratory irregularity in patients with panic disorder. *Biological Psychiatry*, 49(7), 588-595.
- Adalbjarnardottir, S. (1995). How schoolchildren propose to negotiate: The role of social withdrawal, social anxiety, and locus of control. *Child Development*, 66(6), 1739-1751.
- Alaor Filho, S., Maciel, B. C., Romano, M. M., Lascala, T. F., Trzesniak, C., Freitas-Ferrari, M. C., et al. (2011). Mitral valve prolapse and anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 247-248.
- Alkın, T., & Bandelow, B. (2002). Assessing the severity of panic disorder and agoraphobia:: Validity, reliability and objectivity of the Turkish translation of the Panic and Agoraphobia Scale (P&A). *Journal of anxiety disorders*, 16(3), 331-340.
- Asmundson, G. J., & Norton, G. R. (1993). Anxiety sensitivity and its relationship to spontaneous and cued panic attacks in college students. *Behaviour Research and Therapy*, 31(2), 199-201.
- Aydemir, Ö. (2009). köroğlu E. *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.*
- Bandelow, B., Wedekind, D., Pauls, J., Broocks, A., & Rı, E. (2000). Salivary cortisol in panic attacks. *American Journal of Psychiatry*.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*: Guilford press.
- Beck, A. T., & Steer, R. (1987). Manual for the revised Beck depression inventory. *San Antonio, TX: Psychological Corporation.*
- Bedell, J., Lennox, S. S., Smith, A. D., & Rabinowicz, E. F. (1998). Evaluation of problem solving and communication skills of persons with schizophrenia. *Psychiatry research*, 78(3), 197-206.
- Bekker, M. H. (1996). Agoraphobia and gender: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(2), 129-146.
- Birliği, A. P. (1996). Mental Bozukluklann Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü baskı (DSM-IV). *Ankara: Hekimler Yaym Birliği*, 218-227.

- Birliği, A. P. (2000). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. *Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR)*, Washington DC.
- Birliği, A. P. (1980). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, üçüncü baskı (DSM-III). *Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington. Çeviren E Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.*
- Birliği, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1. *Baskı, Washington: American Psychiatric Association.*
- Blanchard, J. J., Sayers, S. L., Collins, L. M., & Bellack, A. S. (2004). Affectivity in the problem-solving interactions of schizophrenia patients and their family members. *Schizophrenia research, 69*(1), 105-117.
- Busch, F. N., Milrod, B. L., Singer, M. B., & Aronson, A. C. (2012). *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy—extended range* (Vol. 36): Routledge.
- Bustini, M., Stratta, P., Daneluzzo, E., Pollice, R., Prosperini, P., & Rossi, A. (1999). Tower of Hanoi and WCST performance in schizophrenia: problem-solving capacity and clinical correlates. *Journal of Psychiatric Research, 33*(3), 285-290.
- Carlton, P. L., Manowitz, P., McBride, H., Nora, R., Swartzburg, M., & Goldstein, L. (1987). Attention deficit disorder and pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry.*
- Caselli, R. J., Reiman, E. M., Hentz, J. G., Osborne, D., & Alexander, G. E. (2004). A distinctive interaction between chronic anxiety and problem solving in asymptomatic APOE e4 homozygotes. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 16*(3), 320-329.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2006). Gene–environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience, 7*(7), 583-590.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks.
- Coche, E., & Flick, A. (1975). Problem-solving training groups for hospitalized psychiatric patients. *The Journal of psychology, 91*(1), 19-29.

- Cohen, H., Benjamin, J., Geva, A. B., Matar, M. A., Kaplan, Z., & Kotler, M. (2000). Autonomic dysregulation in panic disorder and in post-traumatic stress disorder: application of power spectrum analysis of heart rate variability at rest and in response to recollection of trauma or panic attacks. *Psychiatry research, 96*(1), 1-13.
- Cox, B. J., Borger, S. C., Taylor, S., Fuentes, K., & Ross, L. M. (1999). Anxiety sensitivity and the five-factor model of personality. *Behaviour research and therapy, 37*(7), 633-641.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D., Kuch, K., & Reichman, J. T. (1993). Gender effects and alcohol use in panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*(4), 413-416.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Epstein, A., Wittchen, H. U., Pine, D. S., Lewis-Fernández, R., et al. (2010). Panic disorder: a review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and anxiety, 27*(2), 93-112.
- Cüceloğlu, D. (1995). İyi düşün doğru karar ver. *İstanbul: Sistem Yayıncılık*.
- Çekici, F. (2009). Problem Çözme Terapisine Dayalı Beceri Geliştirme Grubunun Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Problem Çözme Becerileri, Öfkeyle İlişkili Davranış Ve Düşünceler İle Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisi. Yayınlanmış Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology, 78*(1), 107.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(2), 156.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and Assessment.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2002). Manual for the social problem-solving inventory-revised. *North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems*.
- Davis, M., & Whalen, P. J. (2001). The amygdala: vigilance and emotion. *Molecular psychiatry, 6*(1), 13-34.
- Demirdağ, Elvan. (2013). Depresyon Sağaltımında Sorun Çözme Eğitiminin Etkinliği. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

