



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

PANİK ATAK HASTALARINDA EMDR KULLANIMI VE KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜNE ETKİSİ

SERDAR AVŞAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2021

PANİK ATAĞ HASTALARINDA EMDR KULLANIMI VE KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜNE ETKİSİ

SERDAR AVŞAR

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

LEFKOŞA
2021

KABUL VE ONAY

Serdar AVŞAR tarafından hazırlanan “**Panik Atak Hastalarında EMDR Kullanımı ve Kendini Toparlama Gücü**” başlıklı bu çalışma, 15/06/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ (Danışman)

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

.....
Doç.Dr. Fatmagül CİRHİNOĞLU

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

.....
Yrd. Doç. Dr. Pervin YİĞİT

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü

Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- X Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

..../..../2021

İmza

Serdar AVŞAR

TEŞEKKÜR

Bu araştırma sürecinde desteği ve katkılarını esirgemeyen eşim Ema AVŞAR' a, bilgi ve deneyimiyle desteğini esirgemeyen tez danışmanım Dr.Öğretim Üyesi Meryem KARAAZİZ'e teşekkür ederim.

Serdar AVŞAR
Lefkoşa, 2021

ÖZ

PANİK ATAK HASTALARINDA EMDR KULLANIMI VE KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜ

Amaç: Bu araştırmada EMDR terapisinin panik bozukluk semptomları ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisi ele alınmaktadır. **Yöntem:** Çalışma kapsamında ön test ve son test kullanılarak deney-kontrol grupları üzerinden araştırma yürütülmüştür. EMDR terapisinin bağımsız değişken olarak, panik bozukluk ve kendini toparlama gücü bağımlı değişkenleri üzerindeki etkisini saptamak amacıyla 20 deney grubu, 20 kontrol grubu için olmak üzere toplam 40 hasta ile çalışılmıştır. Araştırmada Panik Agorafobi Ölçeği ve Kendini Toparlama Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Öncelikle deney ve kontrol grubuna veri toplama araçları uygulanarak ön test yapılmıştır. Ardından deney grubuna EMDR terapisi uygulanırken, kontrol grubu mevcut psikoterapi tedavilerine devam ettirilmiştir. EMDR seanslarının sonlanması ile beraber son test yapılmış ve ön test sonuçları ile karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** EMDR uygulamalarının panik bozukluğu, panik atak özelliklerini, agorafobi/kaçınma davranışını, beklenti anksiyetesini, yeti yitimini, sağlık konusunda endişeyi, panik bozukluk şiddeti ve kendini toplama gücünü etkilediği ve hastaların panik bozukluk, panik atak özellikleri, agorafobi/kaçınma davranışı, beklenti anksiyetesi, yeti yitimi, sağlık konusunda endişe ve panik bozukluk şiddeti düzeylerinde düşüş sağlarken kendini toplama güncü artış sağladığı belirlenmiştir. **Sonuç:** Araştırma sonuçları, EMDR terapisinin panik bozukluk semptomlarını önemli ölçüde azalttığını ve kendini toparlama gücünü anlamlı ve olumlu biçimde etkilediğini göstermektedir. **Öneri:** Bu kapsamda akademik çalışmalarda EMDR üzerine yapılacak araştırmaların artırılması, klinikte ise EMDR terapisi eğitimlerinin artırılması ve yaygınlığının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler:EMDR terapisi, Kendini toparlama gücü, Panik atak, Panik bozukluk

ABSTRACT

EMDR THERAPY IN PATIENTS WITH PANIC ATTACK AND RESILIENCE

Purpose: This study examines the effect of EMDR therapy on panic disorder symptoms and resilience. **Method:** Within the scope of the study, the research was conducted on the experimental-control groups using pre-test and post-test. In order to determine the effect of EMDR therapy which is the independent variable, onpanic disorder and resilience which arethe dependent variables, data were collected from a total of 40 patients, 20 for the experimental group and 20 for the control group. Panic Agoraphobia Scale and Resilience Scale were used. First, a pre-test was conducted by applying scales to the groups. Then, while EMDR therapy was applied to the experimental group, the control group continued with the existing psychotherapy treatments. **Results:** EMDR applications affect panic disorder, panic attack characteristics, agoraphobia / avoidance behavior, anticipatory anxiety, disability, health anxiety, panic disorder severity and resilience, and patients' panic disorder, panic attack characteristics, agoraphobia / avoidance behavior, anticipatory anxiety it has been found to reduce the severity of disability, health anxiety and panic disorder, with increasing resilience.**Conclusion:** With the end of the EMDR therapy, the post-test was conducted and compared with the pre-test results. Results show that EMDR therapy significantly reduces symptoms of panic disorder and positively affects resilience.**Suggestions:**In this context, it is recommended to increase research on EMDR in academic studies, and to increase EMDR therapy training in clinics and to ensure its prevalence.

Keywords:EMDR therapy, Resilience, Panic attack, Panic disorder

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR	xi

1.BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu.....	2
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.2.1 Araştırma Problemleri	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	4
1.4. Sınırlılıklar.....	4
1.5. Tanımlar	5
2. BÖLÜM.....	6
KAVRAMSAL VE KURAMSAL BİLGİLER	6
2.1. Panik Bozukluk	6
2.1.1. Tarihçe	7
2.1.2. Biyolojik Etkenler	8
2.1.3. Sosyal Etkenler	9
2.1.4. Psikolojik Etkenler	11
2.2. Epidemiyoloji.....	14
2.2.1. Tanı Kriterleri.....	15
2.2.1.1. Panik Atak.....	15
2.2.1.2. Beklenti Anksiyetesi	17
2.2.1.3. Agorafobi	18
2.2.2. Ayırt Edici Tanı.....	19
2.2.3. Komorbid Durumlar	20
2.3. Kendini Toparlama Gücü.....	22
2.4. EMDR Terapisi.....	25

3. BÖLÜM	32
YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Modeli	32
3.2. Araştırmanın Örneklemi	32
3.3. Veri Toplama Araçları	33
3.4. Veri Toplama Yöntemi	34
3.5. Verilerin Analizi	34
3.6. Etik Konular	39
4. BÖLÜM	40
BULGULAR	40
4.1. Deney ve Kontrol Grubu Katılımlarının Kişisel Bilgilerine Yönelik Bulgular	40
4.2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Ön Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	44
4.2.1. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Panik Bozukluk Ön Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	44
4.2.2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Kendini Toplama Gücü Ön Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	46
4.3. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Ön Test ve Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	47
4.3.1. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Panik Bozukluk Ön Test ve Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	47
4.3.2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Kendini Toplama Gücü Ön Test ve Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	51
4.4. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	52
4.4.1. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Panik Bozukluk Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	53
4.4.2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Kendini Toplama Gücü Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	56
4.5. Panik Bozukluk şiddet ve Kendini Toplama Gücü Arasındaki İlişki	56
4.6. Regresyon Analizine Yönelik Bulgular ve Hipotez Çözümlemesi	57
5. BÖLÜM	59
TARTIŞMA	59
6. BÖLÜM	62
SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1. Sonuç	62

6.2. Öneriler	65
KAYNAKÇA	67
EKLER.....	80
İNTİHAL RAPORU	87
ETİK KURUL İZİNİ	88

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçlarına İlişkin Bulgular	35
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Veri Çözümleme Testleri	38
Tablo 3. Güvenilirlik Analizi Bulguları	37
Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Yaş Verileri	40
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Eğitim Verileri	41
Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Medeni Durum Verileri	41
Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Gelir Verileri	42
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Meslek Verileri	42
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Panik Bozukluk Hastalığı Süresi Verileri	43
Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Panik Atak Sıklığı Verileri	43
Tablo 11. Hastaların Panik BozuklukÖn Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	44
Tablo 12. Hastaların Kendini Toplama GücüÖn Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	47
Tablo 13. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Hastaların Panik Bozukluk Öntest ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılığa İlişkin İlişkili Örneklem T Testi Sonuçları	48
Tablo 14. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Hastaların Kendini Toplama Gücü Öntest ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılığa İlişkin İlişkili Örneklem T Testi Sonuçları	52
Tablo 15. Hastaların Panik BozuklukSon Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	53
Tablo 16. Hastaların Kendini Toplama GücüSon Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	56
Tablo 17. Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	57
Tablo 18. Panik Atak Hastalarında Panik Bozukluğun Kendini Toparlama Gücü Üzerindeki Etkisi	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Panik Atakların Bilişsel Modeli	13
Şekil 2. Uykuya bağımlı transfer ve epizodik hafızaların entegrasyonu için genel model	28

KISALTMALAR

EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
H.	: Hipotez
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MI	: Miyokard infarktüs
NK	: Negatif Biliş
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PB	: Panik Bozukluğu
PK	: Pozitif Biliş
RDC	: Research Diagnostic Criteria
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSS	: Santral Sinir Sistemi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Vb.	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri
VOC	: Valid of Cognition
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

1. BÖLÜM

GİRİŞ

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 çığı ile sürülerin, orman ve su perilerinin korku içinde kaçışmalarına yol açar. Anksiyetenin aşırı ve kişiyi felç eden formunun bir hastalık olarak tanınması, diğer birçok psikiyatrik bozukluğa göre daha geç dönemlere rastlamaktadır. Eski çağlara ait tıbbi literatür, anksiyetenin önde gelen bir özellik olarak yer aldığı mental bozukluklara ilişkin az bir bilgi içermektedir. Hipokrat'ın yazılarında, melankoli, epilepsi ve psikoz açık olarak tanımlanırken, aynı durum şiddetli anksiyetenin otonomik ve davranışsal görünümleri için geçerli değildir (Köknel, 2007).

Panik bozukluğu antik dönemlerden bu yana bilinen bir hastalık olmasına rağmen ancak 1980 yılında ayrı bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır. Panik bozukluğunun yarattığı sosyal ve sağlık sorunları kişilerde, ailelerde, toplum ve sağlık sistemi üzerinde ciddi sonuçlar doğurmaktadır (Alkın & Tükel, 2000).

Panik atak ani başlayan, dakikalar ve saatlerce sürebilen, aşırı korku, tedirginlik rahatsızlık ve huzursuzluk hissettiren bir durumdur. İlk panik atak genellikle beklenmedik olsa da bazen heyecanla, fiziksel aktiviteyle, cinsel eylem veya duygusal bir travmayla da ortaya çıkabilir. Genellikle atak belirtileri 10 dakika içinde yükselen şekilde seyredip, 20-30 dakika kadar sürer. Nadiren 1 saatten uzun sürebilir (Johnson, Federici, & Shekhar, 2014).

Panik ataklar, panik bozukluğu dışında özgül fobi, sosyal fobi, TSSB gibi psikiyatrik hastalıklarda da görülebilir. Panik ataklar, beklendik ve beklenmedik olarak ayrılabilir. Beklenmedik olanlar, herhangi bir uyarı olmaksızın, herhangi bir zamanda ortaya çıkar. Atakların yaklaşık %40'ı bu şekilde olmaktadır. Beklenen panik ataklar ise, herhangi bir uyarı ile ortaya çıkarken (fobik uyarı vb.), özgül fobi ve sosyal fobi gibi hastalıklarda bu şekilde ortaya çıkabilir. Bazı durumlarda ise bu iki özelliğe de uymayabilir buna da duruma bağlı panik ataklar denir. Panik ataklar anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarda da görülmektedir (Sadock & Sadock, 2008).

Orijinal ismi Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) olan terapi yaklaşımı Türkçeye Göz Hareketleri ile Yeniden İşleme ve Duyarsızlaştırma Terapisi olarak çevrilmiştir. Shapiro`ya göre (2001) EMDR da beyinin esasında kendi yapısında olan bilgi işleme sistemi ve anıların nasıl depolandığına vurgu yapan bir yaklaşımdır.

1.1. Problem Durumu

DSM-5 panik atak ölçütlerinde, ikisi bilişsel/korku, onbiri fiziksel olmak üzere onüç belirti olup dört ya da daha fazla belirti olmasıyla panik atak tanısı koydurur (APA, 2013). Rahatsız ediciliği en fazla olan panik ataklar gece gelen ataklar olup, gece en sık 02.00-04.00 saatleri arasında olduğu gösterilmiştir. Ataklardaki bilişsel belirtiler (denetimi yitirme korkusu, ölüm korkusu, çıldırma korkusu vb.) fiziksel belirtilerden daha şiddetli seyretmekte olup, bilişsel belirtileri ön planda olan olgularda ek tanı durumu çok daha fazladır. Aynı zamanda korku belirtileri ön planda olduğu durumlarda alkol madde kullanımı ve agorafobi yaklaşık 2 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Panik ataklarda on bir fiziksel belirti ölçütü olup, en çok kalple ilişkilidir. Bunlar %78 oranında kalp hızı artışı, %86,1 oranında çarpıntı şeklindedir. Diğer panik atağın fiziksel belirtileri %35-95 arası görülme oranı saptanmıştır (Sadock & Sadock, 2008). Emdr Terapi, insanların yaşadıkları psikolojik problemlerin geçmiş travmalarından kaynaklandığını ifade etmektedir (Shapiro, 1995). Geçmiş zamanda yaşanmış travmalar ise zihinde kaydedilen rahatsız edici bilgilerden gelmektedir. Zihinde depolanan ve bireyi

rahatsız edecek bilgiler ileriki zamanlarda daha fazla rahatsızlık veren anılar ve bilgiler haline gelmektedir.

Kişinin yaşamında şu anda yaşadığı tüm güçlüklerin geçmişte yaşanmış ve uygun şekilde işlenememiş olan deneyimlerden kaynaklandığı öngörülmektedir. Bu anılar yaşandıkları andaki disfonksiyonel (işlevsiz/zararlı) hali ile beyne kaydedilmektedir. EMDR'in esası, bu disfonksiyonel şekilde kaydedilmiş deneyimlerin kişinin ruh sağlığına katkıda bulunacak adaptif bir çözüme dönüştürmektir. EMDR Adaptif Bilgi İşleme Modeli'ne (AIP) dayanmaktadır. AIP Modeli ise çeşitli ilkelere ve varsayımlara dayanmaktadır. Bu ilke ve varsayımlar da değişimin çeşitli potansiyel etkenlerini içermektedir. AIP Modeli ilkelerinin kapsamlı incelemeleri yapılmıştır (Shapiro, 2001).

Panik bozukluk görülme sıklığı son zamanlarda artan bir rahatsızlık olması sebebiyle bu alanda kısa süreli çözüm yolları bir ihtiyaç olarak görülmektedir. Günümüzde ise tercih edilen farklı terapiler aracılığı ile panik bozukluğa müdahale edildiği görülmektedir. Bu noktada bireye sağlanan terapi süresi de önem arz etmektedir.

EMDR terapisi, pek çok tanı kapsamında önemli etkileri görülen bir terapi yöntemidir. Bu çalışmanın problem durumunu panik bozuklukta EMDR terapisinin kullanımı ve bunun kendini toparlama gücüne etkisi oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Panik bozukluğu nefes almada güçlük, çarpıntı, baş dönmesi, titreme, çıldıırma-ölüm korkuları gibi çeşitli bedensel ve bilişsel belirtilerin ön planda olduğu, yineleyici ve beklenmedik panik ataklarıyla belirlenen yaygın bir bozukluktur (Fyer & Coplan, Anxiety Disorders, 1995). Hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren panik bozukluğun tedavisine ilişkin EMDR terapisinin kullanımının kendini toparlama gücü üzerine etkisini ortaya koymak bu araştırmanın temel amacıdır. Ayrıca terapinin katılımcılarda panik bozukluğu üzerindeki etkilerini de belirlemek amaçlanmaktadır.

1.2.1 Araştırma Problemleri

1. Panik bozukluk hastalarında panik bozukluk düzeyinin demografik özellikler ile ilişkisi var mıdır?
2. Panik bozukluk hastalarında EMDR'nin etkisi ne düzeydedir?
3. Panik bozukluk hastalarında EMDR'nin etkisi demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
4. Panik bozukluk hastalarında EMDR'nin kendini toparlama gücü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmakta mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Panik bozukluk, bireylerin yaşam kalitesini azaltmak ile birlikte sürdürülebilirliğini bozmaktadır. Bu çalışmada EMDR terapinin panik bozukluğu üzerinde etkisini belirlemek üzere önem arz ettiği görülmektedir. Bununla birlikte çalışmada panik bozukluğu gibi önemli bir psikolojik rahatsızlığın EMDR terapi uygulaması sonrası ne gibi değişiklikler ortaya koyabileceğini göstermektedir.

Panik bozukluğu beklenmedik panik ataklarla seyreden süreğen bir hastalıktır. Bu ataklar DSM-5'te yer alan somatik ya da bilişsel 13 belirtiden en az 4'ünün eşlik ettiği aniden ortaya çıkan yoğun bir korku ve rahatsızlık dönemi olarak tanımlanır (Craske, ve diğerleri, 2010). Bireysel, ailevi ve toplumsal etkileri oldukça ciddi olan panik bozukluğun akademik olarak ele alınması büyük bir önem taşımaktadır. Bu çalışma, daha önce beraberce ele alınmamış bir konu olan EMDR'nin panik bozukluk ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisini incelediğinden, literatürde önemli bir boşluğu kapatmaktadır. Bu kapsamda ve sunacağı öneriler çerçevesinde bu araştırma önem taşımaktadır.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırmanın en önemli sınırlılığı EMDR uygulanması için gönüllülük gösterecek hastaların sayısının az olmasıdır. Bunun yanında literatürde EMDR ve panik atak ilişkisini ele alan araştırmaların az olması, kendini

toparlama gücü üzerinde EMDR etkisini ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olması diğer sınırlılıkları oluşturmaktadır. Ayrıca araştırma, kullanılan ölçme araçlarının geçerlik ve güvenilirliği ile sınırlandırılmıştır.

1.5. Tanımlar

EMDR: Bireye sunulan yönergeler ile göz hareketleri aracılığıyla anılar ve deneyimlerin yeniden işlenmesi ve bunlara karşı duyarsızlaştırılması işlemine dayanan terapi biçimidir (Shapiro, 2001).

Kendini Toparlama Gücü: Kişinin yaşamı boyunca karşılaştığı travma, tehdit, trajedi ve problemlere yönelik olarak sağlıklı şekilde yaşamını ve gerekliliklerini sürdürebilme gücüdür (Işık, 2016).

Panik Atak: Ani başlayan, dakikalar ve saatlerce sürebilen, aşırı korku, tedirginlik rahatsızlık ve huzursuzluk hissettiren bir durumdur (APA, 2013).

Panik Bozukluk: Panik bozukluk, en sık görülen anksiyete bozukluğu olup ailevi, sosyal ve mesleki işlevsellikte ciddi sorunlara yol açan, kronik ve yineleyici seyir gösteren bir bozukluktur. Panik bozukluğu tekrarlayan ve beklenmedik zamanlarda ortaya çıkan, somatik ve bilişsel belirtilerin eşlik ettiği panik ataklarıyla seyrederek. Hastalar sonraki ataklarla ilgili beklenti endişesi yaşayıp kaçınma davranışı gösterebilirler(Sadock & Sadock, 2008).