- Dresler, T., Guhn, A., Tupak, S. V., Ehli, A.-C., Herrmann, M. J., Fallgatter, A. J., et al. (2013). Revise the revised? New dimensions of the neuroanatomical hypothesis of panic disorder. *Journal of neural transmission*, 120(1), 3-29.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19(1), 109-120.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*, 28(3), 343-363.
- Elliott, T. R., & Shewchuk, R. M. (2003). Social problem-solving abilities and distress among family members assuming a caregiving role. *British Journal of Health Psychology*, 8(2), 149-163.
- Eskin, M. (1997). Cross-cultural tests of the gender-role consistency and stigma hypotheses of suicidal behavior. *Journal of Gender Culture and Health*, 2, 245-262.
- Eskin, M. (2009). Sorun çözme terapisi. *Ankara: HYB Basım Yayın*.
- Eskin, M., Akoğlu, A., & Uygur, B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: intihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 266-275.
- Eskin, M., & Aycan, Z. (2009). Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri'nin Türkçe'ye (Tr-SSÇE-G) Uyarlanması Güvenirlilik ve Geçerlilik Analizi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12 (23), 1-10.
- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C., & Demirkiran, F. (2007). Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis*, 28(3), 131-139.
- Feher, A., Graef, A., Galfi, M., Juhasz, A., & Janka, Z. (2012). P. 1. a. 010 BDNF Val66Met polymorphism in major depression and in therapeutic response. *European Neuropsychopharmacology*, 22, S158-S159.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. (1996). User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I Disorders—Research version. *New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute*.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version*: American Psychiatric Pub.
- Gamze, E. (2006). *Panik Bozukluğu Hastaları ve Birinci Derece Akrabalarında Afektif Mizacın Araştırılması*. İstanbul.
- Garland, A., Harrington, J., House, R., & Scott, J. (2000). A pilot study of the relationship between problem-solving skills and outcome in major depressive disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 73(3), 303-309.
- Goodwin, R. D., Hamilton, S. P., Milne, B. J., & Pine, D. S. (2002). Generalizability and correlates of clinically derived panic subtypes in the population. *Depression and anxiety*, 15(2), 69-74.
- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M., & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 493-505.
- Güneş, F., (2011). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Problem Çözme Düzeylerinin Sosyal Yetkinlik ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Graeff, F. (2012). New perspective on the pathophysiology of panic: merging serotonin and opioids in the periaqueductal gray. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 45(4), 366-375.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Smith, S., et al. (2006). The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(3), 363-374.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Glandon, G. L., Raper, J. L., & Giger, J. N. (2006). Social support, social problem-solving abilities, and adjustment of family caregivers of stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(3), 343-350.
- Hamarta, E. (2009). A prediction of self-esteem and life satisfaction by social problem solving. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 37(1), 73-82.

- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(2), 207-214.
- Heppner, P. P., Witty, T. E., & Dixon, W. A. (2004). Problem-Solving Appraisal and Human Adjustment A Review of 20 Years of Research Using the Problem Solving Inventory. *The Counseling Psychologist, 32*(3), 344-428.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American journal of Psychiatry.*
- Jacob, C., Domschke, K., Gajewska, A., Warrings, B., & Deckert, J. (2010). Genetics of panic disorder: focus on association studies and therapeutic perspectives. *Expert review of neurotherapeutics, 10*(8), 1273-1284.
- Jeglic, E. L., Sharp, I. R., Chapman, J. E., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2005). History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. *Archives of Suicide Research, 9*(2), 135-146.
- Johnson, P. L., Molosh, A., Truitt, W. A., Fitz, S. D., & Shekhar, A. (2012). Orexin, stress and anxiety/panic states. *Progress in brain research, 198*, 133.
- Katon, W., Russo, J., Sherbourne, C., Stein, M. B., Craske, M., Fan, M.-Y., et al. (2006). Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychological medicine, 36*(03), 353-363.
- Keller, M. B., Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Pratt, L. A., Gollan, J. K., Massion, A. O., et al. (1994). Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up. *The Journal of nervous and mental disease, 182*(5), 290-296.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., et al. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry, 69*(4), 372-380.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry, 63*(4), 415-424.
- Klein, D. F. (1980). Anxiety reconceptualized. *Comprehensive Psychiatry, 21*(6), 411-427.

- Klohn, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of personality and social psychology*, 70(5), 1067.
- Kocabaşoğlu, N. (2002). Panik bozukluğu, agorafobi ve diğer komorbid durumlar. In *Yeni Symposium* (Vol. 40, pp. 68-75).
- Köknel, Ö. (2007). *99 Sayfada Panik Atak (1. Baskı)*.
- Köroğlu, E. (2006). *Kaygılarımız Korkularımız. Ankara: HYB Yayıncılık.*
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). The self-presentation model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 94-112.
- Leon, A. C., Shear, M. K., Klerman, G. L., Portera, L., Rosenbaum, J. F., & Goldenberg, I. (1993). A comparison of symptom determinants of patient and clinician global ratings in patients with panic disorder and depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13(5), 327-331.
- Leonardo, E., & Hen, R. (2006). Genetics of affective and anxiety disorders. *Annu. Rev. Psychol.*, 57, 117-137.
- Levenson, M., & Neuringer, C. (1971). Problem-solving behavior in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 433.
- Maron, E., Hettema, J., & Shlik, J. (2010). Advances in molecular genetics of panic disorder. *Molecular psychiatry*, 15(7), 681-701.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 167-195.
- McAuliffe, C., Keeley, H. S., & Corcoran, P. (2002). Problem solving and repetition of parasuicide. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(04), 385-397.
- McCoy, A. R., & Reynolds, A. J. (1999). Grade retention and school performance:: An extended investigation. *Journal of School Psychology*, 37(3), 273-298.
- McNally, R. J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*: Guilford Press.
- Medalia, A., Revheim, N., & Casey, M. (2002). Remediation of problem-solving skills in schizophrenia: evidence of a persistent effect. *Schizophrenia research*, 57(2), 165-171.
- Mersin, S., (2011). Depresyon Tanısı Konan Erkek Hastalara Verilen Sorun Çözme Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Milrod, B. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*: American Psychiatric Pub.
- Morris, S. E., Bellack, A. S., & Tenhula, W. N. (2004). Social Problem Solving and Schizophrenia.
- Nezu, A. M., & Carnevale, G. J. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 96*(2), 155.
- Nezu, A. M., & Ronan, G. F. (1988). Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology, 35*(2), 134.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*: Lexington.
- Oei, T. P., Wanstall, K., & Evans, L. (1990). Sex differences in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 4*(4), 317-324.
- Oflaz, F., Hatipoğlu, S., & Aydin, H. (2008). Effectiveness of psychoeducation intervention on post-traumatic stress disorder and coping styles of earthquake survivors. *Journal of Clinical Nursing, 17*(5), 677-687.
- Ögülmüş, S. (2006). *Kisilerarası Sorun Çözme Becerileri ve Eğitimi. Baski. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.*
- Özcan, C.T., (2007). *Kişilerarası Sorun Çözme Eğitiminin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklardaki Karşı Gelme Belirtileri Üzerine Etkileri. Yayınlanmış Doktora Tezi. GATA, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Patsiokas, A. T., Clum, G. A., & Luscomb, R. L. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(3), 478.
- Pilecki, B., Arentoft, A., & McKay, D. (2011). An evidence-based causal model of panic disorder. *Journal of anxiety disorders, 25*(3), 381-388.
- Platt, J. J., Siegel, J. M., & Spivack, G. (1975). Do psychiatric patients and normals see the same solutions as effective in solving interpersonal problems? *Journal of Consulting and Clinical psychology, 43*(2), 279.
- Platt, J. J., & Spivack, G. (1972). Problem-solving thinking of psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39*(1), 148.