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL BİLGİLER

2.1. Panik Bozukluk

En yaygın görülen anksiyete bozukluğu olan panik bozukluk, aile içerisinde, sosyal çevrede ve mesleki yeterlilikte büyük problemler yaratan hem kronik hem de tekrarlayan bozukluk türüdür (Eaton, Kessler, Wittchen, & Magee, 1994). Panik bozukluğu (PB); yineleyen ve umulmadık anlarda meydana gelen, bilişsel ve somatik belirtilerin olduğu panik ataklarla birlikte kendini gösterir. Hastalar sonra yaşanabilecek ataklar konusunda endişeye kapılıp kaçınma davranışında bulunabilirler (Öztürk & Uluşahin, 2015; Eaton, Kessler, Wittchen, & Magee, 1994). DSM-V'nin görüşü panik bozukluk durumunda, genellikle aniden meydana gelen ve birkaç dakikada zirveye erişen hem bilişsel hem de bedensel farklı belirtilere sahip panik atakların görüldüğüdür. Yaşanmış olan bir panik ataktan sonra atağın tekrar gerçekleşeceğine dair endişe durumu en az 1 ay boyunca kendini göstermektedir. Panik atak esnasında oluşan kalp çarpıntısı, aşırı terleme, uzuvların uyuşması veya karın ağrısı gibi bedensel semptomlarla birlikte kontrolün sağlanamayacağı ya da ölüneceği gibi bilişsel semptomlar da gözlemlenmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

Meydana geldikleri durumlara bakılarak panik ataklar farklı şekillerde sınıflandırılır (Wells, Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide, 1997). Gündelik hayatta atağı tetikleyebilecek olaylar sonucunda oluşan panik ataklar 'beklenen panik atak' sınıfına girerken hiçbir somut etken olmadan meydana gelen panik ataklar

'beklenmeyen panik atak' sınıfındadır. Panik ataklar yalnızca panik bozukluğa has olmamakla birlikte neredeyse tüm anksiyete bozukluğu çeşitlerinde veya farklı bilişsel rahatsızlıklarda da panik atak durumu gözlemlenebilmekle beraber panik bozukluğu durumunda panik atak yaşanmasının en ayırt edici özelliği 'ansızın ve kendi kendine' oluyor olmasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007). Panik bozukluk durumundaki en yaygın belirtiler; kalp çarpıntısı, ağızda kuruluk, titreme, nefes alışverişinde zorlanma ve ölüm korkusudur (Etik, Taner, Aslan, & Işık, 2007). Bu semptomların haricinde DSM-V'nin koymuş olduğu tanı kriterlerinin dışında olan çaresiz ve umuşuz hissetme veya huzursuzluk gibi farklı semptomlar da gözlemlenebilmektedir (Örsel, Güriz, Akdemir, & Türkçapar, 2003). Bunların dışında panik bozukluğu olan hastalarda yoğun olarak sosyal, somatik ve davranışsal kontrolü sağlayamama kaygısı görülürken sıklıkla tanısı konulmayan ciddi rahatsızlıkları olduğunu düşünür ve bu düşünceden kaynaklanan kaygı ve tedavi arayışı meydana gelir (Işık E. , 1996).

2.1.1. Tarihçe

Panik (Panikos) kelimesi, Yunan tanrısı Pan'dan gelmektedir. Korkutucu görüntüsü ve yüksek çığlıkları ile Pan, hayvanların ve aynı zamanda su ve ormandaki perilerin korkarak kaçmalarına sebep olur (Arısoy, 2004). Farklı tarihsel dönemlerde de hem tıbbi hem de edebi eserlerde panik atağını simgeleyen pek çok tablonun olduğu gözlemlenmiştir (Ceylan & Yazan, 2000). İrritabl kalp terimi 1871'de Da Costa tarafından tanımlanmıştır. Da Costa bu kavramı, genellikle askerlerde görülen ve şiddetli kalp ağrısı, yoğun biçimde çarpıntı, yapı olarak bozulmanın olmadığı bazı kardiyak semptomlarla ilerleyen işlevsel bir sendrom olarak açıklamıştır (Gorwood, Feingold, & Ades, 1999). Whestpal, panik atak hastalarının kalabalık ortamlarda duygusu kaygıyı 1872 yılında "Die Agoraphobie" adlı araştırmasında agorafobi sendromu olarak ifade etmiştir (Smoller & Tsung, 1999; Tükel, Panik Bozukluğu, 2002). 1892 yılında Pavlov'un klasik koşullanma olayını tanımlamasından sonra Freud 1895'te panik atak durumlarını açıklayan anksiyete nevrozu modelini ortaya atmıştır. 1895'te yayınlanan bir makalesinde anksiyete nevrozunun semptomları olarak

irritabilite, baş dönmesi, parestezi, kalp spazmı, uyuşma, terleme ve nefes darlığı gibi belirtileri tanımlamıştır (Arısoy, 2004).

Anksiyete nevrozunun kronik bir hal alabileceğini belirtmiş ve ansızın gelen yoğun endişe krizleriyle ortaya çıkabileceğini vurgulamıştır. Günümüzde çokça yaşanan anksiyete bozukluğunun ve panik bozukluğun tek bir hastalığın semptomları olduğunu belirtmiştir (Smoller & Tsung, 1999). Panik bozukluğu ifadesini ise ilk defa 1959'da Klein ortaya atmış. Panik bozukluğu anksiyete nevrozundan farklı bir yere koymuştur. Farmakolojik diseksiyon olarak isimlendirdiği yaklaşımı kullanarak imipramin ile panik bozukluğunda sürdürülen ilk çift kör desenli araştırmayı yapmış. Klein, genel anksiyete ve panik bozukluğun farklı iki kavram olduğunu vurgulayarak 1978'de panik bozukluğu kavramının RDC (Research Diagnostic Criteria) kriterlerine eklenmesine katkı sağlamıştır. 'Panik bozukluğu' kavramının DSM sürecindeki ilk kullanımı DSM-III'te olmuş, agorofobi panik bozukluğuyla birlikte ortaya çıkan klinik bir durum olarak ise DSM-III-R'de eklenmesiyle "beklenti anksiyetesi" DSM-III-R'de bir tanı kriteri olmuştur. Panik atak, DSM-IV ve DSM-IV-R'de tanımlanıp, agorofobili ve agorofobisiz panik bozukluğu olarak ifade edilmesinin yanında panik atakların farklı durumlarda da meydana gelebileceği hakkında ayırt edici tanı kriteri ilave edilmiş (Fyer, ve diğerleri, 2006).

2013'te yayımlanmış olan DSM-5'te ise agorofobi, panik bozukluğundan ayrı gruplandırılmıştır. ICD-10'da da agorofobinin farklı bir bozukluk olduğu ifade edilmiştir (Turan & Eşel, 2002).

2.1.2. Biyolojik Etkenler

Noradrenerjik sistem bünyesindeki fazla aktivasyon konusunda biyolojik kuramda araştırmalar yürütülmüştür. Panik bozukluğun esas sebebinin temporal bölgedeki farklılıklar olduğu beyin yapısal olarak görüntülendiği çalışmalarda gözlemlenmiştir. Amigdala, beyindeki korkudan sorumlu olan bölgedir. Amigdalada korku oluşturan uyarıcılar algılandığında; amigdala, davranışsal ve otonomik semptomları meydana getiren yapılara farklı uzantılar ileterek davranışsal tepkilerin oluşmasını sağlar. Amigdalanın içerisinde yer alan lokus seruleus (locus coreleus) isimli çekirdeğin fazladan

aktive olarak kalp atışının hızlanması, korku tepkilerinin oluşması gibi sonuçların meydana gelmesiyle bu sonuçlar gerçekleşen panik atak semptomlarıyla ilişkilendirilmektedir. Akut panik ataklar, biyokimyasal ve fizyolojik değişimler sonucu ortaya çıkar (Donald, Klein, Jack, & Gorman, 1987). İkizler üzerinde yapılan çalışmalar genetik yatkınlık ile panik bozukluk arasındaki etkileşimi sorgulatmaktadır (Miriam, Mosing, & diğerleri, 2009).

Genetik etkenler ve benzer çevresel şartlara sahip olmanın panik bozukluğun oluşmasında ciddi etkileri olduğu yapılan çeşitli çalışmalarda ortak düşünce olarak kabul edilmiştir (Miriam, Mosing, & diğerleri, 2009; Maier, Lichtermann, Minges, Heun, & Hallmayer, 1993). Fakat genetik yatkınlığın meydana gelmesinin oldukça karmaşık bir süreç olduğu da göz ardı edilmemelidir (Korobeynikova, Rudko, Azimova, Fokina, & Klimov, 2012). Panik bozukluğu olan bireylerin birinci derece akrabalarında, panik bozukluğu bulunmayanlara oranla yaklaşık 7 kat daha çok panik bozukluk tanısına rastlandığı söylenmektedir. Fakat bu konuyu ele alan araştırmaların çok olmaması, kesin veriler elde etme açısından dezavantajdır (Tükel, Panik Bozukluğu, 2002)

2.1.3. Sosyal Etkenler

Çocukluk döneminde maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar gibi olumsuz olaylara panik bozukluğun oluşumunda rastlanabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Yapılan birçok araştırmada çocukluk döneminde ayrılık, ölüm, çocuğun ihmali, çocukluktaki fiziksel ve cinsel istismar gibi travmatik olayların ve hayatın içindeki stres durumlarının; kaygı bozukluğu ve panik bozuklukla yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Strom, ve diğerleri, 1996; Spinhoven, ve diğerleri, 2010) Yurt dışında yürütülen çeşitli araştırmalarda çocukluk sürecinde oluşan çocukluk çağı hastalıklarına, aile içerisinde şiddete ya da cinsel istismar durumuna, panik bozukluğu olan hastalarda daha çok rastlanmıştır (Bandelow, Späth, Tichauer, Broocks, & Hajak, 2002). Erken yaşta ebeveynin kaybedilmesi veya ebeveyninden ayrılma gibi yaşanan olumsuz durumların panik bozukluk üzerindeki etkisi, panik bozukluk durumunun oluşmasında çocukluk döneminde maruz kalınan stres etkenlerinin büyük ölçüde etkili olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Bandelow, Späth, Tichauer, Broocks, & Hajak, 2002).

Panik bozukluğu olan hastaların çocukluk döneminde yaşadıkları olumsuz durumlar incelendiğinde maddi durumun kötüye gitmesini en başa koyarak evin taşınması, okulun değiştirilmesi, aileden birinin ölmesi ve fiziksel şiddet gibi çeşitli olumsuz durumlar göze çarpmaktadır (Etik, Taner, Aslan, & Işık, 2007). Panik bozukluk ile bu tarz olumsuz çocukluk travmaları arasında çok ciddi ilişki bulunmaktadır. Panik bozukluğun, çocukluk dönemi travmaları ve stres yaratan durumların yanında çocuklukta yaşanan kaygı bozukluklarıyla da ilişkili olduğu görülmektedir. Örnek vermek gerekirse Newman ve arkadaşları, gelişimsel risk etkenlerinin panik bozukluk üzerindeki etkisini gözlemledikleri araştırmalarında; çocukluk döneminde belli bir fobisi olan kişilere sonraki yıllarda panik bozukluk tanısı konulma ihtimalinin oldukça fazla olduğunu belirtmişlerdir (Newman & Cragg, 2016). Yurt içinde yürütüle başka bir araştırmada da çocukluk çağında ebeveynlerin ayrılması endişesiyle panik bozukluğun ilişkisine vurgu yapılmaktadır (Tunçer, 1995). Alnyazında yakın dönemde yaşanan stres yaratan durumların panik bozukluk oluşumuna etkisi olabileceğine dikkat çekilmektedir (Kulaksızoğlu, Tükel, Üçok, Yargıç, & Yazıcı, 2009). Bu bağlamda panik bozukluğun ne zaman başladığı düşünüldüğünde, meydana gelen ilk atağın öncesindeki 1 yıl boyunca çoğunlukla olumsuz olayların yaşandığı göze çarpmaktadır. Çeşitli araştırmalarda ortaya çıkan sonucun böyle olması, son zamanlarda maruz kalınan stresli olayların panik bozukluğa olan etkisini sorgulatmaktadır (Etik, Taner, Aslan, & Işık, 2007; Strom, ve diğerleri, 1996).

Panik bozukluğu olan bireylerin büyük çoğunluğunda panik bozukluğun ortaya çıkmasından önceki zaman diliminde ayrılık ve tehdit, iş değişikliği, hamilelik, göç etme, yeni evlilik gibi çeşitli stres yaratan durumların yaşanmış olması, stresin panik bozukluğa etkisini göstermektedir (Strom, ve diğerleri, 1996; Kulaksızoğlu, Tükel, Üçok, Yargıç, & Yazıcı, 2009). Panik bozukluğun başlangıcında sevilen birinin kaybı veya sağlıkla alakalı olumsuz ve stres veren etkenler de göze çarpmaktadır (Klauke, Deckert, Reif, Pauli, & Domschke, 2010). Panik bozukluğun başlangıcından önceki haftalarda, aile içerisinde şiddet ve tartışmalar ya da maddi anlamda sıkıntı çekiyor olmak gibi stresli olaylar içinde bulunan bireylerde, panik bozukluk semptomları daha da yoğunlaşmaktadır (Moitra, Lou, & Dean, 2011). İşsizlik gibi stresli olayları

yaşayan kişilerin işsiz olmayan kişilere oranla neredeyse 2 kat daha çok panik atak yaşayabildikleri Potter ve arkadaşlarının 2014'te yaptıkları çalışmada belirtilmiştir. Yurtiçinde yürütülen çeşitli araştırmalarda, panik bozukluk hastalarının içinde boşanmış ve dul olan bireylerin oranının daha yüksek olması veya büyük bir kısmının sosyoekonomik düzeyinin düşük olması da pek çok stresli olayın panik bozukluk üzerinde etki sahibi olduğunu kanıtlamaktadır (Saygılı & Karamustafalıoğlu, 2010; Çetinkaya, Altınbaş, İpekçioğlu, Erdiman, & Özer, 2011). Olumsuz durumlar, panik bozukluğun yoğunluğunu arttırabildiği gibi olumlu yaşam olaylar da panik bozukluk üzerinde indirgeyici bir etkiye sahip olabilir. Bu sebeple meydana gelen stresli veya olumsuz olayların panik bozukluk ile olan ilişkisi panik bozukluğun gelişimi ve yoğunluğu bakımından büyük öneme sahiptir (Lteif & Mavissakalian, 1995).

2.1.4. Psikolojik Etkenler

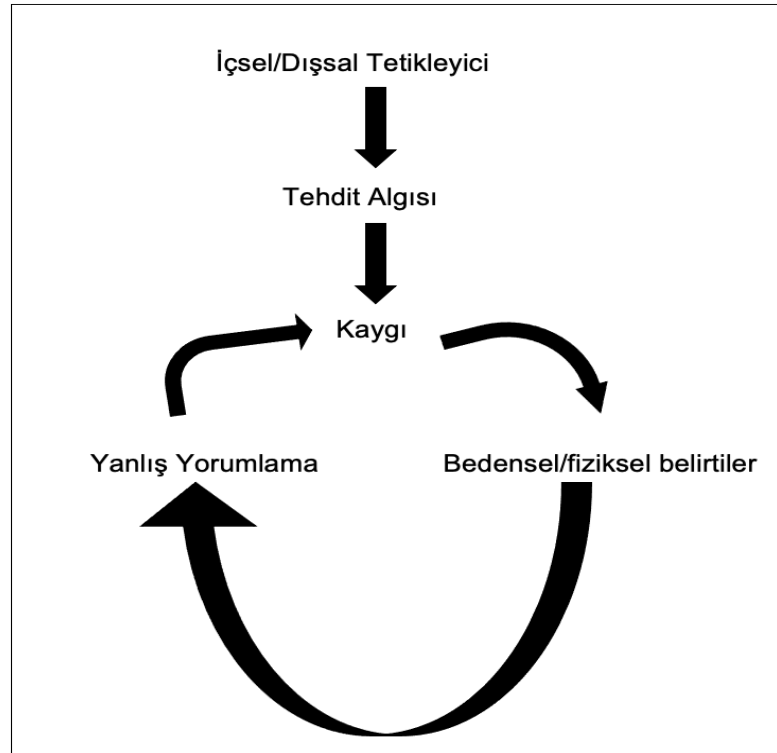
Psikanalitik kuram kaygıyı, tehlikeli durumlarda ortaya çıkarılan bir tepki olarak tanımlamıştır. Benlik ise kendini kaygıdan korumak için tehlikeli durumdan kaçınmaktır (Akvardar, ve diğerleri, 2006). Çocukluk dönemindeki ebeveyn kaybı veya ayrılma kaygısı hikayeleri ise agorafobinin temelinde yer alır. Bu bağlamda toplum içerisinde yalnız olma durumu, çocukluk dönemindeki ayrılık kaygısını anımsatarak bastırma veya kaçınma gibi çeşitli savunma yolları görülmektedir. Panik ataklar, psikanalitik kuramda başarı sağlamayan savunma mekanizmaları ile bağdaştırılır. Bunun yanında, erken yaştaki ebeveyn kaybı veya ayrılma kaygısı gibi negatif durumların bilinçdışında panik atak oluşturabileceğine inanılmaktadır (Kaplan & Sadock, Klinik Psikiyatri, 2004).

Bilişsel kuramda Goldstein ve Chambless'in 1978'de geliştirdiği "korkudan korkma" hipotezi vardır. Agorafobi ile ilişkilendirilen bu hipotezde, oluşan bir panik ataktan sonra, aynı yerde tekrar atak yaşayacağı konusunda şartlanılmış belirtilmektedir (Goldstein & Chambless, 1978). Clark ise bilişsel kuramında panik atakların normal sayılabilecek kaygı durumlarının doğru şekilde yorumlanmayarak felaket haline getirilmesi sonucunda oluştuğunu belirtir. Kaygı oluşturan durumların tehdit unsuru olarak algılanmasının yanı

sıra durumla alakalı negatif düşüncelerin oluştuğu gözlemlenmektedir (Clark, 1986).

Bu bağlamda; olağan kaygı esnasında oluşan bir kalp çarpıntısının oluşacak bir kalp krizinin belirtisi olduğu düşünülebilmekte, bu sebeple de kaygı şiddetlenebilmektedir. Kaygının şiddetlenmesi ve fiziksel tepkiler, yanlış şekilde düşünmenin bir kanıtı olarak görüldüğü için düşünce yapısı bir döngü halini alır (Clark, 1986). Kaygının haricinde kan şekeri düşmesi ya da yorgunluk gibi çeşitli durumlar da yanlış yorumlanarak benzer fiziksel tepkilere sebep olabilmekte ve birey bu fiziksel tepkileri tehlike olarak algıladığında panik atak oluşabilmektedir (Clark, 1986; Wells, 1997).