- Rapee, R. M., Litwin, E. M., & Barlow, D. H. (1990). Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *American Journal of Psychiatry*, *147*(5), 640-644.
- Revheim, N., & Medalia, A. (2004). The independent living scales as a measure of functional outcome for schizophrenia. *Psychiatric Services*.
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (part I): Psychometric properties of a new measure. *Behaviour research and therapy*, *43*(3), 391-401.
- Rotheram-Borus, M. J., Trautman, P. D., Dopkins, S. C., & Shrout, P. E. (1990). Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *Journal of consulting and clinical psychology*, *58*(5), 554.
- Rouse, K. A. G., Ingersoll, G. M., & Orr, D. P. (1998). Longitudinal health endangering behavior risk among resilient and nonresilient early adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *23*(5), 297-302.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. (1988). The many faces of social isolation in childhood. *Journal of consulting and clinical psychology*, *56*(6), 916.
- Rushe, T., Morris, R., Miotto, E., Feigenbaum, J., Woodruff, P., & Murray, R. (1999). Problem-solving and spatial working memory in patients with schizophrenia and with focal frontal and temporal lobe lesions. *Schizophrenia research*, *37*(1), 21-33.
- Sarıçam, H. (2015). Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Mutluluğa Etkisi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, *4*(8), 1-12.
- Schafe, G. E., Atkins, C. M., Swank, M. W., Bauer, E. P., Sweatt, J. D., & LeDoux, J. E. (2000). Activation of ERK/MAP kinase in the amygdala is required for memory consolidation of pavlovian fear conditioning. *The Journal of neuroscience*, *20*(21), 8177-8187.
- Schenberg, L. C. (2010). Towards a translational model of panic attack. *Psychology & Neuroscience*, *3*(1), 9-37.
- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization model. *Psychological bulletin*, *92*(3), 641.
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, *55*(1), 49.

- Scotti, J. R., Morris, T. L., McNeil, C. B., & Hawkins, R. P. (1996). DSM-IV and disorders of childhood and adolescence: Can structural criteria be functional? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1177.
- Steer, R. A., Ranieri, W. F., Beck, A. T., & Clark, D. A. (1993). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders, 7*(3), 195-205.
- Stewart, S. L., & Rubin, K. H. (1995). The social problem-solving skills of anxious-withdrawn children. *Development and Psychopathology, 7*(02), 323-336.
- Şirin, B. (2008). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozukmuş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment, 19*(2), 176.
- Tükel, R. (2000). *Anksiyete Bozuklukları (I. Baskı)*.
- Tükel, R. (2002a). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 3*, 5-1.
- Tükel, R. (2002b). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 5*, 5-15.
- Weishaar, M. E. (1996). Cognitive risk factors in suicide.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., et al. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*(4), 305-309.
- Wells, A. (2002). Depressive rumination. *Nature, theory, and treatment, 3rd edn.* Wiley, New York, 261-273
- White, J. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Bartusch, D. J., Needles, D. J., & Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *Journal of abnormal psychology, 103*(2), 192.
- Williams, J. M. G., & Dritschel, B. H. (1988). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition & emotion, 2*(3), 221-234.
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of comparative neurology and psychology, 18*(5), 459-482.

- Yetiş, Ö.Y., (2010). Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Bozukluğu Yaygınlığı Ve Sorun Çözme Becerileri İle İlişkisinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yorkers, K. A. (1994). Panic disorder in women. *Journal of Women's Health*, 3(6), 481-486.
- Yonkers, K. A., Zlotnick, C., Allsworth, J., Warshaw, M., Shea, T., & Keller, M. B. (1998). Is the course of panic disorder the same in women and men? *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 596-602.
- Yüksel, N. (2002). Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 14-21.
- Zurilla, T. (1988). Problem-solving therapies: Handbook of cognitive behavioural therapies/Ed. K. Dobson.—NY: Guilford press.