Özetle, Clark bilişsel kuramında panik atak oluşumunun bir döngü olduğunu belirtmektedir. Şekil-1'de panik atak döngüsünün özeti yer almaktadır. Bu doğrultuda; içsel (fiziksel) duyumlar veya dışsal (önceden algılanmış bir çevresel tehdit) bir uyarıcı olması halinde, meydana gelen fiziksel tepkiler tehdit algısı yarattıysa kaygı durumu oluşmaktadır. Fiziksel ve zihinsel semptomlar da bu kaygıyla beraber hareket etmektedir. Semptomların yanlış algılanmasının mevcut kaygı üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bu modele "kısır döngü modeli" denir (Clark, 1986).



Şekil 1. Panik Atakların Bilişsel Modeli

Kaynak: (Clark, 1986).

Bilişlerin panik atakların yorumlanmasındaki yerini ifade eden çalışmaların birinde kaygı bozukluğu dahilinde panik bozuklukla beraber sosyal fobisi olan bireylere belli ölçülerde oksijen ve karbondioksit verilerek oluşacak fiziksel semptomlar gözlemlenmiştir. Katılan kişiler iki gruba ayrıldıktan sonra gruplardan birine yaşayacakları duyular hakkında bilgiler aktarılırken diğer gruba bu açıklamalar yapılmamıştır. Herhangi bir bilgilendirmede bulunulmayan gruptaki kişiler yaşadıkları semptomları daha çok felaket olarak algılamış ve bilgilendirilen gruba oranla büyük oranda daha çok panik atak yaşamışlardır (Rapee, Mattick, & Murrel, 1986). Fiziksel semptomlar ile bu semptomların felaket olarak algılanması arasında oldukça güçlü bir bağ bulunur. Mesela kalp çarpıntısı tarzında kardiyak bir semptom görülen bir kişi, kalp krizi geçirdiğini ve kalbinin durup öleceğine inanabilmektedir veya nefes darlığı gibi bir semptomda boğulacağını düşünebilir (Barışkın, 2009)

2.2. Epidemiyoloji

Nüfusun %3-4'ü PB durumundan etkilenmektedir (Jacobi, 2004). Kessler ve arkadaşlarının 2006'da yapmış olduğu bir araştırmada yaşam boyunca panik atak oranı %22,7, hayat boyu PB oranı %4,8, 1 yıl süresince ise %2.8 olarak açıklanmış olup PB tanılı kişilerin neredeyse çeyreğinde agorafobinin de olduğu bulunmuştur (Kessler, ve diğerleri, 2006). PB tanılı kişilerin %26'sında başlangıç sonrası ilk 7 günde, %40'ında ise ilk 6 ay süresinde agorafobi olduğu Kikuchi ve arkadaşlarının 2005'te yapmış olduğu araştırmada saptanmıştır (Kikuchi, ve diğerleri, Panic Disorder with and without Agoraphobia: Comorbidity within a Half-Year of The Onset of Panic Disorder, 2005). Agorafobi ve PB ilişkisinin çift taraflı olduğu belirtilmektedir. Panik bozukluk agorafobinin ilk defa meydana gelmesini, olağan panik ataksız agorafobi ise panik bozukluğun ilk defa oluşmasını öngörmektedir (Bienvenu, 2006). İngiltere'de yürütülen toplumu baz alan bir araştırmada, agorafobisiz veya agorafobili panik bozukluk, agorafobi ve eşik altı panik türündeki semptomların 30 günlük yaygınlığının %4.42 olduğu bulunmuş ve panik atağa kadınlarda daha sık rastlanıldığı saptanmıştır (Skapinakis, ve diğerleri, 2011).

Panik bozukluk yaşam boyunca olan yaygınlığı kadınlarda daha yüksek olurken yapılan farklı araştırmalarda kadın ile erkek oranınının 1.3 ve 5.8 aralığında değiştiği saptanmıştır (Barzega, Maina, Venturello, & Bogetto, 2001; Gater, ve diğerleri, 1998). Cinsiyetlere yayılımı bakımından incelendiğinde 1.8 ve 23.3 aralığında pek çok orana ulaşan çalışmalar bulunsa da agorafobiye de en sık kadınlarda rastlanmaktadır (Hwu, Yeh, & Chang, 1989; Wittchen & Essau, 1993). Sahada yapılmış olan araştırmalardaki çıkarımlar da bu verilerle örtüşmektedir; panik bozukluğun kadın-erkek oranı 2.5 ile 3 aralığında, agorafobinin de kadın-erkek oranınının 2 ile 2.5 aralığında olduğu saptanmıştır (Regier, Narrow, & Rae, 1990). Medeni durum, Eğitim durumu ya da medeni hal gibi psikososyal etkenlerin PB durumuna etkileri henüz netliğe ulaşmamıştır (Moreno-Peral, 2014). Yapılmış olan klinik çalışmalarda PB ortalama 23-27 yaşları arasında başlarken, agorafobide bu yaşın 26 ila 28 aralığında olduğu bulunmuştur (Anderson,

Noyes, & Crowe, 1984). PB'nin zirve yaptığı 2 farklı dönem ise 11-20 ve 41-50 yaş aralıklarıdır (Wittchen & Essau, 1993).

2.2.1. Tanı Kriterleri

Panik bozukluk, ölüm hissiyatıyla seyir halinde olan şiddetli ve akut endişe ataklarıyla belirginleşip, tekrar panik atağı yaşama korkusu ve işlevselliğin kaybolması eşliğinde olmaktadır. Panik bozukluk tanısının eş tanı oranı oldukça yüksektir ve en çok agorofobi ile gözlemlenir. DSM-5'te panik bozukluğu ve Agorofobi ve panik bozukluk DSM-5'te farklı iki tanı olarak ele alınmaya başlanmış (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.2.1.1. Panik Atak

Ansızın başlayan, bazen dakikalar bazense saatlerce devam edebilen, şiddetli korku ve tedirginlik, huzursuzluk ve rahatsızlık veren bir olaydır. Genelde ilk yaşanan panik atak beklenmedik olsa bile zaman zaman ani heyecanla, fiziksel aktivitelerle, cinsel eylem veya duygusal travma sonucu oluşabilir. Atağın semptomları ilk 10 dakikada yükseliş gösterirken atak genellikle 20-30 dakika devam eder. 1 saatten fazla sürmesi nadir gözlenen bir durumdur (Johnson, Federici, & Shekhar, Etiology, triggers and neurochemical circuits associated with unexpected, expected, and laboratory-induced panic attacks, 2014). Panik bozukluk haricinde sosyal veya bireysel fobi ya da TSSB gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla da panik ataklar gözlemlenebilir. Panik ataklar, beklenen ve beklenmeyen ataklar olarak iki gruba ayrılabilir. Beklenmeyen ataklar, bir uyarıcı olmadan, herhangi bir zaman diliminde olur. Atakların ortalama %40'ı beklenmeyen ataklardır. Beklendik atakların ortaya çıkması için ise bir uyarıcı gereklidir (fobik uyarıcı vb.).

Bu iki gruba da uymayan ataklar ise duruma bağlı panik atak olarak isimlendirilir. Anksiyete ve depresif bozukluklarda da panik ataklar mevcuttur (Sadock & Sadock, Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry: Lippincott, 2008). DSM-5 panik atak kriterlerinde, on bir tanesi fiziksel ve ikisi zihinsel olan toplam on üç kriter bulunur ve bunlardan dört veya daha fazla semptomu bulunan kişilere panik atak tanısı konur

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). En rahatsız edici panik ataklar gece yaşanan ataklar olup en çok 02.00 ila 04.00 saat aralığında ortaya çıkarlar. Atakların zihinsel semptomları (kontrolü kaybetme endişesi, ölüm kaygısı, aklını yitirme korkusu vb.) fiziksel semptomlardan daha yoğun seyretmektedir. Bu yüzden ek tanı durumu zihinsel semptomların belirgin olduğu olgularda daha çoktur. Bunlara ek olarak korku/endişe semptomlarının daha yoğun olduğu olgularda agorafobi ve alkol kullanımının 2 kat arttığı saptanmıştır. Panik ataklardaki on bir bedensel semptom kriteri en çok kalple bağlantılıdır. Bu kriterler %78 oranında kalp hızında artış ve %86.1 kalp çarpıntısıdır. Panik atağın diğer fiziksel semptomlarındaki rastlanma oranı %35-95 arası olarak belirlenmiştir (Sadock & Sadock, Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry: Lippincott, 2008).

DSM-5 tanı kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

Bahsi geçen kriterlerden dört ya da fazlasının ani şekilde başlaması, şiddetli korku ve iç sıkıntısının yaşandığı sürecin olması:

- 1) Kalp atışının hızlanması, kalp atış hızının fazla hissedilmesi ya da kalp çarpıntısı
- 2) Titreme ya da sarsıntı hissetme
- 3) Aniden terleme başlangıcı
- 4) Nefes almakta zorlanma ve nefessiz kalma hissi
- 5) Boğulduğunu hissetme
- 6) Göğüste ağrı ve sıkışma hissi
- 7) Abdominal ağrı ya da mide bulantısı
- 8) Baş dönmesi, bayılıp düşme hissi, sersemleme
- 9) Depersonalizasyon (kendine yabancı olma) ve Derealizasyon (gerçekdışılık)
- 10) Aklını veya kontrolü kaybetme korkusu

11) Ölüm korkusu

12) Karıncalanma ve uyuşma hisleri

13) Ani üşüyüp ürperme ve ateş basma hissi.

2.2.1.2. Beklenti Anksiyetesi

Beklenti anksiyetesi panik bozukluk belirtilerinden biridir ve kişinin yeniden bir panik atak yaşama korkusu hissetmesidir. Tekrar atak yaşamamanın dışında sonrasında oluşabilecek sorunlar da hastaların korku duymasına sebep olur (Tükel, Panik Bozukluğu, 2002). Beklenti anksiyetesi üç parçadan oluşur:

1) Tekrar panik atak yaşama konusunda rahatsızlık verici yoğun düşüncelerin olması.

2) Yeni bir atak sonucu tehlikeli bir durumun meydana gelmesi korkusu.

3) Sürekli korku duymaya eğilimli olma ve bedensel hislere fazla odaklanıp yoğun endişe yaşamak (Kaplan & Sadock, Synopsis of Pschiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, 1998).

Beklenti anksiyetesine sahip hastalar yeni bir atağın ne zaman olacağını tahmin edebilmek amacıyla fiziksel ve çevresel belirtilere çok fazla odaklanırlar. Bedenlerindeki duymalara yoğunlaşarak kardiyak belirteçlerinin nasıl olduğu, nefes alıp verme hızını neyin etkilediği gibi tüm fiziksel belirtilerin sebeplerine ve takiplerine odaklanırlar. Bunun sonucunda pek çok yanlış algılama ve inanç oluşur. Bunun yanında duruma bağlı panik atakların da temeli oluşturulmuş olur. Bu hastalar genellikle fiziksel duymalara odaklanıp yanlış yorumlamalar yaparak sağlık kurumlarına başvururlar. Hastaneye en kolay ulaşma yolu ve ulaşamazsa neler olacağı hakkında pek çok düşünceye sahiptirler. Panik atak sırasında yaşanan kardiyak semptomları kalp krizi olarak yorumlayarak buna sebebiyet veren kalabalık, kapalı vb. ortamlardan ve aktivitelerden (spor, cinsel ilişki vb.) uzak durmaya dikkat ederler. Hastanın sosyal yaşamı ve işlevselliği bu durumdan etkilenir. Zamanla bu kısıtlama artarak daha çok fobik kaçınma halini alabilir (Aronson & Logue, 1988; Kaplan & Sadock, 1998).

2.2.1.3. Agorafobi

Agorafobi terimi 1871'de kişinin tek başına topluluk içine girmeye korkması olarak tanımlanmıştır. Yunanca agora ve phobos kelimelerinden türeyerek 'Pazar yeri korkusu' anlamına gelmektedir (Croft & Hackmann, 2013). Agorafobi, DSM-5'te panik bozuklukta farklı bir tanı olarak sınıflandırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Bunun sebebi panik bozukluk durumu olmasa da agorafobinin görülebiliyor olmasıdır. ICD-10 ise agorafobiyi panik bozukluğu olan ve olmayan olarak tanımlamaktadır (Organization WH., 1993). Agorafobi genel tanımıyla kişinin yalnız kalabileceği, bir problem durumunda yardım alıp kaçamayacağı, çaresiz kalarak kurtulamayacağını düşündüğü ortamlardan korktuğu için kaçınma davranışında bulunmasıdır. Bu durum ve ortamlarda bulunduğu şiddetli şekilde endişe ve korku hissetmektedir. Bu yüzden hasta kaçınma davranışında bulunur (Öztürk & Uluşahin, 2015). Sinema, tiyatro, pazar yeri gibi kalabalık yerler; otobüs, uçak veya metro gibi taşıma araçları; kapalı ortamlar, caddede yürüme; evden ulaşma gibi pek çok durum agorafobik kaçınmanın kapsamına girer (33,107,108). Araştırma sonuçlarına göre PB sahibi hastaların %26'sı ilk 1 haftada, %40'ı ise ilk 6 aylık süreçte agorafobi geliştirmiştir (Kikuchi, ve diğerleri, 2005). Agorafobi de %35-75 aralığında PB ile beraber görülmektedir. Agorafobi tanılı kişilerin hayatı ve işlevselliği bundan etkilenmektedir.

DSM-5 tanı kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

A. Aşağıda yer alan kriterlerden en az iki tanesi hakkında aşırı korku ve endişe duymak:

- 1) Tren, otobüs gibi toplu taşıma araçlarını kullanma
- 2) Üstü açık ortamlara gitme (köprü, alışveriş merkezi vb.)
- 3) Kapalı alanlarda kalma (sinema, mağaza vb.)
- 4) Kalabalık ortamda veya bir sırada bulunma
- 5) Yalnız olarak evden dışarıya çıkma

B. Kaçmanın mümkün olmayacağını veya utanç verici (yaşlılarda yere düşme veya altına kaçırma endişesi vb.) durumların olması halinde yardım bulamayacağını düşündüğünden bu tarz durumlardan korkar ve kaçınma ihtiyacı duyar.

C. Agorafobiye sebep olan olaylar, genellikle kaygı veya korku ortaya çıkarır.

D. Agorafobiye sebep olan olaylardan genellikle kaçınılır ve eşlik eden birine ihtiyaç duyulur veya şiddetli kaygı ve korku ile buna göz yumulur.

E. Agorafobik durumlardan kaynaklanan gerçek tehlikeye göre kültürel ve toplumsal bağlamda kişinin duyduğu kaygı veya korku orantılı değildir.

F. Kaçınma, korku veya kaygı devamlı olaylardır, en az 6 ay devam eder.

G. Kaçınma, korku veya kaygı, klinik olarak net bir şekilde kişisel veya toplumsal ya da kişinin işiyle alakalı durumlarda işlevsellikte düşüşe sebebiyet verir.

H. Sağlıkla ilgili farklı bir durumun oluşmasında (parkinson hastalığı vb.) kaçınma, korku veya kaygı açık olarak yüksek bir seviyededir.

I. Kaçınma, korku veya kaygı, farklı bir ruhsal bozukluk semptomlarıyla iyi bir şekilde ifade edilemez.

2.2.2. Ayırt Edici Tanı

Ruhsal ve tıbbi hastalıkların bir kısmında paniğe benzer ataklar ortaya çıkabilmektedir. Bundan dolayı panik bozukluğu tanısında ayrıntılı biçimde ayırt edici tanı yapılmalıdır. Hipotiroidi, hipoertiroidi, hiperparatiroidi ve feokromasitoma panik atakla ilişkilendirilebilen endokrinolojik bazı hastalıklardır. İnsülinin çok salınımıyla oluşan insülinomada da hipoglisemi atakları paniğe benzer semptomlara sebebiyet verebilir (Onur, Monkul, Tükel, & Alkın, 2006).

Kardiyovasküler hastalıklardan olan akut MI'da oluşabilen kalp çarpıntısı, nefeste daralma, göğüs ağrısı, aşırı terleme, ölüm korkusu tarzındaki semptomlar panik atak semptomlarıyla karıştırılabilir. KOAH, astım,

menopozal ve premenstürel durumlar, pulmoner emboli ve diğer neoplazmlara ayırt edici tanıda dikkat edilmelidir. SSS üzerine indükte ya da inhibe etkili ilaçlar, kokain, hallusinojen maddeler, amfetamin ve nikotin gibi uyaran maddeler ya da alkol, benzodiazepin ve diğer illegal maddelerin yoksunluk durumları da panik bozukluk tanılarında sorgulanmalıdır (Levitan, Chagas, & Linares, 2013). Erken yaşlarda bu tarz atakların gözlemlenmesi esrar kullanımını düşündürmelidir (Zvolensky, ve diğerleri, 2006). İlerleyen yaşta oluşan atak durumlarında özellikle tıbbi hastalıklar düşünülüp ekarte edilmelidir (Milner, Florence, & Glick, 1999).

Psikiyatrik hastalıkların birçoğunda özellikle de diğer anksiyete bozukluklarında da panik benzeri durumlara rastlanılabildiğinden PB'nu bunlardan ayırt etmek kolay değildir. Bu sebeple iyi bir şekilde ayırt edici tanısı yapılmalıdır. TSSB ve OKB'de de panik gözlemlenir ve TSSB, OKB, sosyal ve kişisel fobi panik bozukluğunun ayırt edici tanısında akla gelmelidir. PB tanısının doğru yapılmasının ve öbür kaygı bozukluklarından ayırt edilebilmesinin esas göstergesi, beklenmeyen ve yineleyen atakların hastalık süresince görülmesidir. Bu noktada YAB'le karıştırılıp, ayırt edici tanıda zorluk oluşabilir. PB'da oluşan atakların hızlıca başlayarak dakikalar içinde de sona ermesi beklenir. YAB'de gözlemlenen endişenin başlayıp sonlanması ise daha yavaştır (Sadock & Sadock, Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry: Lippincott, 2008). Panik ataklar bipolar, depresif veya psikotik bozukluk durumlarında da ortaya çıkabilir ve bu hastalıkların ilk belirtisi dahi olabilir. Özellikle psikotik ve duygudurum bozukluğu PB olduğu düşünülen hastalarda iyi araştırılmalıdır.