EKLER

EK-1: GATA Etik Kurul Onay Yazısı

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 3
OTURUM TARİHİ : 08 Mart 2016
DEFTER KAYIT NO : 165
OTURUM BAŞKANI : Prof.Hv.Tbp.Tuğg.Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof.Tbp.Tuğg.Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 08 Mart 2016 günü yapılan 3'üncü oturumunda, TSK Rehabilitasyon Merkezinde görevli Öğ.Yzb.Ergün YÖRÜK'ün sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Semptom Şiddeti, Sosyal İşlevsellik ve Sorun Çözme Becerisi Arasındaki İlişki" başlıklı çalışması değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	ÜYE	ÜYE	ÜYE	
İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI	
Orhan KOZAK Prof.Hv.Tbp.Tuğg.	Bülent BEŞİRBELLİOĞLU Prof.Tbp.Tuğg.	Metin HASDE Prof.Tbp.Alb.	Necdet DOĞAN Prof. Diş.Tbp.Alb.	
ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE	
İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI	
Bülent GÜLEÇ Prof.Tbp.Alb.	Fuat TOSUN Prof.Hv.Tbp.Alb.	Mahir GÜLEÇ Prof.Tbp.Alb.	Ömer DENİZ Prof.Tbp.Alb.	
ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE
İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI
Suzi DEMİRBAĞ Prof.Tbp.Alb.	Ahmet KORKMAZ Prof.Hv.Tbp.Alb.	Harun TUĞCU Prof.Tbp.Alb.	Muharrem UÇAR Doç.Dr.J.Tbp.Alb.	Emine İYİGÜN Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

EK-2:Sosyo-demografik Bilgi Formu**SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

TARİH:

1.Kimlik Bilgileri	
Adı Soyadı	
TC Kimlik No	
Yaşı	Cinsiyeti () Erkek () Kadın
Yaşadığı İl-İlçe-Köy	
Medeni Hali	() Evli () Bekar () Dul
Çocuk Durumu	() Var () Yok
Kiminle Yaşıyor?	() Kendi Ailesi () Ebevyn () Yalnız
2.Eğitim ve Sosyo-Ekonomik Durum	
Öğrenim Durumu (Eğitimde geçirdiğiniz yılı aşağıya yazınız)	
..... Yıl	
Mesleği	
Sosyo-Ekonomik Durumu	() 0-1000 () 1000-2000 () 2000-3000 () 3000-üstü
Anne	() Sağ () Vefat
Baba	() Sağ () Vefat
Anne - Öğrenim Yıl (Eğitimde geçirdiğiniz yılı yazınız)
Baba - Öğrenim Yıl (Eğitimde geçirdiğiniz yılı yazınız)
3.Sağlık Durumu	
Hastalığın Başlangıç Yaşı	
Halen Medikal Tedavi	() Evet () Hayır
Geçmişte Medikal Tedavi	() Evet () Hayır
Tedavisiz Süre	
Geçmişte Psikoterapi	() Evet () Hayır
Atak Sıklığı	Haftada.....
İntihar Öyküsü	() Evet () Hayır
Madde Kullanım	() Evet () Hayır
Remisyon Varlığı	Hastalık süresince bir yıl ve daha uzun sürelerde iyileşmeler görüldü mü? () Evet () Hayır
Ailede Psikiyatrik Öykü	() Evet () Hayır
Travma Öyküsü	() Evet () Hayır
Başka Tıbbi Hastalıklar	() Evet () Hayır

EK-3: Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

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

	Hiç	Hafif Düzeyde	Orta Düzeyde	Ciddi Düzeyde
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak/ateş basmaları				
3.Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkuşu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-4: SOSYAL SORUN ÇÖZME ENVANTERİ

Aşağıda günlük yaşamda problemlerle karşılaştığınızda ortaya çıkabilecek bazı düşünce, duyu ve davranış tarzlarınızla ilgili maddeler yer almaktadır. Burada genellikle karşılaştığınız sıradan güçlüklerden ya da her gün üstesinden başarıyla geldiğiniz baskılardan bahsedilmemektedir. Bu envantere sözü edilen problem, yaşamınızda önemli bir yeri olan, size sıkıntı veren fakat üstesinden nasıl geleceğinizi ya da sizi rahatsız etmesini durduracağınızı bilmediğiniz bir şeydir. Bu problem düşünceleriniz, duygularınız, davranışlarınız, sağlığınız ya da fiziksel görünüşünüz gibi kendinizle ilgili; aileniz, arkadaşlarınız, öğretmenleriniz, patronunuzla gibi diğer insanlarla ilişkilerinizle ilgili veya eviniz, arabanız, mal varlığınız, paranız gibi sahip olduğunuz şeylerle ve çevrenizle ilgili olabilir. Cümleleri okurken kendinizi bugünlerde bir problemle karşılaştığınızda her zaman düşündüğünüz, hissettiğiniz ve davrandığınız şekilde değerlendiriniz. Lütfen her cümleyi dikkatli bir şekilde okuyunuz ve cevap formunda bu cümlelerin size uygunluk derecesi "bana hiç uygun değil, bana çok az uygun, bana kısmen uygun, bana çok uygun, bana tamamen uygun" şeklindeki ifadelerden birine çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz.