2.2.3. Komorbid Durumlar

Panik bozukluğu tanımlı hastaların diğer ruhsal bozukluklarla birlikteliğine sık rastlanmakta olup ilk aşamada belirlenen ve konu edinilen PB hastaların %70'lik kısmının psikiyatrik olarak eş tanısı bulunduğu saptanmıştır (Roy-Byrne, Stein, & Russo, 1999). Panik bozukluğu olan hastalarda, DSM-4'e göre oranlar: major depresif bozukluk %50-65, sosyal fobi %15-30, obsesif kompulsif bozukluk %8-10, içsel fobi %10-20 ve yaygın anksiyete bozukluğu %25 olarak saptanmıştır. Panik bozukluk ile birlikteliğine en sık rastlanan

ruhsal hastalık major depresif bozukluktur ve bu durumda semptomlar daha şiddetli olmakla beraber daha uzun sürerek yardım arayışını artırır ve en önemlisi intihar oranları yükselmektedir (Dunner, 2001). Sosyal fobinin PB'da oranı %15–20 olarak bildirilip ve agorafobi ile korelasyon halinde olduğu belirtilmiştir. Sosyal fobiyle birlikte görülmesi hastalığın gidişatını olumsuz etkilemekle kalmayıp depresyona olan eğilimi arttırmaktadır. Sosyal fobinin PB ile birlikteliğinde sosyal fobi daha erken başlar ve bu kişilerde tedavi arayışına yönelik yoğun panik semptomları meydana gelmektedir (Stein & Uhde, 1989; Tükel, 1992).

Panik bozukluğu hastalarının %6-60'lık kısmında obsesif-kompulsif semptomlarının da olduğu, neredeyse %20'sinde de OKB eş tanısının olduğu görülmektedir (Torres, Dedomenico, Crepaldi, & Miguel, 2004). Araştırmaların bazılarında OKB tanılı hastaların %39-60'ının en az bir kez panik atağı yaşadığı gözlemlenirken bu hastaların %14-15'ine hayatı boyunca panik bozukluğu tanısı konulduğu saptanmıştır (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988; Austin, ve diğerleri, 1990). Obsesif kompulsif bozukluğun da olduğu kişilerde hastalık daha erken yaşlarda başlar ve farmakoterapi de dahil olmak üzere bütün tedavilere yanıt daha az olur (Tükel, Panik Bozukluğu ve Eşlik Eden Psikopatolojiler, 1992). Yoğun bir PB atağı esnasında meydana gelen obsesif kompulsif belirtilerinin PB'nin bir bileşeni mi yoksa OKB'nin bir türü mü olduğu iyi sorgulanmalıdır (Fontenelle, Mendlowicz, Kalaf, Domingues, & Versiani, 2005). Somatizasyon bozukluğu eş tanısı, PB tanılı erkeklerde %5, kadınlarda ise %23 olup, cinsiyetler arasındaki farkın en büyük olduğu tanıdır (Battaglia, Bernardeschi, & Politi, 1995).

PB'de alkol kullanımı bozukluğu oranı %19-23 olarak bildirilmiştir; bütün maddelerin kullanım bozuklukları oranının %32 olduğu saptanmıştır (Tükel, Panik Bozukluğu ve Eşlik Eden Psikopatolojiler, 1992). 2002'de Kocabaşoğlu tarafından yapılan çalışmada PB hastalarında ve birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı oranı oldukça yüksektir. Panik bozukluğu durumu olan kişilerde alkolün kötüye kullanılması %14-16 ve alkol bağımlılarında PB oranının %2-17 olduğu belirtilmiş olup, agorafobili PB'de ise alkol bağımlılığı

%1-21 oranındadır (Kocabaşoğlu, 2002). Önceden madde ve alkol bağımlısı olan hastalarda panik bozukluk daha erken yaşta başlayıp bununla birlikte seyreden intihar teşebbüsü ve depresif bozukluk oranları daha fazladır (Starcevic & Kellner, 1993). Panik bozukluğu olan kişilerde intihar teşebbüsleri diğer önemli risk faktörlerinden olup bu kişilerde intihar teşebbüslerinin genelde, birlikte gelen psikopatoloji, özellikle de majör depresif bozukluk ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Alkın & Tükel, 2000).

Her kişilik yapısında gelişebilen panik bozukluğu bazı yapılarda daha sık görülebilmektedir. Genellikle gözlemlenen kişilik bozuklukları pasif, bağımlı, obsesif, kompulsif, çekingen bozuklukları kapsayan C kümesi ve histrionik, borderline kişilik bozuklukları olarak bilinmekteyse de son zamanlarda karakter özelliklerinin saptanmasında standart ölçeklere geçilmesiyle panik bozukluğu durumunda en sık rastlanan kişilik bozukluklarının C kümesi kapsamındaki bozukluklar olması değişime uğramaya başlamıştır (Flick, Roy-Byrne, & Cowley, 1993). Kişilik bozukluğu seviyesinde olmasa bile PB hastalarında çekingen, bağımlı ve histrionik özelliklerin baskın olduğuna dikkat çekilmiştir (Mavissakalian & Hamann, DSM-III personality disorders in agoraphobia, 1986). Hastaların tedavi konusundaki iş birliğini ve hastalığın gidişatını olumsuz etkileyen kişilik bozuklukları, çekingen ve histrionik bozuklukların olduğu grupta tedaviye cevabın en az olduğu söylenmektedir (Mavissakalian, Hamann, & Jones, 1990). Fakat ilginç bir şekilde bazı çalışmalarda PB hastalarına uygulanan tedavilerin (medikal veya zihinsel davranışçı terapi olabilir) özellikle bağımlı kişilik özelliklerini gözle görülür seviyede düzelttiği görülmektedir (Mavissakalian & Hamann, 1987; Starcevic & Uhlenhuth, 1996).

2.3. Kendini Toparlama Gücü

Kendini toplama gücü kavramı, bireyin karşılaştığı canlılığını veya gelişimini tehdit eden unsurlara karşı güçlü kalabilmesi ve değişen şartlara uyum sağlayabilmesi olarak açıklanmaktadır (Masten, Ordinary Magic: Resilience Processes in Development, 2001). Kendini toplama gücü yalnızca insan odaklı bir süreç olmamakla birlikte mikroorganizma, aile, çocuk, ekonomi, orman ve küresel iklim gibi unsurlara uygulanabilen bir

süreçtir. Gözlenebilir yapıya sahip olan kendini toparlama gücü ele alınırken psikoloji (Garmezy, 1971) ve ekoloji (Holling, 1973) penceresinden konu ele alınmıştır. İngilizcede resilience olarak ifade edilen kendini toparlama gücünün kökeni, etimolojik olarak Latincedeki “re + salire” “resilire” kelimesine dayanmaktadır. Latince kökenli olan “Resil-iö,-ire” kelimesi, “to jump back” “geri sıçrama”; “to spring back” “yeniden iyi hissetme/toparlanma” (deyim); “bounce back” “kendini toparlama”; “rebound” “çarpıp geri sıçrama” gibi İngilizce kelimelere karşılık gelmektedir (Glare, 1968).

Resilience kelimesinin sıfat biçimi olan resilient kelimesi “maddenin esnek, elastik, kendi şekline kolay dönebilen, kolay toparlanabilen” anlamlarını taşımaktadır. Cambridge’e (2013) sit sözcükte resilience kelimesi, “sorunlar sonrasında önceki iyi duruma hızlıca dönebilme yeterliliği” olarak açıklanmıştır. Söz konusu “resilience” kelimesinin Türkçedeki karşılıkları incelendiğinde ise araştırmacıdan araştırmacıya farkların bulunduğu gözlemlenmiştir. Resilience kavramını bazı araştırmacılar (Ergüner Tekinalp, 2016; Işık Ş. , Türkiye’de Kendini Toparlama Gücü Konusunda Yapılmış Araştırmaların İncelenmesi, 2016; Terzi, Kendini Toparlama Gücü Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları, 2006) “kendini toparlama gücü” olarak tercüme ederken, bazı araştırmacılar (Gürkan, 2006; Öğülmüş, 2001) “yılmazlık” olduğunu ifade etmiş, bir diğer araştırmacılar (Gizir, 2007; Kararımak, 2007; Sipahioğlu, 2012) ise bu kavramın “psikolojik sağlamlık” anlamı taşıdığını belirtmektedir. Bu çalışmada “resilience” kavramının Türkçedeki karşılığı “kendini toparlama gücü” olarak kabul edilmiştir. Kendini toparlama gücünü ele alan araştırmalar ilk olarak 1970’lerde gerçekleştirilmiştir. Konu alanında öncülük eden araştırmacıların, psikopatolojiye eşlik edebilecek risklere sahip olan çocukları incelediği çalışmada pozitif adaptasyon sürecindeki bir fenomenin dikkat çekmesiyle ortaya çıkan kendini toparlama gücü kavramı, insan doğasındaki uyum sağlayıcı sistemle birlikte ortaya çıkmaktadır (Masten, 2001; 2007).

Bireylerin halihazırda sahip oldukları uyum sağlayıcı sistemlerin korunması veya geliştirilmesi durumunda karşılaşılan gelişimsel sorunların neden olacağı negatif etkilerin minimum düzeyde olacağı aktarılmaktadır (Masten,

2001). Kendini toparlama gücünün, bireyin karşı karşıya kaldığı riskli durumlar ve problemlere karşı ayakta durabilmesi anlamı taşıdığı söylenebilir. Yoksulluk, ayrımcılık, sağlık problemleri ve travmatik sorunlar karşısında bireyin güçlü kalabilmesi, kendini toparlama gücünün varlığına işaret etmektedir (Windle, Bennett, & Noyes, 2011). Kendini toparlama gücünün tanımlanmasına neden olan faktörler, söz konusu kavrama yönelik fonksiyonel tanımların oluşturulmasını zorlaştırmaktadır (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten, 2007).

APA psikoloji sözlüğüne göre “resilience”, “özellikle zihinsel, duygusal ve davranışsal esneklik ve içsel-dışsal istemlere göre kendini ayarlama aracılığıyla, zor ya da meydan okuyucu yaşam olaylarına karşı başarılı bir şekilde adapte olmayı içeren süreç ya da çıktı” şeklinde tanımlanan bir kavramdır (VandenBos, 2015). Garmezy (1971) ise kendini toparlama gücünü ele alırken “kırılgan olmama”, “güçlü olma” ve “sağlıksız koşullar altında sağlıklı gelişim gösteren bireyler” gibi ifadelerin kilit rolde olduğunu ifade etmektedir (Garmezy, 1971). Konuyla ilgili araştırmalar yapan bir diğer isim olan Masten (2001), kendini toparlama gücü kavramını “uyum ve gelişime yönelik ağır tehditlere rağmen bireylerin olumlu sonuçlar elde etme süreçleri” şeklinde açıklamıştır (Masten, 2001).

Rutter (2006) imzası taşıyan bir diğer tanımlamada ise kendini toparlama gücünün “bazı bireylerin, ciddi tehlikeleri beraberinde getirmesi beklenen risk deneyimlerine rağmen, nispeten iyi bir psikolojik sonuca sahip olduğu” yönü vurgulanmaktadır (Rutter, Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding, 2006). Wagnild ve Young (1993) ise kendini toparlama gücünün stresin negatif yönlerini ortadan kaldıran ve adaptasyonun artmasına neden olan olumlu bir kişisel özellik olduğunu öne sürmektedir (Wagnild & Young, 1993). Luthar vd. (2000) ise kendini toparlama gücünün “belirgin bir yoksunluk ya da güçlük karşısında pozitif adaptasyonu sağlayan dinamik süreçlerin bütünü” olduğunu savunarak dinamik süreç vurgusuna dikkat çekmektedir (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Sıralanan tanımların her biri kendini toparlama gücü hakkında birtakım açıklamalarda bulunmaktadır. Buna rağmen kavrama tam olarak karşılık gelen bir tanımın

varlığından söz edilememektedir. Kendini toparlama gücünde aynı zamanda bireyin problemleri durumlara karşı verdiği tepkileri şekillendiren psikolojik, kültürel, biyolojik ve sosyal faktörlerin bulunduğu bilinmektedir (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014). Dolayısıyla kendini toparlama gücü tanımlanırken kavrama bir süreç ya da sonuç şeklinde yaklaşıp yaklaşılmadığına dikkat edilmelidir.

Kendini toparlama gücünü ifade etmeye çalışan birçok farklı tanım olsa da bu tanımların temel olarak bazı özellikler kapsamında şekillendiği gözlemlenmektedir. Tanımları şekillendiren ortak özellikler arasında dinamik sürecin varlığı (Cicchetti, 2010; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten, 2001), problemleri ve bireye karşı risk teşkil edecek durumlarda kendini gösterdiği (Cicchetti, 2010; Masten, 2001; Masten, Best, & Garmezy, 1990; Rutter, 2012), içinde bulunulan olumsuz koşullara rağmen bireyin adaptasyonun üst düzeyde olduğu başarılı bir süreç ifadelerinin yer aldığı dikkat çekmektedir (Masten, 2001; Terzi, 2008; Werner & Smith, 2001).

2.4. EMDR Terapisi

EMDR sık kullanılan psikoterapi yaklaşımlarının farklı taraflarını birleştiren, 8 basamaklı protokolden meydana gelen, birleştirici bir tedavi yaklaşımıdır (Delibaş & Konuk, 2013). Norman Doidge: "EMDR'nin Francine Shapiro tarafından bulunması psikoterapi alanındaki en önemli gelişmelerdendir." demiştir (Shapiro, EMDR Terapisi Teknikleri İle Acı Anıları Silmek (7. Baskı), 2017). 1987'de Shapiro parkta yürürken zihnindeki eskiden onu rahatsız eden düşüncelerin rahatsız etmediğinin farkına varır ve kendindeki değişimlere dikkat etmeye başlar. Sonrasında o rahatsızlık veren düşünceler aklına geldiğinde gözlerinin hızlıca ve çapraz olarak aşağı-yukarı hareket ettiği dikkatini çeker. Bu eylemden sonra o düşünceler rahatsızlık veren o etkisini yitirmiştir. Keşfettiği olayın ardından çapraz göz hareketlerini bilinçli şekilde yapmaya başlayan Shapiro, bu durumu araştırmaya karar verir ve 70 kişiyi kapsayan bir grup kurarak deneme-yanılma yöntemi ile bunun testini yapar. Ulaştığı olumlu verilerle kaleme aldığı makaleler öncelikle Journal of Traumatic Stress gibi dergilerde yer alır. EMDR terapisi ilk defa 1990'larda kabul edilir ve günümüze kadar yirmiye aşkın bilimsel denetim altındaki

çalışma EMDR terapisinin etkisini kanıtlamaktadır (Shapiro, EMDR Terapisi Teknikleri İle Acı Anıları Silmek (7. Baskı), 2017).

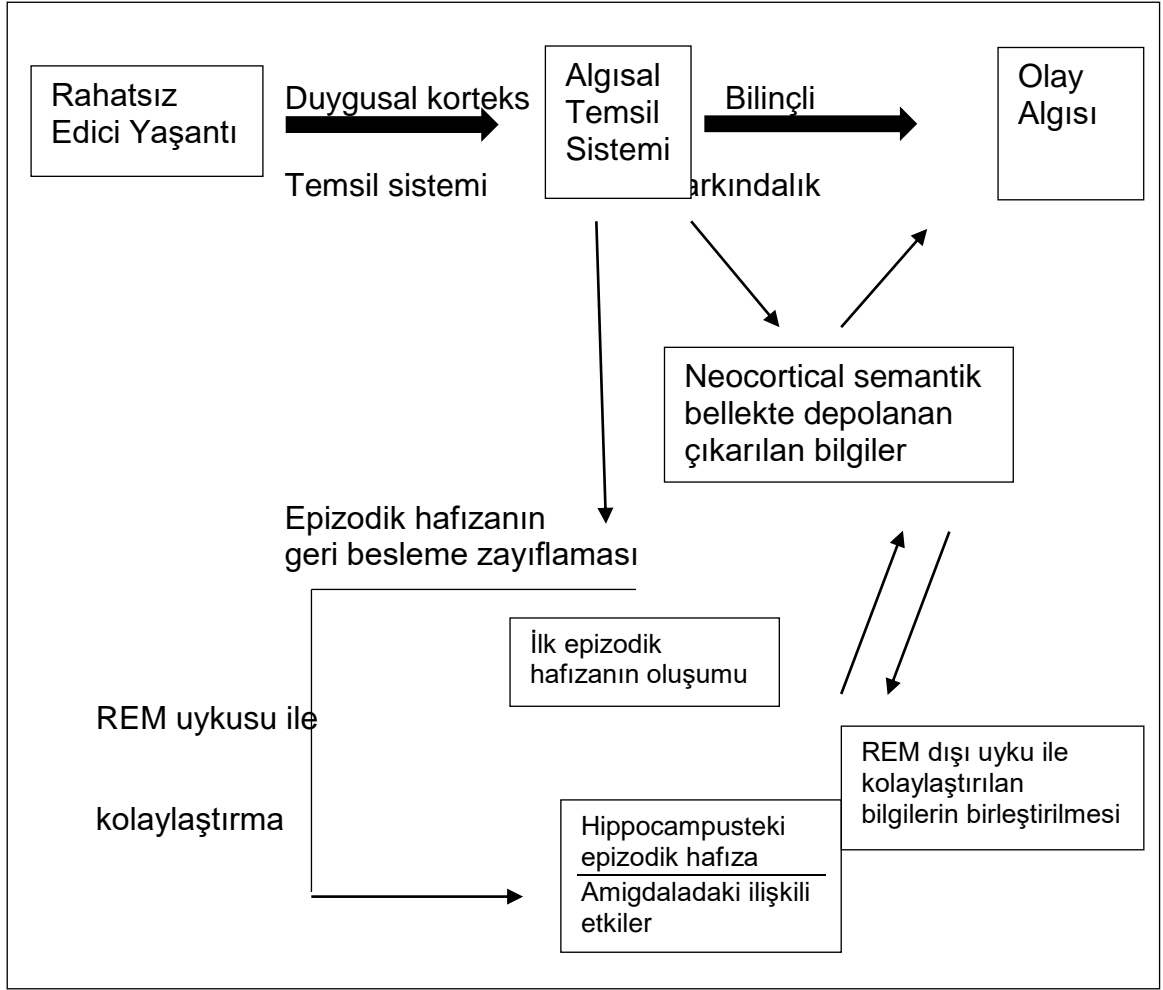
Başlarda yalnızca travmalardan sonraki stres bozukluğunun tedavi edilmesinde etkisinin bulunduğu düşünülen EMDR, son zamanlarda pek çok anksiyete bozukluğu, somatoform, dissosiyatif, alkol-madde kullanımı bozuklukları gibi durumların tedavisinde başarı sağladığı bilinmektedir (Kavakçı, 2014). Yani gerek doğal afetler gerekse çocukluk zamanındaki travmaların yanında sosyal veya içsel fobiler, panik bozukluk, yas veya kronik ağrı gibi pek çok surumun tedavi süresince kullanılabilir (Güner, 2014). Tüm psikoterapik yaklaşımlar gibi burada da amaç kişilerin hayatlarına daha kolay adapte olmasını ve sağlıklı ilişkiler inşa edebilmesini sağlamaktır. Bunların sonucunda kişinin davranışlarında değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Kavakçı, 2014). EMDR tedavisinin temelinde göz hareketlerinin kullanılması vardır. Bununla birlikte pek çok çift taraflı uyarımlar da kullanılabilir. Çift taraflı uyarımların veya göz hareketlerinin beynin her iki tarafını da uyardığı söylenir (Kavakçı, 2014).

EMDR terapisinin etkililiği konusunda pek çok çalışma olmasına rağmen nasıl çalıştığını ve beyin ile arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar maalesef çok azdır. Ortak görüş, kişinin beyinde iyileşmeye odaklı fiziksel bir mekanizmanın olduğu ve bunun rahatsızlık veren bir durum ortaya çıktığında da bu tecrübeyi alıp öğrenme durumunu gerçekleştirmesidir. Bunun büyük bir kısmı REM uykusu adı verilen hızlı göz hareketlerinin yapıldığı süreçte olur. Bilginin aralıksız işlenmesinin ardından, rahatsızlık yaratan bu düşünce önceden depolanmış olan daha faydalı bilgilerle ilişkilendirilir. Bu sayede diğer hatıralar şu anki rahatsız edici düşünceyle bir araya geldiğinden durumun kişi için ifade ettiği anlam ve etki değişmiş olur. Bu yaşantıdan faydalı olanların öğrenilmesinin ardından beyin faydalı olmayan kısımları atar. Normalde işleyiş bu şekilde devam ederken travmalar ya da başka üzücü durumlar bu bilgi işleme sistemi üzerinde baskı kurabilir. İşlenme doğru şekilde yapılamadığından olumsuz yaşantı, yaşandığı haliyle ve üzüntüsüyle sabit olarak kalmaya devam eder. İşlenmemiş olan orijinal haliyle beyne kodlanır. Yapılan bu kodlamalar, gelecekteki olayları aynı

çerçevede ele almayı ve geçmişte işlenmeden kodlanan anılarla bağlantı kurulmasını sağlar. Örneğin geçmişte tecavüze maruz kalmış olan bir kadın, yıllardan sonra sevgi duyduğu partneriyle birlikteliği sırasında, partnerinin bir dokunuşuna bedeni ve duyguları istemsizce olumsuz tepkilerde bulunabilir. Bunun sebebi tecavüz sırasında duyduğu korku ve çaresizlik duygularının anımsanmasıdır. Bellekteki bu bağlantılar bilinçaltında, otomatik olarak ortaya çıktığından neyin neden olduğunu hiç anlayamayabiliriz. Bunların sonucunda EMDR Terapisi, doğru işlenmemiş olan bu geçmiş anıları REM uykusundaymışçasına hızlı göz hareketleri aracılığıyla işlendiğinin varsayımıdır. Bu sayede birey rahatsız eden düşüncelerinden ve etkilerinden kurtulabilir (Shapiro, EMDR Terapisi Teknikleri İle Acı Anıları Silmek (7. Baskı), 2017).

EMDR terapisinde amaç, kişinin rahatsız edici düşünce veya yaşantılarının silinmesi değildir. Yaşanmış olan olumsuz olaylar sonucunda meydana gelen fiziksel, duygusal veya kişisel inançla alakalı olumsuz tarafları yok etmektir. Bu durum bazı kişilerde olumsuz anının silinmesi olarak uygulanırken bazı kişiler ise bu anıyı hatırlar fakat anının yarattığı rahatsızlık hissi yok olur. Anıya karşılık karşı duyarsızlık gelişmiş olur. Olumsuz duygu ve anıların yerini olumlu olanlar alır. Örnek vermek gerekirse bireye seansa başlarken kendisi hakkındaki olumsuz düşünceleri sorulduğunda (Negatif Kognisyon) değersizim, kötüyüm, sevmeyi hak etmiyorum, başarısızım, yetersizim tarzında yanıtlarla karşılaşılabilir. Seansın sonunda kişinin bu düşünceleri iyiyim, değerliyim, başarılıyım tarzında cümleler ile yer değiştirebilir. Duyarsızlaşmanın oluşmasıyla kişinin kendine olan inancı artışa geçer (Kavakçı, 2014). EMDR Terapisinin REM uykusuna benzer biçimde nörobiyolojik bir olayı tetiklediğini 2002'de Stickgold ortaya atmıştır. Rahatsızlık veren veya travmatik düşüncelerin genel semantik ağlarla cortical birleşmesini sağlamak amacıyla optimal düzeyde yapılandırılmıştır. Bu entegrasyonun sonucunda hippocampal aracılı kuvvette azalma meydana gelir ve amigdala bundan olumsuz etkilenir. Dış dünyadan elde edilen bilgiler öncelikle tek modlu duyusal kortekslerden geçer. Görme, dokunma, işitme ve koku bilgilerinin hepsi kendi alanlarında işlenir. İşlemenin ardından algısal

hafıza duyusal kortekste bilgilerin izi korunur. Aşağıdaki şekilde bu süreç açıklanmıştır.



Şekil 2. Uykuya bağımlı transfer ve epizodik hafızaların entegrasyonu için genel model

Kaynak: (Stickgold, 2002).

Algısal temsil sisteminin içinden akış sürerken duyum içerisinde bilgi oluşur. Bilinçli farkındalık sağlanamayan anılarımız bilinçaltımızda yer alır. İç içe geçmiş ve karmaşık yollarda bilgi akışı olur. Birbirine benzeyen yollar sayesinde dokunulan nesnelere ve işitilen sesler tanımlanabilir. Hippocampal kompleks uzun vadeli hatıra oluşturulmasında gereklidir. Bunun yanında gerek anlamsal gerekse algısal temsillerden elde edilmiş olan bilgiler hippocampal kompleksin içine doğru akar. Bir olayın yaşanmasından ardından yalnızca hippocampal hafıza onu bilinçli bir şekilde geri çağırabilir. Fakat hafızanın ayrıntıları hippocampuste değildir. Hippocampal hafıza güçlü

ve entegredir çünkü hippocampe saklanmış olan bilgilere hippocampus hafızaların kaydını yapar. Hızlı bir biçimde oluşma, açık ve net olma eğilimindeki hafızalara epizodik hafıza denir. EMDR terapisi çift taraflı uyarımlar sayesinde REM'e benzeyen bir durum yaratmış olur. Özet olarak, dikkatin devamlı talebiyle model otomatik olarak EMDR Terapisinin alternatif, ikili görsel, dokunsal ya da işitsel uyarıcıları; tekrar yönlendirilmekte olan mekanizmaları devreye sokar. Bu sistemlerin aktive olmasıyla birlikte beyin, REM uykusuna benzeyen bir işlem moduna geçirilir. Bu durum rahatsızlık yaratan düşüncenin ilişkisel hale sokulmasına müsaade eder. Birleşmenin başarıyla gerçekleşmesinin ardından corticohippocampal devreler, travmatik epizodik hafızanın güç kaybetmesine ve bununla ilişkili olan etkilere sebep olur. EMDR terapisindeki işleyiş, REM'den daha avantajlı durumdadır. Bunun birinci sebebi EMDR aktifken bireyin gözünün önüne getireceği durumu kendisinin seçebiliyor olması, diğer sebebi de EMDR esnasında danışmanın terapiyi uygulayarak, korku ve endişe seviyelerini minimum düzeyde tutabiliyor olmasıdır (Stickgold, 2002). Her birey tetiklenmekte olan doğru işlenmemiş anılara sahiptir. Bundan dolayı herkesin zaman zaman korku, endişe, hüznün ya da güvensizlik hissetmesi normaldir. Bunlar geçmişe dönülerek keşfedilebilir. Geçmişe dönerken dengeyi sağlayan unsu bireylerin ayağının birinin şimdiki zamanda kalmasıdır. Bu yüzden EMDR terapisinde bireysel kontrol teknikleri kullanılır. Bu tekniklerden biri "Güvenli Yer" olarak isimlendirilir (Shapiro, EMDR Terapisi Teknikleri İle Acı Anıları Silmek (7. Baskı), 2017).

EMDR terapisi 2017'de Shapiro tarafından üç aşamalı olarak planlanmıştır. Birinci aşama geçmişteki olumsuz yaşantıların tekrardan işlenerek duyarsızlaş hale getirilmesi, ikinci aşama şimdiki zamanda bu yaşantının tetikleyici unsurlarının tedavi edilmesi ve üçüncü aşama ise gelecekte yaşanması muhtemel sorunlarla başa çıkabilme yetisinin kazandırılmasını kapsar (Kavakçı, 2014). Standart bir EMDR terapisi sekiz aşamadan meydana gelmektedir:

Birinci aşama: Danışandan hikayeyi alma aşamasıdır. Danışanın tedaviye uygun olup olmadığı belirlenerek nasıl bir tedavi süreci olacağına planlaması yapılır.

İkinci aşama: Bu aşamada EMDR terapisinin nasıl uygulandığının, sürecin nasıl işlediğinin ve karşılaşılabilecek durumların bilgileri danışana aktarılır. Bu süreç için danışanın izni alınarak güvenliği sağlanır. Danışana güvenlik sağlaması amacıyla ilk önce danışana seans boyunca kendini kötü hissetmesi halinde elini kaldırabileceği ve kendini tekrar iyi hissedene kadar bekleyebilecekleri, danışmanın bu sürede her an onun yanında olacağı, oluşan tepkilerin gayet olağan olduğu aktarılır.

Üçüncü aşama: Bu aşamada çalışılacak hedef yaşantı belirlenir. Danışan terapiye rahatsız olduğu bir yaşantısıyla gelir. Bu rahatsızlık sınav kaygısı, öfke kontrolsüzlüğü, hayattan bıkkınlık gibi pek çok konuda olabilir. Terapist danışanından şikayet ettiği durumu en son ne zaman ve nasıl yaşadığını anlatmasını ister. Güncel bir tecrübeye anlam kazandırabilmek için algılarımız mevcut bellek ağları ile ilişki halinde olmalıdır (Shapiro, EMDR Terapisi Teknikleri İle Acı Anıları Silmek (7. Baskı), 2017). Eğer bu ilişki işlenmemiş bir yaşantı ile denk geliyorsa birey bu olayı çarpıtılmış olarak görür. Bu yüzden kişinin bu rahatsızlık durumunu ilk hissettiği zamanı yani ilk anıyı bulmak amaçlanır.

Hedeflenen yaşantı hatırlanırken danışanın kendisi hakkındaki negatif bilişinin (NK) saptanması: Shapiro sorunları üç gruba ayırmaktadır. Bunlar:

- Sorumluluk: “Hatalıyım veya yanlış bir şey yaptım”.
- Güvensizlik
- Kontrol veya güç eksikliği (Shapiro, EMDR Terapisi Teknikleri İle Acı Anıları Silmek (7. Baskı), 2017).

Hedeflenen olumlu bilişin (Pozitif Kognisyon) saptanması: Kişinin o yaşantıyı düşündüğünde kendisi hakkında inanmayı seçtiği biliş olumlu biliş olarak tanımlanır. Genelde Negatif Kognisyon’un tam tersidir.

Bilişlerin derecelendirilmesi (Valid of Cognition - Subjective Units of Disturbance): Voc, kişinin olumlu bilişe vermiş olduğu geçerlilik notudur. Danışana "0-7 arasında bu olumlu bilişin senin için geçerliliği, doğruluğu nedir?" sorusu yöneltilir. Bu yaşantının bireyi rahatsızlık derecesi ise Sud'dur ve 0 ile 10 arasında puanlanır.

Dördüncü aşama: Bu aşamada göz hareketleri ile duyarsızlaştırma gerçekleşir. Danışan rahatsız olduğu yaşantıyı düşünürken terapist elini sağa- sola sallayarak danışana elini takip etmesini söyler. Her setin sonunda danışana neler hatırladığı sorulur. Eğer gerekli görülürse yani danışan gözüyle takip edemiyorsa ya da bu hareketler işe yaramıyorsa bu defa terapist sıra sıra sağ ve sol dize vurma işlemine geçer. Sırayla sağ ve sol kulağa titreşim gönderilmesi de bir başka alternatiftir.

Beşinci aşama: Bu aşamada pozitif bilişin (PK) yerleştirilmesi amaçlanır. Artık yaşantı rahatsızlık oluşturmaz. Sud puanı 0'a ulaşmıştır. Danışandan yaşantı ve PK'ü beraber düşünmesi istenilir ve Voc puanı 6/7 olana kadar işleme devam edilir.

Altıncı aşama: Beden taraması yapılır ve hedeflenen yaşantının işlenip işlenmediği ve belirlenir. Danışanın Sud puanı 0 ve Voc puanı 6/7'ye ulaşmıştır. Fiziksel olarak da rahatsızlık veren bir duyum kalmamıştır.

Yedinci aşama: Seansın danışan tarafından değerlendirilmesi ve danışanın güvenli şekilde oturumdan ayrılmaya hazırlanarak oturumun kapatılması aşamasıdır. Danışana özellikle tembihlenen şeyler sonraki oturuma kadar kendini rahat hissetmediği durumlarda kendi güvenli alanına gitmesi ve nefeslerini karın nefesine çevirerek düzenlemesidir.

Sekizinci aşama: Bir sonraki seansta yapılan tekrar değerlendirme aşamasıdır. Hedef yaşantı için yeniden Voc ve Sud puanlamaları yapılır. Eğer gerileme durumu söz konusu ise kalan işlenmemiş duyumlar tekrar işlenir (Kavakçı, 2014).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada panik bozukluk hastalarında EMDR'nin etkisinin belirlenmesi ve aynı zamanda kendini toparlama gücü üzerindeki etkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Araştırma deseni deneysel araştırmadır (Karasar, 2012). Araştırmada bir grup panik bozukluk tanısı almış hastaya EMDR uygulanacaktır. Bu hastalar deney grubunda yer almaktadır. Bir grup hastanın ise mevcut psikoterapi tedavisine devam etmesi sağlanacaktır. Bu gruptaki hastalar ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Her iki gruba da EMDR öncesinde ön test yapılacaktır. EMDR sonrasında yapılacak son test ile yöntemin etkileri belirlenecektir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmamızda evren sayısına ilişkin istatistiki veri bulunmamaktadır. Bunun yanında çalışma uygulama içerdiğinden gönüllülük esası ile katılımın az olabileceği düşünülmektedir. Bu durum araştırmanın en önemli sınırlılığdır. Panik Agorafobi Ölçeği ve Kendini Toparlama Gücü Ölçeği kullanılan araştırmada, ön test ve son test kullanılmış olup, deney-kontrol grupları üzerinden araştırması yapılan çalışma içerisinde EMDR terapisinin bağımsız değişken olarak, panik bozukluk ve kendini toparlama gücü bağımlı değişkenleri üzerindeki etkisini saptamak amacıyla Kayseri ilinden seçilen, 20 deney grubu, 20 kontrol grubu için olmak üzere toplam 40 hasta ile çalışılmıştır. Çalışma içerisinde, öncelikle ön testi yapılan katılımcılardan deney ve kontrol grubuna veri toplama araçları uygulanmıştır. Sürecin sonraki adımlarında ilgili deney yapılacak gruba EMDR terapisi uygulanmış

olup, kontrol grubu mevcut psikoterapi tedavilerine devam ettirilmiş ve EMDR terapi seanslarının finalize olması ile beraber son testleri yapılmıştır. Aradaki fark oluşturacak unsurlar, ön test ve son test sonuçlarında görülmüştür.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada öncelikle deney ve kontrol grubuna veri toplama araçları uygulanmış, ön test yapılmıştır. Ardından deney grubuna EMDR uygulanırken, kontrol grubu mevcut psikoterapi tedavilerine devam ettirilmiştir. Uygulamanın sonlanmasının ardından son teste geçilmiş ve elde edilen sonuçlar ön test sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmada bir grup panik bozukluk tanısı almış hastaya EMDR uygulanacaktır. Bu hastalar deney grubunda yer almaktadır. Bir grup hastanın ise mevcut psikoterapi tedavisine devam etmesi sağlanacaktır. Bu gruptaki hastalar ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Her iki gruba da EMDR öncesinde ön test yapılacaktır. EMDR sonrasında yapılacak son test ile yöntemin etkileri belirlenecektir. Bu araştırmada, anket formları veri toplama yöntemi olarak kullanılmıştır ve 3 bölümden oluşmaktadır. Anket formunun bölümlerini “Kişisel Bilgi Formu”, “Panik Agorafobi Ölçeği” ve “Kendini Toparlama Gücü Ölçeği” oluşturmaktadır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmada kullanılan ilk veri toplama aracı kişisel bilgi formudur. Katılımcıların kişisel profilini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.3.2. Panik Agorafobi Ölçeği

Panik bozukluğu tanısı almış olan hastalarda panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerde kısıtlamayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde şiddet derecelendirmektedir. Panik atağın özelliklerini (3 soru ve puanlamaya alınmayan 1 soru), agorafobi ya da kaçınma davranışını (3 soru), beklenti anksiyetesi (2 soru), yeti yitimini (3 soru), sağlık konusunda endişeyi (2 soru) değerlendirmektedir. Hasta ve gözlemci anketi mevcuttur. Hasta anketinde

elde edilen puanlar kendi içinde şu şekilde sınıflandırılmaktadır: 0–8 remisyona, 9–18 hafif, 19–28 orta, 29–39 şiddetli, 40 ve üstü çok şiddetli. Ölçek, Bandelow (1995) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Tural ve ark. (2002) yapmıştır.

3.3.3. Kendini Toparlama Gücü Ölçeği

Wagnild ve Young (1993) tarafından “Resilience Scale” olarak geliştirilen ölçek, orijinalinde iki faktörlü bir yapıya sahiptir. Ancak ölçek Rusçaya uyarlanırken yedi faktörü olduğu tespit edilmiştir. Türkçe uyarlaması Işık vd. (2019) tarafından gerçekleştirilen ölçeğin uzun hali kısaltılmıştır. İlk ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.91’dir. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alpha katsayısı 0.83’tür. Tek faktörlü yapısı bulunmaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada öncelikle deney ve kontrol grubuna veri toplama araçları uygulanmış, ön test yapılmıştır. Ardından deney grubuna EMDR uygulanırken, kontrol grubu mevcut psikoterapi tedavilerine devam ettirilmiştir. Uygulamanın sonlanmasının ardından son teste geçilmiş ve elde edilen sonuçlar ön test sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

İstatistik analizleri SPSS IBM ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler belirtildikten sonra ilk olarak Panik Agorafobi Ölçeği ve Kendini Toplama Gücü Ölçeğine yönelik betimsel analiz sonuçları verilmiş ve normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılarak belirlenmiştir. Tablo 1’de görülebileceği üzere parametrik test yöntemleri kullanılmıştır. Ardından Panik Agorafobi Ölçeği ve Kendini Toplama Gücü Ölçeğine ilişkin iç tutarlılık analizi yapılmış, ölçeklerin çalışmada kullanılması için herhangi bir sakınca olup olmadığı tespit edilmiştir. Sonrasında Kişisel Bilgi Formunda yer alan demografik değişkenler (yaş, eğitim, medeni durum, gelir, meslek, panik bozukluk hastası olma süresi ve panik atak sıklığı) araştırmada tanımlayıcı bilgiler olarak verilerek herhangi bir analize dahil edilmemiştir.

Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi kullanılırken grupların ön test- son test karşılaştırmalarında ilişkili örneklem t testi kullanılmıştır. Son olarak panik bozukluk ve kendini toplama gücü arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiş ve panik bozukluğun kendini toplama gücü üzerindeki etkisi lineer regresyon analizi ile irdelenmiştir. Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiki anlamlılık $p < 0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının veri toplama araçlarından aldıkları puanların minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri ile veri toplama araçlarından alınan puanların normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek amacı ile kullanılan çarpıklık basıklık değerleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1.

Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçlarına İlişkin Bulgular

	N	Min.	Maks.	\bar{X}	SS	Çarpıklık	Basıklık
Panik Bozukluk Ön Test	20	38,00	50,00	44,85	2,94	-,594	,367
Panik Atak Özellikleri Ön Test	20	6,00	16,00	10,40	2,09	,562	2,160
Agorafobi/Kaçınma Davranışı Ön Test	20	7,00	12,00	10,15	1,23	-,886	1,256
Beklenti Anksiyetesi Ön Test	20	5,00	9,00	7,10	1,07	-,502	-,197
Yeti Yitimi Ön Test	20	8,00	12,00	10,40	1,05	-,319	,168
Sağlık Konusunda Endişe Ön Test	20	5,00	8,00	6,80	,83	-,194	-,357
Deney Grubu Panik Bozukluk Şiddet Ön Test	20	37,00	56,00	46,60	4,30	,005	,754
Kendini Toplama Gücü Ön Test	20	15,00	44,00	28,25	10,19	,032	-1,436
Panik Bozukluk Son Test	20	3,00	26,00	9,05	6,62	1,316	,996
Panik Atak Özellikleri Son Test	20	,00	5,00	1,20	1,47	1,266	1,082
Agorafobi/Kaçınma Davranışı Son Test	20	3,00	9,00	4,90	1,86	,978	-,232
Beklenti Anksiyetesi Son Test	20	,00	5,00	,85	1,35	,875	1,659
Yeti Yitimi Son Test	20	,00	6,00	1,25	1,77	,718	1,207

	Sağlık Konusunda Endişe Son Test	20	,00	3,00	,85	1,04	,952	-,254
	Panik Bozukluk Şiddet Son Test	20	11,00	49,00	25,35	11,38	,490	-,940
	Kendini Toplama Gücü Son Test	20	43,00	64,00	55,55	4,96	-,476	1,154
	Panik Bozukluk Ön Test	20	42,00	53,00	46,55	3,19	,479	-,626
	Panik Atak Özellikleri Ön Test	20	8,00	13,00	10,70	1,26	-,242	-,291
	Agorafobi/Kaçınma Davranışı Ön Test	20	8,00	12,00	10,05	1,28	,066	-1,087
	Beklenti Anksiyetesi Ön Test	20	6,00	9,00	7,70	,92	-,660	-,118
	Yeti Yitimi Ön Test	20	9,00	13,00	10,90	,97	,217	-,060
	Sağlık Konusunda Endişe Ön Test	20	6,00	8,00	7,10	,64	-,080	-,250
	Kendini Toplama Gücü Ön Test	20	37,00	56,00	46,55	4,73	,177	,512
Kontrol Grubu	Panik Bozukluk Şiddet Ön Test	20	14,00	44,00	28,30	10,04	,014	-1,472
	Panik Bozukluk Son Test	20	43,00	50,00	45,90	2,29	,223	-,888
	Panik Atak Özellikleri Son Test	20	8,00	12,00	10,55	,94	-,576	1,603
	Agorafobi/Kaçınma Davranışı Son Test	20	8,00	12,00	10,15	,99	-,328	-,225
	Beklenti Anksiyetesi Son Test	20	6,00	8,00	7,40	,75	-,851	-,609
	Yeti Yitimi Son Test	20	10,00	12,00	10,80	,70	,292	-,734
	Sağlık Konusunda Endişe Son Test	20	6,00	8,00	7,00	,56	,223	,807
	Panik Bozukluk Şiddet Ön Test	20	37,00	56,00	47,35	5,53	-,213	-,118
	Kendini Toplama Gücü Son Test	20	15,00	44,00	28,25	10,22	,036	-1,461

$p < 0,05$

“Seçer (2015) normal dağılım varsayımının; ‘çarpıklık ve basıklık’ değerleri bakılarak değerlendirmenin daha doğru bir yaklaşım olduğunu değerlendirmiştir. George ve Mallery (2010), çarpıklıkla basıklık değerlerinin +2,00 ve -2,00 değerlerinin arasında olduğu hallerde normal dağılımın sağlandığını kabul etmektedir. Gerçekleştirilen analizlerin neticesinde değişkenlerin tümünün ifade edilen aralıklarda bulunduğu, aşırı uç değerlerin

bulunmadığı ve normal dağılım hipotezini temin ettiği belirlenmiştir, parametrik testlerin uygulanabilirliği neticesine ulaşılmıştır.”

Araştırmada veri toplama aracı olarak tercih Panik Agorafobi Ölçeği ve Kendini Toplama Gücü Ölçeği ifadelerine verilen cevapların iç tutarlılık katsayıları belirlenecektir. Ayrıca güvenilirlik katsayısının değerlendirme kriterleri aşağıdaki gibidir;

“0.00 < Katsayı < 0.40 ise ölçek güvenilir değildir.”

“0.40 < Katsayı < 0.60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir.”

“0.60 < Katsayı < 0.80 ise ölçek oldukça güvenilirdir.”

“0.80 < Katsayı < 1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.”

Tablo 2.

Güvenilirlik Analizi Bulguları

Ölçek	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Panik Bozukluk	,987	14
Panik Atak Özellikleri	,977	3
Agorafobi/Kaçınma Davranışı	,733	3
Beklenti Anksiyetesi	,977	2
Yeti Yitimi	,977	3
Sağlık Konusunda Endişe	,948	2
Panik Bozukluk Şiddet	,962	14
Kendini Toplama Gücü	,986	10

p<0,05

Panik Agorafobi Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,987 ve Kendini Toplama Gücü Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,986 olduğu görülmektedir. Bu değerler; ölçeklerin yüksek derecede güvenilir olduklarını göstermektedir (Özdamar, 1999).

Tablo 3.*Araştırmada Kullanılan Veri Çözümleme Testleri*

Amaçlanan İşlem	Uygulanan Çözümleme Testi
Deney ve Kontrol gruplarında bulunan hastaların panik bozukluk ve alt boyutlarının ön test puanlarının farklılaşp farklılaşmaması	Bağımsız örneklem t testi
Deney ve Kontrol gruplarında bulunan hastaların kendini toplama gücü ön test puanlarının farklılaşp farklılaşmaması	Bağımsız örneklem t testi
Deney Grubunda bulunan hastaların panik bozukluk ve alt boyutlarının ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmaması	İlişkili örneklem t testi
Deney Grubunda bulunan hastaların kendini toplama gücü ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmaması	İlişkili örneklem t testi
Kontrol Grubunda bulunan hastaların panik bozukluk ve alt boyutlarının ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmaması	İlişkili örneklem t testi
Kontrol Grubunda bulunan hastaların kendini toplama gücü ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmaması	İlişkili örneklem t testi
Deney ve Kontrol gruplarında bulunan hastaların panik bozukluk ve alt boyutlarının son test puanlarının farklılaşp farklılaşmaması	Bağımsız örneklem t testi
Deney ve Kontrol gruplarında bulunan hastaların kendini toplama gücü son test puanlarının farklılaşp farklılaşmaması	Bağımsız örneklem t testi

3.6. Etik Konular

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarının izinleri gerekli kişilerden alınmıştır. Ayrıca araştırma süreci boyunca tüm etik kuralları titizlikle takip edilmiştir. Araştırmanın etik ilkeleri; uygulanan testler gizlilik ilkesine uygun şekilde yürütülmüştür. Katılımcıların sürece düzenli olarak dahil edilmesinin sağlanması için ilk görüşmede etik konular katılımcılar ile de görüşülmüştür.

4. BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Deney ve Kontrol Grubu Katılımlarının Kişisel Bilgilerine Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu kısmında Deney ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların kişisel bilgilerinden yaş, eğitim, medeni durum, gelir, meslek, panik bozukluk hastası olma süresi ve panik atak sıklığı dağılımları tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 2.

Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Yaş Verileri

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
18-25 Yaşlarında	7	35,0	7	35,0	14	35,0		
26-33 Yaşlarında	5	25,0	3	15,0	8	20,0		
Yaş 34-41 Yaşlarında	3	15,0	4	20,0	7	17,5	,843	,933
42-49 Yaşlarında	3	15,0	3	15,0	6	15,0		
50-57 Yaşlarında	2	10,0	3	15,0	5	12,5		

p<0,05

Tablo 4'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %35'inin 18-25 yaşlarında ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %35,0'inin 18-25 yaşlarında olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 3.*Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Eğitim Verileri*

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Eğitim	Ortaokul	4	20,0	2	10,0	6	15,0	,952	,813
	Lise	7	35,0	7	35,0	14	35,0		
	Üniversite	6	30,0	8	40,0	14	35,0		
	Yüksek Lisans-Doktora	3	15,0	3	15,0	6	15,0		

p<0,05

Tablo 5'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %35,0'inin lise mezunu ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %40,0'inin üniversite mezunu olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 4.*Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Medeni Durum Verileri*

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Medeni Durum	Evli	12	60,0	11	55,0	23	57,5	,102	,749
	Bekar	8	40,0	9	45,0	17	42,5		

p<0,05

Tablo 6'da yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %60,0'inin evli ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %55,0'inin evli olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 5.*Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Gelir Verileri*

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Gelir Durumu	Düşük	5	25,0	3	15,0	8	20,0	1,019,601	
	Orta	9	45,0	12	60,0	21	52,5		
	Yüksek	6	30,0	5	25,0	11	27,5		

p<0,05

Tablo 7’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %45,0’inin orta seviyede ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %60,0’inin orta seviyede gelirinin olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 6.*Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Meslek Verileri*

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Meslek	Memur	2	10,0	3	15,0	5	12,5	1,010,962	
	Özel Sektör	7	35,0	7	35,0	14	35,0		
	Serbest meslek	2	10,0	2	10,0	4	10,0		
	İş arıyor	3	15,0	4	20,0	7	17,5		
	Emekli	2	10,0	2	10,0	4	10,0		
	Ev hanımı	4	20,0	2	10,0	6	15,0		

p<0,05

Tablo 8’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %35,0’inin özel sektör çalışanı ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %35,0’inin özel sektör çalışanı olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 7.

Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Panik Bozukluk Hastalığı Süresi Verileri

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Panik Bozukluk Hastalığı Süresi	1 Yıldan Az	3	15,0	-	-	3	7,5	4,622	,202
	1-5 Yıl Arası	8	40,0	10	50,0	18	45,0		
	6-10 Yıl Arası	3	15,0	6	30,0	9	22,5		
	11 Yıl ve Üzeri	6	30,0	4	20,0	10	25,0		

p<0,05

Tablo 9'da yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %40,0'ının 1-5 yıl arası ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %50,0'sinin 1-5 yıl arası panik bozukluk rahatsızlığının olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 8.

Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Panik Atak Sıklığı Verileri

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Panik Atak Sıklığı	Hemen Her Gün	-	-	7	35,0	7	17,5	13,077	,004
	Haftada Bir	7	35,0	7	35,0	14	35,0		
	İki Haftada Bir	7	35,0	6	30,0	13	32,5		
	Ayda Bir	6	30,0	-	-	6	15,0		

p<0,05

Tablo 10'da yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %35,0'inin iki haftada bir ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %35,0'inin hemen hemen her gün panik atak geçirdiği ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05).

4.2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Ön Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hastaların panik bozukluk ve kendini toplama gücü ön test ortalama puanlarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir.

4.2.1. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Panik Bozukluk Ön Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hastaların panik bozukluk ön test ortalama puanlarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir.

Tablo 9.

Hastaların Panik Bozukluk Ön Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
Panik Bozukluk Ön Test	Deney Grubu	20	44,85	2,94	-1,753	,088
	Kontrol Grubu	20	46,55	3,19		
Panik Atak Özellikleri Ön Test	Deney Grubu	20	10,40	2,09	-,550	,585
	Kontrol Grubu	20	10,70	1,26		
Agorafobi/Kaçınma Davranışı Ön Test	Deney Grubu	20	10,15	1,23	,253	,802
	Kontrol Grubu	20	10,05	1,28		
Beklenti Anksiyetesi Gücü Ön Test	Deney Grubu	20	7,10	1,07	-1,897	,065
	Kontrol Grubu	20	7,70	,92		
Yeti Yitimi Ön Test	Deney Grubu	20	10,40	1,05	-1,569	,125
	Kontrol Grubu	20	10,90	,97		
Sağlık Konusunda Endişe Ön Test	Deney Grubu	20	6,80	,83	-1,276	,210
	Kontrol Grubu	20	7,10	,64		
Panik Bozukluk Şiddet Ön Test	Deney Grubu	20	46,60	4,30	,035	,972
	Kontrol Grubu	20	46,55	4,73		

$p < 0,05$

Tablo 11'de bağımsız örneklem t testi sonuçları irdelendiğinde;

- Deney Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk ön test toplam ortalamasının ($44,85 \pm 2,94$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk ön test toplam ortalamasından ($46,55 \pm 3,19$) düşük olduğu, ancak

bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, panik bozukluk ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre panik bozukluk ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

- Deney Grubunda yer alan hastaların panik atak özellikleri ön test toplam ortalamasının ($10,40\pm 2,09$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların panik atak özellikleri ön test toplam ortalamasından ($10,70\pm 1,26$) düşük olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, panik atak özellikleri ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre panik atak özellikleri ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

- Deney Grubunda yer alan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı ön test toplam ortalamasının ($10,15\pm 1,23$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı ön test toplam ortalamasından ($10,05\pm 1,28$) yüksek olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, agorafobi/kaçınma davranışı ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre agorafobi/kaçınma davranışı ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

- Deney Grubunda yer alan hastaların beklenti anksiyetesi gücü ön test toplam ortalamasının ($7,10\pm 1,07$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların beklenti anksiyetesi gücü ön test toplam ortalamasından ($7,70\pm 0,92$) düşük olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, beklenti anksiyetesi gücü ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre beklenti anksiyetesi gücü ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

- Deney Grubunda yer alan hastaların yeti yitimi ön test toplam ortalamasının ($10,40 \pm 1,05$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların yeti yitimi ön test toplam ortalamasından ($10,90 \pm 0,97$) düşük olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, yeti yitimi ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre yeti yitimi ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

- Deney Grubunda yer alan hastaların sağlık konusunda endişe ön test toplam ortalamasının ($6,80 \pm 0,83$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların sağlık konusunda endişe ön test toplam ortalamasından ($7,10 \pm 0,64$) düşük olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, sağlık konusunda endişe ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre sağlık konusunda endişe ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

- Deney Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk şiddet ön test toplam ortalamasının ($46,60 \pm 4,30$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk şiddet ön test toplam ortalamasından ($46,55 \pm 4,73$) yüksek olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, panik bozukluk şiddet ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre panik bozukluk şiddet ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

4.2.2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Kendini Toplama Gücü Ön Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hastaların kendini toplama gücü ön test ortalama puanlarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir.

Tablo 10.

Hastaların Kendini Toplama Gücü Ön Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
Kendini Toplama Gücü Ön Test	Deney Grubu	20	28,25	10,19	-,016	,988
	Kontrol Grubu	20	28,30	10,04		

p<0,05

Tablo 12'deki bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre Deney Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü ön test toplam ortalamasının ($28,25 \pm 10,19$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü ön test toplam ortalamasından ($28,30 \pm 10,04$) düşük olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, kendini toplama gücü ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre kendini toplama gücü ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

4.3. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Ön Test ve Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde Deney ve Kontrol grubunda yer alan hastaların panik bozukluk ve kendini toplama gücü ön test ve son test ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ilişkili örneklem t testi ile incelenip hipotezlere cevap verilecektir.

4.3.1. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Panik Bozukluk Ön Test ve Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde Deney ve Kontrol grubunda yer alan hastaların panik bozukluk ön test ve son test ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ilişkili örneklem t testi ile incelenip hipotezlere cevap verilecektir.

Tablo 11.

Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Hastaların Panik Bozukluk Öntest ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılığa İlişkin İlişkili Örneklem T Testi Sonuçları

	Grup		N	\bar{X}	SS	t	p
Panik Bozukluk	Deney Grubu	Ön Test.	20	44,85	2,94	25,097	,000
		Son Test	20	9,05	6,62		
	Kontrol Grubu	Ön Test.	20	46,55	3,19	,842	,410
		Son Test	20	45,90	2,29		
Panik Atak Özellikleri	Deney Grubu	Ön Test.	20	10,40	2,09	16,566	,000
		Son Test	20	1,20	1,47		
	Kontrol Grubu	Ön Test.	20	10,70	1,26	,547	,591
		Son Test	20	10,55	,94		
Agorafobi/Kaçınma Davranışı	Deney Grubu	Ön Test.	20	10,15	1,23	11,319	,000
		Son Test	20	4,90	1,86		
	Kontrol Grubu	Ön Test.	20	10,05	1,28	-,266	,793
		Son Test	20	10,15	,99		
Beklenti Anksiyetesi	Deney Grubu	Ön Test.	20	7,10	1,07	18,013	,000
		Son Test	20	,85	1,35		
	Kontrol Grubu	Ön Test.	20	7,70	,92	1,301	,209
		Son Test	20	7,40	,75		
Yeti Yitimi	Deney Grubu	Ön Test.	20	10,40	1,05	24,605	,000
		Son Test	20	1,25	1,77		
	Kontrol Grubu	Ön Test.	20	10,90	,97	,400	,694
		Son Test	20	10,80	,70		
Sağlık Konusunda Endişe	Deney Grubu	Ön Test.	20	6,80	,83	19,081	,000
		Son Test	20	,85	1,04		
	Kontrol Grubu	Ön Test.	20	7,10	,64	,525	,606
		Son Test	20	7,00	,56		
Panik Bozukluk Şiddet	Deney Grubu	Ön Test.	20	46,60	4,30	7,358	,000
		Son Test	20	25,35	11,38		
	Kontrol Grubu	Ön Test.	20	46,55	4,73	-,682	,504
		Son Test	20	47,35	5,53		

$p < 0,05$

Tablo 13'te sunulan ilişkili örneklem t testi sonuçları irdelendiğinde;

- Deney Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk ön test toplam ortalamasının ($44,85 \pm 2,94$), son test ortalamasından ($9,05 \pm 6,62$) yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir

($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının panik bozukluğu etkilediği ve hastaların panik bozukluk düzeylerinde düşüş sağladığı değerlendirilebilir. Dolayısıyla; EMDR uygulanan hastaların panik bozukluk öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların panik bozukluk ön test ortalamasının ($46,55 \pm 3,19$), son test ortalamasından ($45,90 \pm 2,29$) yüksek olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Bu sonuca göre EMDR uygulanmayan hastaların panik bozukluk öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

- Deney Grubunda yer alan hastaların panik atak özellikleri ön test toplam ortalamasının ($10,40 \pm 2,09$), son test ortalamasından ($1,20 \pm 1,47$) yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının panik atak özelliklerini etkilediği ve hastaların panik atak özellikleri düzeylerinde düşüş sağladığı değerlendirilebilir. Dolayısıyla; EMDR uygulanan hastaların panik atak özellikleri öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların panik atak özellikleri ön test ortalamasının ($10,70 \pm 1,26$), son test ortalamasından ($10,55 \pm 0,94$) yüksek olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Bu sonuca göre EMDR uygulanmayan hastaların panik atak özellikleri öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

- Deney Grubunda yer alan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı ön test toplam ortalamasının ($10,15 \pm 1,23$), son test ortalamasından ($4,90 \pm 1,86$) yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının agorafobi/kaçınma davranışını etkilediği ve hastaların agorafobi/kaçınma davranışı düzeylerinde düşüş sağladığı değerlendirilebilir. Dolayısıyla; EMDR uygulanan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı ön test ortalamasının ($10,05 \pm 1,28$), son test ortalamasından ($10,15 \pm 0,99$) düşük

olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Bu sonuca göre EMDR uygulanmayan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

- Deney Grubunda yer alan hastaların beklenti anksiyetesi ön test toplam ortalamasının ($7,10\pm 1,07$), son test ortalamasından ($0,85\pm 1,35$) yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının beklenti anksiyetesini etkilediği ve hastaların beklenti anksiyetesi düzeylerinde düşüş sağladığı değerlendirilebilir. Dolayısıyla; EMDR uygulanan hastaların beklenti anksiyetesi öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların beklenti anksiyetesi ön test ortalamasının ($7,70\pm 0,92$), son test ortalamasından ($7,40\pm 0,75$) yüksek olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Bu sonuca göre EMDR uygulanmayan hastaların beklenti anksiyetesi öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

- Deney Grubunda yer alan hastaların yeti yitimi ön test toplam ortalamasının ($10,40\pm 1,05$), son test ortalamasından ($1,25\pm 1,77$) yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının yeti yitimini etkilediği ve hastaların yeti yitimi düzeylerinde düşüş sağladığı değerlendirilebilir. Dolayısıyla; EMDR uygulanan hastaların yeti yitimi öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların yeti yitimi ön test ortalamasının ($10,90\pm 0,97$), son test ortalamasından ($10,80\pm 0,70$) yüksek olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Bu sonuca göre EMDR uygulanmayan hastaların yeti yitimi öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

- Deney Grubunda yer alan hastaların sağlık konusunda endişe ön test toplam ortalamasının ($6,80\pm 0,83$), son test ortalamasından ($0,85\pm 1,04$) yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit

edilmiştir ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının sağlık konusunda endişeyi etkilediği ve hastaların sağlık konusunda endişe düzeylerinde düşüş sağladığı değerlendirilebilir. Dolayısıyla; EMDR uygulanan hastaların sağlık konusunda endişe öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların sağlık konusunda endişe ön test ortalamasının ($7,10\pm0,64$), son test ortalamasından ($7,00\pm0,56$) yüksek olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Bu sonuca göre EMDR uygulanmayan hastaların sağlık konusunda endişe öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

- Deney Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk şiddet ön test toplam ortalamasının ($46,60\pm4,30$), son test ortalamasından ($25,35\pm11,38$) yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının panik bozukluk şiddeti etkilediği ve hastaların panik bozukluk şiddet düzeylerinde düşüş sağladığı değerlendirilebilir. Dolayısıyla; EMDR uygulanan hastaların panik bozukluk şiddet öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların panik bozukluk şiddet ön test ortalamasının ($46,55\pm4,73$), son test ortalamasından ($47,35\pm5,53$) düşük olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Bu sonuca göre EMDR uygulanmayan hastaların panik bozukluk şiddet öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

4.3.2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Kendini Toplama Gücü Ön Test ve Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde Deney ve Kontrol grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü ön test ve son test ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ilişkili örneklem t testi ile incelenip hipotezlere cevap verilecektir.

Tablo 12.

Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Hastaların Kendini Toplama Gücü Öntest ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılığa İlişkin İlişkili Örneklem T Testi Sonuçları

	Grup		N	\bar{X}	SS	t	p
Kendini Toplama Gücü	Deney Grubu	Ön Test.	20	28,25	10,19	-	,000
		Son Test	20	55,55	4,96	10,078	
	Kontrol Grubu	Ön Test.	20	28,30	10,04	,017	,987
		Son Test	20	28,25	10,22		

$p < 0,05$

Tablo 14'te sunulan ilişkili örneklem t testi sonuçlarına göre; Deney Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü ön test toplam ortalamasının ($28,25 \pm 10,19$), son test ortalamasından ($55,55 \pm 4,96$) düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının kendini toplama gücünü etkilediği ve hastaların kendini toplama gücünde artış sağladığı değerlendirilebilir. Dolayısıyla; EMDR uygulanan hastaların kendini toplama gücü öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü ön test ortalamasının ($28,30 \pm 10,04$), son test ortalamasından ($28,25 \pm 10,22$) yüksek olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0,05$) tespit edilmiştir. Bu sonuca göre EMDR uygulanmayan hastaların kendini toplama gücü öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

4.4. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hastaların panik bozukluk ve kendini toplama gücü son test ortalama puanlarınının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t testi ile incelenecektir.

4.4.1. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Panik Bozukluk Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hastaların panik bozukluk son test ortalama puanlarınının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t testi ile incelenmiş ve hipotezlere cevap verilmiştir.

Tablo 13.

Hastaların Panik Bozukluk Son Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
Panik Bozukluk Son Test	Deney Grubu	20	9,05	6,62	-	,000
	Kontrol Grubu	20	45,90	2,29	23,521	
Panik Atak Özellikleri Son Test	Deney Grubu	20	1,20	1,47	-	,000
	Kontrol Grubu	20	10,55	,94	23,902	
Agorafobi/Kaçınma Davranışı Son Test	Deney Grubu	20	4,90	1,86	-	,000
	Kontrol Grubu	20	10,15	,99	11,403	
Beklenti Anksiyetesi Gücü Son Test	Deney Grubu	20	,85	1,35	-	,000
	Kontrol Grubu	20	7,40	,75	18,960	
Yeti Yitimi Son Test	Deney Grubu	20	1,25	1,77	-	,000
	Kontrol Grubu	20	10,80	,70	22,420	
Sağlık Konusunda Endişe Son Test	Deney Grubu	20	,85	1,04	-	,000
	Kontrol Grubu	20	7,00	,56	23,267	
Panik Bozukluk Şiddet Son Test	Deney Grubu	20	25,35	11,38	-	,000
	Kontrol Grubu	20	47,35	5,53	-7,774	

$p < 0,05$

Tablo 15’de bağımsız örneklem t testi sonuçları irdelendiğinde;

- Deney Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk son test toplam ortalamasının (9,05±6,62), Kontrol Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk son test toplam ortalamasından (45,90±2,29) düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, panik bozukluk son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır.

Bu sonuca göre EMDR uygulanan hastaların panik bozukluk son test puanları ile uygulanmayan hastaların panik bozukluk son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

- Deney Grubunda yer alan hastaların panik atak özellikleri son test toplam ortalamasının ($1,20 \pm 1,47$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların panik atak özellikleri son test toplam ortalamasından ($10,55 \pm 0,94$) düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, panik atak özellikleri son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuca göre EMDR uygulanan hastaların panik atak özellikleri son test puanları ile uygulanmayan hastaların panik atak özellikleri son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

- Deney Grubunda yer alan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı son test toplam ortalamasının ($4,90 \pm 1,86$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı son test toplam ortalamasından ($10,15 \pm 0,99$) düşük ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, agorafobi/kaçınma davranışı son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuca göre EMDR uygulanan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı son test puanları ile uygulanmayan hastaların agorafobi/kaçınma davranışı son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

- Deney Grubunda yer alan hastaların beklenti anksiyetesi gücü son test toplam ortalamasının ($0,85 \pm 1,35$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların beklenti anksiyetesi gücü son test toplam ortalamasından ($7,40 \pm 0,75$) düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, beklenti anksiyetesi gücü son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuca göre EMDR uygulanan hastaların beklenti anksiyetesi son test puanları ile uygulanmayan hastaların

beklenti anksiyetesi son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

- Deney Grubunda yer alan hastaların yeti yitimi son test toplam ortalamasının ($1,25 \pm 1,77$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların yeti yitimi son test toplam ortalamasından ($10,80 \pm 0,70$) düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, yeti yitimi son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuca göre EMDR uygulanan hastaların yeti yitimi son test puanları ile uygulanmayan hastaların yeti yitimi son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

- Deney Grubunda yer alan hastaların sağlık konusunda endişe son test toplam ortalamasının ($0,85 \pm 1,04$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların sağlık konusunda endişe son test toplam ortalamasından ($7,00 \pm 0,56$) düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, sağlık konusunda endişe son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuca göre EMDR uygulanan hastaların sağlık konusunda endişe son test puanları ile uygulanmayan hastaların sağlık konusunda endişe son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

- Deney Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk şiddet son test toplam ortalamasının ($25,35 \pm 11,38$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların panik bozukluk şiddet son test toplam ortalamasından ($47,35 \pm 5,53$) düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, panik bozukluk şiddet son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuca göre EMDR uygulanan hastaların panik bozukluk şiddet son test puanları ile uygulanmayan hastaların panik bozukluk şiddet son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

4.4.2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Kendini Toplama Gücü Son Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hastaların kendini toplama gücü son test ortalama puanlarınının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t testi ile incelenmiş ve hipotezlere cevap verilmiştir.

Tablo 14.

Hastaların Kendini Toplama Gücü Son Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
Kendini Toplama Gücü Son Test	Deney Grubu	20	55,55	4,96	10,746	,000
	Kontrol Grubu	20	28,25	10,22		

$p < 0,05$

Tablo 10'daki bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre; Deney Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü son test toplam ortalamasının ($55,55 \pm 4,96$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü son test toplam ortalamasından ($28,25 \pm 10,22$) fazla olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, kendini toplama gücü son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuca göre EMDR uygulanan hastaların kendini toplama gücü son test puanları ile uygulanmayan hastaların kendini toplama gücü son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

4.5. Panik Bozukluk Şiddet ve Kendini Toplama Gücü Arasındaki İlişki

Çalışmanın bu kısmında, panik bozukluk ve kendini toplama gücü arasındaki ilişki, parametrik test yöntemlerinden "Pearson Korelasyon Analizi"yle incelenmiştir. Korelasyon katsayısının değerlendirme ölçütleri şöyledir;

"0.00 = r_p ise ilişki yoktur."

"0.00 < r_p < 0.29 ise düşük düzeyde ilişki vardır."

"0.30 < r_p < 0.69 ise orta düzeyde ilişki vardır."

"0.70 < r_p < 0.99 ise yüksek düzeyde ilişki vardır."

"1.00 = r_p ise mükemmel ilişki vardır" (Köklü, Büyüköztürk ve Bökeoğlu, 2006).

Tablo 15.*Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları*

		Kendini Toplama Gücü	Kendini Toplama Gücü
1. Panik Bozukluk	r_p	1	-,876**
	p		,000
2. Kendini Toplama Gücü	r_p		1
	p		

$p < 0,05$

Tablo 17'deki Pearson Korelasyon testi sonuçlarına göre araştırmaya gönüllü olarak dahil olan hastaların, panik bozukluk düzeyi ile kendini toplama gücü arasında negatif yönde ve yüksek seviyede ilişki vardır ($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile hastaların panik bozukluk düzeyi düştükçe kendini toplama gücü artmaktadır.

4.6. Regresyon Analizine Yönelik Bulgular ve Hipotez Çözümlemesi

Çalışmanın bu kısmında, araştırmacının amacı doğrultusunda oluşturulan model kapsamında regresyon analizi yapılmış ve hastaların panik bozukluk düzeyinin kendini toplama gücü üzerindeki etkisi araştırılmıştır. "Regresyon analizlerinden önce, ölçek yapılarına dönük normallik, doğrusallık ve homojenlik varsayımları incelenmiştir. Ölçek yapılarında aşırı uç değerlerin olmadığı ve Durbin-Watson istatistiği 1,894 olduğu için hatalar arasında otokorelasyon olmadığı sonucuna ulaşılmıştır" (Genceli, 1973).

Tablo 16.

Panik Atak Hastalarında Panik Bozukluğun Kendini Toparlama Gücü Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R ²
	B	Std. hata	β	t	p		
Sabit	16,778	1,180		14,217	,000		
Panik Bozukluk (X)	-,260	,026	-,848	-9,869	,000	17,389*	,719

Bağımlı değişken: Kendini Toplama Gücü

* $p < 0.01$

Panik bozukluğun, kendini toplama gücü üzerinde ne derecede etkili olduğunu saptamak için gerçekleştirilen lineer regresyon analizinin neticelerine göre; bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve panik bozukluğun, kendini toplama gücünün varyansının %71,9'unu açıklayabildiği anlaşılmaktadır ($R^2=,719$; $F_{(1,38)}=17,389$, $p<0.001$). Bulunan sonuçlara göre; panik bozukluk, kendini toplama gücünü negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı ($\beta=-0.848$, $t=-9,869$, $p<0.001$) saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle, araştırmaya gönüllü olarak dahil olan hastaların panik bozukluk düzeyi kendini toplama gücünü negatif yönde etkilemektedir. Ayrıca diğer değişkenler sabit tutulduğunda, hastaların panik bozukluk düzeyindeki bir birimlik artış, kendini toplama gücü düzeyinde 0,260'lık bir azalışağlayacaktır.

Araştırmaya gönüllü olarak dahil olan hastaların panik bozukluk düzeyi, kendini toplama gücünü negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı için panik atak hastalarında panik bozukluğun kendini toparlama gücü üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

EMDR terapisi, psikolojik problemlerde pek çok yöntemle kıyasla çok daha hızlı ve etkili sonuçlar sağlamaktadır. EMDR terapisinin panik bozukluğunda etkinliği daha önce ele alınmış bir konu olup, literatürde yer alan çalışma bulguları ile bu araştırma bulguları arasında paralellik bulunmaktadır. Altaş'ın (2019) çalışmasına göre, EMDR uygulaması sonrasında panik bozukluk hastalarının panik atak semptomlarında önemli azalmalar olduğu saptanmıştır. Panik bozukluk gibi travma sonrası stres bozukluğunda da EMDR terapisiyle semptomlarda önemli azalmalar olduğu pek çok çalışmada ortaya konulmuştur (Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Van Etten & Taylor, 1988).

Panik bozukluk, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren bir psikolojik problemdir. Her problemde olduğu gibi, panik bozuklukta da bireyler semptomlardan en hızlı şekilde kurtulmak ve yaşam kalitelerine yönelik etkiyi azaltmak istemektedirler. Bu noktada, EMDR terapisinin diğer yöntemlere kıyasla daha hızlı sonuç vermesi ön plana çıkmaktadır. Goldstein ve Feske (1994), EMDR terapisinin panik bozukluğu üzerindeki etkisini ele aldıkları çalışmalarında EMDR uygulamalarının panik bozukluk semptomlarını ciddi biçimde azalttığını ve diğer terapi yöntemlerine kıyasla EMDR'nin daha hızlı sonuç verdiğini saptamışlardır. EMDR'nin diğer yöntemler kıyasla daha hızlı sonuç verdiğini saptayan bir diğer araştırma Marcus ve diğerleri (1997) tarafından yapılmıştır. Bu sonuçlar, EMDR terapisine yönelimi artırmış ve gerek klinik uygulamalarda gerekse akademik araştırmalarda EMDR kullanımı ön plana çıkmıştır. Boudewyns ve Hyer (1996) yaptığı çalışmada

ise EMDR terapin etkinliğinin yanı sıra EMDR terapinin bazı yöntemlere oranla daha hızlı sonuçlar vermesini, yöntemin diğer yöntemlerin önemli bölümlerini uygulama içeriğinde barındırmasından kaynaklanmaktadır sonucuna varılmıştır (Altaş, 2019).

1990'larda yapılan araştırmalarda EMDR terapisinin yüksek etkinlik düzeyi önemli ölçüde dikkat çekmiştir. Dolayısıyla literatürde pek çok çalışma EMDR terapisinin etkinliğini ele almaktadır. Güncel araştırmalardan biri olan Faretta'nın (2013) çalışmasında EMDR ile bilişsel davranışçı terapi panik bozukluğu üzerindeki etkinlikleri kapsamında karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçları, her iki yöntemin de panik bozukluk semptomlarında azalma sağladığını ve bütüncül bir yaklaşımın semptomların azalması kapsamında sonuca daha hızlı ulaşmayı mümkün kıldığını göstermiştir.

EMDR kullanımının hızlı sonuç vermesi, terapi sonlandırıldığında semptomların yeniden ortaya çıkabileceği düşüncesini ortaya çıkarmaktadır. Bu konuda Bhagwagar (2016), çalışmasında kısa süreli EMDR terapisi uygulamış ve hastada panik bozukluğu semptomları ciddi ölçüde azalmıştır. Aradan geçen beş yılın sonunda EMDR terapisiyle sağlanan başarının devam ettiğini ortaya koyan araştırma, EMDR terapisiyle elde edilen başarının kısa süreli olmadığını ve semptomların tekrarlamadığını göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Panik bozukluk semptomlarının azaltılmasında EMDR terapisinin etkinliği, bu çalışmaya benzer biçimde literatürde sıklıkla ortaya konulmuştur (Goldstein, De Beurs, Chambless, & Wilson, 2000; Barker & Barker, 2007; Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Van Etten & Taylor, 1988; Goldstein & Feske, 1994; Marcus, Marquis, & Sakai, 1997; Faretta, 2013; Bhagwagar, 2016). Bu literatürlerden biri olan ve Goldstein, Alan, Beurs, Edwin, Chambless, Dianne, Wilson, Kimberly (2000) tarafından yapılan çalışmaya göre Agorafobili panik atak yaşıyan kişilere EMDR terapi uygulanması ve, ilgili kontrol grubunda ki kişilerle sonuçlarının karşılaştırılması sonucu Emdr terapi uygulanan kişilerin kaygı düzeylerinin azaldığı rapor edilmiştir (Altaş, 2019).