	Hiç uygun değil	Çok az uygun	Kısmen uygun	Çok uygun	Tamamen uygun
1. Çözülmesi gereken önemli bir problemim olduğunda kendimi tehdit altında hisseder ve korku duyarım					
2. Karar verirken, tüm seçenekleri yeterince dikkatli bir şekilde değerlendirmem.					
3. Önemli bir karar vermem gerektiğinde kendimi huzursuz hisseder ve kendimden emin olamam.					
4. Bir problemi çözmeye ilişkin başlangıçtaki çabalarım başarısızlıkla sonuçlandığında, ısrar eder ve çabucak vazgeçmezsem sonunda iyi bir çözüm bulabileceğime inanırım.					
5. Ne zaman bir problemim olsa, o problemin çözülebileceğine inanırım.					
6. Bir problemi kendi başına çözmeye çalışmadan önce, ilk olarak o problemin kendiliğinden çözülüp çözülemeyeceğini görmek amacıyla bir şey yapmadan önce durup beklerim.					
7. Bir problemi çözmeye ilişkin başlangıçtaki çabalarım başarısızlıkla sonuçlandığında, hayal kırıklığına uğrarım.					
8. Zor bir problemle karşılaştığımda ne kadar çok çabalasam da, o problemi kendi başıma çözebileceğimden şüphe duyarım.					
9. Hayatımda bir problem oluştuğunda, problemin çözümü için uğraşmayı olabildiğince uzun bir süre ertelerim.					
10. Hayatımdaki problemlerle uğraşmaktan kaçınmak için her yolu denerim.					
11. Zor problemler beni çok mutsuz eder.					
12. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin olumlu ve olumsuz sonuçlarını tahmin etmeye çalışırım.					
13. Hayatımda problemler ortaya çıktığında, mühim olan en kısa sürede problemleri ele almak yani onlarla uğraşmak hoşuma gider.					
14. Bir problemi çözmeye çalışırken, aklıma gelen ilk iyi fikre göre hareket ederim.					
15. Zor bir problemle karşılaştığımda, yeterince gayret edersem o problemi kendi başıma çözebileceğime inanırım.					
16. Çözülmesi gereken bir problemim olduğunda, ilk yaptığım şeylerden biri problemle ilgili mümkün olduğu kadar çok bilgi edinmeye çalışmaktır.					
17. Problemleri çözmeyi, herhangi bir şey yapılamayacak hale gelinceye kadar ertelerim.					
18. Problemlerimden kaçınmaya onları çözmeye çalışmaktan daha fazla zaman harcarım.					
19. Bir problemi çözmeye çalışmadan önce, neyi başarmak istediğimi tam olarak bilmek için kendime belirli bir hedef oluştururum.					
20. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin avantaj ve dezavantajlarını gözden geçirmeye vakit ayırmam.					
21. Bir çözümü uygulamaya koyduktan sonra, durumun ne kadar iyi yönde değiştiğini mümkün olduğunca dikkatli bir biçimde değerlendirmeye çalışırım.					
22. Karşılaştığım bir problemi, olumlu bir şekilde yararlanacağım "bir fırsat" ya da "üstesinden gelinecek bir durum" olarak görmeye çalışırım.					
23. Bir problemi çözmeye çalışırken, yeni fikirler üretmez hale gelinceye dek mümkün olduğu kadar çok seçenek düşünürüm.					
24. Karar verirken, her seçeneğin sonuçları üzerinde pek fazla düşünmeden sezgilerimle hareket ederim.					
25. Karar verirken çok ani ve düşünmeden hareket ederim.					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı-Soyadı	Ergün YÖRÜK
Doğum Yeri ve Tarihi	Samsun 03/02/1976
Eğitim Durumu	
Lisans Öğretimi	Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğretimi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
Bildiği Yabancı Diller	
Projeler	
İş Deneyimi	
Çalıştığı Kurumlar	
İletişim	
E-Posta Adresi	yorukergun.55@gmail.com
Telefon	0506 8542300
Tarih	-- /-- / 2017