Yabancı literatürde olduğu gibi, yerli literatürde de EMDR terapisinin panik bozukluktaki etkinliği ele alınmış ve EMDR'nin hızlı ve yüksek düzey etkinliği ortaya konulmuştur (Altaş, 2019). Ancak EMDR terapisinin kendini toparlama gücü üzerindeki etkisine ilişkin çok fazla kaynağa rastlamak mümkün değildir. Hodali vd. (2008) çalışmalarında travma sonrası stres bozukluğu olan çocuklarda EMDR terapisinin kendini toparlama gücünü artırdığını ortaya koymuşlardır. Bunun yanında aynı çalışmada EMDR terapisinin konu hakkındaki etkisine ilişkin sınırlı çalışmanın olduğu belirtilmiş ve bu konu üzerinde araştırmaların artırılması önerilmiştir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada, EMDR terapisi kullanımının panik bozukluk hastalarında panik atak özellikleri ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisinin belirlenmesi ele alınmıştır. Deney ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların kişisel profili irdelendiğinde deney grubunda yer alan hastaların %35'inin 18-25 yaşlarında ve kontrol grubunda yer alan hastaların %35,0'inin 18-25 yaşlarında olduğu, deney grubunda yer alan hastaların %35,0'inin lise mezunu ve kontrol grubunda yer alan hastaların %40,0'inin üniversite mezunu olduğu ve deney grubunda yer alan hastaların %60,0'inin evli ve kontrol grubunda yer alan hastaların %55,0'inin evli olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda deney grubunda yer alan hastaların %45,0'inin orta seviyede ve kontrol grubunda yer alan hastaların %60,0'inin orta seviyede gelirinin olduğu, deney grubunda yer alan hastaların %35,0'inin özel sektör çalışanı ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %35,0'inin özel sektör çalışanı olduğu, deney grubunda yer alan hastaların %40,0'inin 1-5 yıl arası ve kontrol grubunda yer alan hastaların %50,0'sinin 1-5 yıl arası panik bozukluk rahatsızlığının olduğu ve deney grubunda yer alan hastaların %35,0'inin iki haftada bir ve kontrol grubunda yer alan hastaların %35,0'inin hemen hemen her gün panik atak geçirdiği belirlenmiştir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastaların panik bozukluk ve kendini toplama gücü ön test ortalama puanlarınının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu irdelendiğinde; hastaların kontrol grubunda ya da deney

grubunda yer almasının, panik bozukluk ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre panik bozukluk ön test puanlarının benzerlik gösterdiği, hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, panik atak özellikleri ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre panik atak özellikleri ön test puanlarının benzerlik gösterdiği, hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, agorafobi/kaçınma davranışı ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre agorafobi/kaçınma davranışı ön test puanlarının benzerlik gösterdiği ve hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, beklenti anksiyetesi gücü ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre beklenti anksiyetesi gücü ön test puanlarının benzerlik gösterdiği sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, yeti yitimi ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre yeti yitimi ön test puanlarının benzerlik gösterdiği, hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, sağlık konusunda endişe ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre sağlık konusunda endişe ön test puanlarının benzerlik gösterdiği, hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, panik bozukluk şiddet ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre panik bozukluk şiddet ön test puanlarının benzerlik gösterdiği, hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, kendini toplama gücü ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre kendini toplama gücü ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

EMDR uygulamalarının panik bozukluğu, panik atak özelliklerini, agorafobi/kaçınma davranışını, beklenti anksiyetesini, yeti yitimini, sağlık konusunda endişeyi, panik bozukluk şiddeti ve kendini toplama gücünü etkilediği ve hastaların panik bozukluk, panik atak özellikleri,

agorafobi/kaçınma davranışı, beklenti anksiyetesi, yeti yitimi, sağlık konusunda endişe ve panik bozukluk şiddeti düzeylerinde düşüş sağlarken kendini toplama güncce artış sağladığı belirlenmiştir.Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastaların panik bozukluk ve kendini toplama gücü son test ortalama puanlarınının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu irdelendiğinde;Hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, panik bozukluk son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu,Hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, panik atak özellikleri son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu,Hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, agorafobi/kaçınma davranışı son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu ve Hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer almasının, beklenti anksiyetesi gücü son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, yeti yitimi son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu,hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, sağlık konusunda endişe son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu,hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, panik bozukluk şiddet son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu ve hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının, kendini toplama gücü son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Panik bozukluğun, kendini toplama gücünü negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı ve değişkenler sabit tutulduğunda, hastaların panik düzeyindeki bir birimlik artış, kendini toplama gücü düzeyinde 0,260'lık bir azalış sağladığı belirlenmiştir.

Çalışma sonuçları doğrultusunda, EMDR terapisi etkinliğinin oldukça yüksek düzeyde olduğu ve söz konusu etkinliğe önemli bir hızla ulaşıldığı ortaya konulmuştur. Bu nedenle, EMDR terapisine ilişkin çalışmaların artırılması psikoloji literatürü için bir zorunluluk olarak görülmektedir.

6.2. Öneriler

Çalışma ve yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen veri ve bulgulardan yola çıkarak, klinisyenlerin ve çalışmaya benzer araştırmalar yapacak olan kişi ya da kurumların deneyimleyerek yapacağı araştırmalar için çeşitli örneklem ve öneriler bulunmakta olup, EMDR tedavisinin, panik atak ve bozukluğu hastalığı tedavisinde etkisinin önemi belirtilmiştir. Bu doğrultuda, bu alanda çalışma yapan klinisyenlerin EMDR terapi tedavisi hakkında daha pozitif bakmaları önerilmektedir.

Buna benzer araştırmaların artması EMDR terapinin tanınmasına ve yaygınlaşmasına fayda sağlayacaktır. Çeşitli veri ve bulgularla desteklenen ve sonuçlarının pozitif olumlama sağladığı EMDR terapi yönteminin kısa zaman içerisinde klinisyenlerin ve araştırmacılarınodağı haline gelmesi düşünceindedir.

İlgili çalışmanın, panik bozukluk ile yapılan klinik çalışmaları için de bir klavuz olacağı ve ciddi bir katma değer oluşturacağı konusunda görüşlerimiz bulunmaktadır.

Bu alanda yapılacak çalışmalarda ise önerilerimiz, araştırmanın daha kapsamlı ve daha fazla kişiye ulaşması araştırmanın daha güvenilir sonuçlar ortaya koyacağı düşünölmektedir.

Panik atak ve bozukluk değerlendirildiğinde, yüksek oranda eştanı oranları olduğu da saptanmıştır(Goodwin vd., 2004). Bu durum göz önüne alındığında, panik atak ya da bozukluk rahatsızlığıdurumu varken,eş zamanlı bir başka psikolojik rahatsızlığın olup olmadığı konusu mutlaka değerlendirilmeli ve bu veriler esas alınarak çalışmalar yapılmalıdır.

Panik atak ve bu atakların birden fazla varlığına işaret eden panik bozukluğun kadınlarda daha sık göröldüğüne işaret eden birçok araştırma yapılmış ve çeşitli bulgulara ulaşılmıştır. (Davidson ve Neale, 2004; Fyer vd., 1995; Gökler, 2005; Raj vd., 1993; Scott vd., 2000; Uhde vd., 1991). Bu bilgi ve araştırmalar ışığında, bundan sonra yapılacak çalışmalarda bulgular

analiz edilirken, ilgili bilgilere dayanarak çalışmaların tamamlanması önemlidir.

Hasta kabul ettiğimiz insanlar için psikoloji içerisinde yer alan en önemli terim, “Kendini Toparlama Gücü” olarak belirtilmiştir. Her türlü teşhis ve tedavi uygulamasının yanı sıra hastalarda bahsettiğimiz kendini toparlama gücü kavramının olumlu düzeyde bir ivme ile yükseltilmesi, mevcut durumun pozitif yönde ilermesini sağlayacaktır. EMDR terapisi psikolojide çoğu konuda faydalanılması gereken bir tedavi yöntemidir.

KAYNAKÇA

- Akvardar, Y. Ç., Etaner, U., Hürol, C., Sunat, H., Tükel, R., & vd. (2006). *Psikanalitik Kurama Giriş*. Ankara: Bağlam Yayınevi.
- Alkın, T., & Tükel, R. (2000). Panik Bozukluğu ve Agorafobi. R. Tükel içinde, *Anksiyete Bozuklukları* (s. 5-37). Ankara: Çizgi Tıp.
- Altaş, A. (2019). Panik Bozukluğunda Kısa Süreli EMDR Terapinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2007). *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı DSM-IV-TR*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: HYB Yayıncılık.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, D. J., Noyes, R. J., & Crowe, R. R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am. J. Psychiatry*, 141(4), 572-575.
- APA. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı (DSM-5)*.
- Arısoy, O. (2004). Psikiyatrik Genetik, Düşünen Adam. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 17, 109-125.
- Aronson, T. A., & Logue, C. M. (1988). Phenomenology of panic attack: a descriptive study of panic disorder patients self reports. *J Clin. Psychiatry*, 49, 8-13.
- Austin, L. S., Lydiard, R. B., Fossey, M. D., Zealberg, J. J., Laraia, M. T., & Ballenger, J. C. (1990). Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 51, 456-458.

- Bandelow, B. (1995). *Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia: II. The Panic and Agoraphobia Scale*. *International Clinical Psychopharmacology*.
- Bandelow, B., Späth, C., Tichauer, G. A., Broocks, A., & Hajak, G. R. (2002). Early Traumatic Life Events, Parental Attitudes, Family History, and Birth Risk Factors in Patients with Panic Disorder. *Compr Psychiatry*, 43(4), 269-278.
- Barışkın, E. (2009). *Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapiler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Barker, R., & Barker, S. (2007). The use of EMDR in reducing presentation anxiety. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 100-108.
- Barzega, G., Maina, G., Venturello, S., & Bogetto, F. (2001). Gender-Related Differences in the onset of Panic Disorder. *Acta Psychiatr. Scand.*, 103(3), 189-195.
- Battaglia, M., Bernardeschi, L., & Politi, E. (1995). Comorbidity of panic and somatization disorder. *Compr Psychiatry*, 36, 411-420.
- Bhagwagar, H. (2016). EMDR in the treatment of panic disorder with agoraphobia: A case description. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(4), 256-274.
- Bienvenu, O. J. (2006). Agoraphobia in Adults: Incidence and Longitudinal Relationship with Panic. *Br. J. Psychiatry*, 188, 432-438.
- Ceylan, E., & Yazan, B. (2000). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri III. Cilt: Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Kişisel Yayınevi.
- Cicchetti, D. (2010). Resilience Under Conditions of Extreme Stress: A Multilevel Perspective. *World Psychiatry*, 9(3), 145-154.
- Clark, D. M. (1986). A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470.

- Craske, M. G., Kircanski, K., Epstein, A., Wittchen, H. U., Pine, D. S., & Lewis-Fernandez, R. (2010). Panic disorder: a review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and Anxiety, 27*(2), 93-112.
- Croft, A., & Hackmann, A. (2013). Agoraphobia: An outreach treatment programme. *Behav Cogn Psychother, 41*, 359.
- Çetinkaya, G. Ö., Altınbaş, K., İpekçioğlu, D., Erdiman, S., & Özer, Ş. (2011). Uyku Panik Atağı: Farklı Bir Alt Tip mi? *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24*, 189-198.
- Delibaş, D. H., & Konuk, E. (2013). Panik bozukluğu ve EMDR: bir olgu sunumu. *EMDR Türkiye Bülteni, 5*, 5-8.
- Donald, F., Klein, M. D., Jack, M., & Gorman, M. D. (1987). A Model of Panic and Agoraphobic Development. *Acte Psychiatrica Scandinavica*.
- Dunner, D. L. (2001). Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity. *Depression&Anxiety, 13*, 57-71.
- Eaton, W. W., Kessler, R., Wittchen, H. U., & Magee, W. J. (1994). Panic and Panic Disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry, 151*(3), 413-420.
- Ergüner Tekinalp, B. (2016). Adleryan Kuramın Pozitif Psikoloji Bağlamında Değerlendirilmesi. *The Journal of Happiness & Well-Being, 4*(1), 34-49.
- Etik, Ç., Taner, E., Aslan, S., & Işık, E. (2007). Panik Bozukluğu: Solunumsal Alt Tipler, Yakın ve Geçmiş Yaşam Olaylarının Rolü. *Yeni Symposium, 45*(3), 128-133.
- Faretta, E. (2013). EMDR and cognitive behavioral therapy in the treatment of panic disorder: A comparison. *Journal of EMDR Practice and Research, 7*(3), 121-133.

- Flick, S. N., Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (1993). DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *J. Affect Disord*, 27, 71-79.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Kalaf, J., Domingues, A. M., & Versiani, M. (2005). Obsessions with aggressive content emerging during the course of panic disorder: a different subtype of obsessive-compulsive disorder? *Int Clin Psychopharmacol*, 20, 343-346.
- Fyer, A. J., & Coplan, J. D. (1995). *Anxiety Disorders*.
- Fyer, A. J., Hamilton, S. P., Durner, M., Haghighi, F., Heiman, G. A., Costa, R., . . . Knowles, J. A. (2006). A Third-Pass Genome Scan in Panic Disorder: Evidence for Multiple Susceptibility Loci. *Biol Psychiatry*, 60(4), 388-401.
- Güner, O. (2014). *Çözüm Bende Saklı (3.Baskı)*. Ankara: Elif Yayınevi.
- Gürkan, M. (2006). Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeylerine Etkisi. *Doktora Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Garmezy, N. (1971). Vulnerability Research and the Issue of Primary Prevention. *American Journal of orthopsychiatry*, 41(1), 191-116.
- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G., & Olatawura, M. O. (1998). Sex Differences in the Prevalence and Detection of Depressive and Anxiety Disorders in General Health Care Settings: Report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55(5), 405-413.
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 28(3), 113-128.
- Glare, P. G. (1968). *Oxford Latin Dictionary*. London: Oxford University.

- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A Reanalysis of Agoraphobia. *Behavior Therapy, 9*, 47-59.
- Goldstein, A., & Feske, U. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders, 8*(4), 351-362.
- Goldstein, A., De Beurs, E., Chambless, D., & Wilson, K. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 947.
- Gorwood, P., Feingold, J., & Ades, J. (1999). Genetic Epidemiology and Psychiatry (I): Scope and Limitations of Familial Studies Case of Panic Disorder. *Encephale, 25*(1), 21-29.
- Hodali, M. Z., Alissa, F., & Dodgson, P. W. (2008). Building Resilience and Dismantling Fear: EMDR Group Protocol With Children in an Area of Ongoing Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*(2), 106-113.
- Holling, C. S. (1973). Resilience and Stability of Ecological Systems. *Annual Review of Ecology and Systematic, 4*, 1-23.
- Hwu, H. G., Yeh, E. K., & Chang, L. Y. (1989). Prevalence of Psychiatric Disorders in Taiwan Defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr. Scand, 79*(2), 136-142.
- Işık, E. (1996). *Panik Bozukluk: Nevrozlar 1. Baskı*. Ankara: Kent Basımevi.
- Işık, Ş. (2016). Türkiye'de Kendini Toparlama Gücü Konusunda Yapılmış Araştırmaların İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 6*(45), 65-76.
- Işık, Ş., Özünlü, M. B., & Atalay, N. Ü. (2019). Kendini Toparlama Gücü Ölçeği - Kısa Formu: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Turkish Studies Educational Sciences, 103*-119.

- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology, 58*(1), 113-128.
- Jacobi, F. (2004). Prevalence, co-Morbidity and Correlates of Mental Disorders in the General Population: Results from the German Health Interview and Examination Survey. *Psychol. Med., 34*(4), 597-611.
- Johnson, P. L., Federici, L. M., & Shekhar, A. (2014). Etiology, triggers and neurochemical circuits associated with unexpected, expected, and laboratory-induced panic attacks. *Neurosci Biobehav, 46*(3), 429-454.
- Johnson, P. L., Federici, L. M., & Shekhar, A. (2014). Etiology, triggers and neurochemical circuits associated with unexpected, expected, and laboratory-induced panic attacks. *Neurosci Biobehav Rev Neurosci Biobehav Rev*(46), 429-454.
- Köknel, Ö. (2007). *99 Sayfada Panik Atak*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Pschiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. Baltimore.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2004). *Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kararımak, Ö. (2007). Investigation of Personal Qualities Contributing to Psychological Resilience Among Earthquake Survivors: A Model Testing Study. (Deprem Yaşamış Bireylerde Psikolojik Sağlamlığa Etki Eden Kişisel Faktörlerin İncelenmesi: Bir Model Test Etme Çalışması). *Doktora Tezi*. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Nobel Yayın Dağıtım.

- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kavakçı, Ö. (2014). *Ruhsal Travma Tedavisi İçin EMDR*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder, and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63(4), 415-424.
- Kikuchi, M., Komuro, R., Oka, H., Kidani, T., Hanaoka, A., & Koshino, Y. (2005). Panic disorder with and without agoraphobia: comorbidity within a half-year of the onset of panic disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(6), 639-643.
- Kikuchi, M., Komuro, R., Oka, H., Kidani, T., Hanaoka, A., & Koshino, Y. (2005). Panic Disorder with and without Agoraphobia: Comorbidity within a Half-Year of The Onset of Panic Disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci*, 59(6), 639-645.
- Klauke, B., Deckert, J., Reif, A., Pauli, P., & Domschke, K. (2010). Life Events in Panic Disorder-an Update on "Candidate Stressors". *Depression&Anxiety*, 27(8), 716-730.
- Kocabaşoğlu, N. (2002). Panik Bozukluğu, Agorafobi ve Diğer Komorbid Durumlar. *Yeni Symposium Dergisi*, 40(2), 68-75.
- Korobeynikova, L. A., Rudko, O. I., Azimova, Y. E., Fokina, N. M., & Klimov, E. A. (2012). Genetic Basis of Predisposition to Panic Disorder. *Biology Bulletin Reviews*, 2, 294-305.
- Kulaksızoğlu, I. B., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ., & Yazıcı, O. (2009). *Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.

- Levitan, M. N., Chagas, M. H., & Linares, I. M. (2013). Brazilian Medical Association guidelines for the diagnosis and differential diagnosis of panic disorder. *Bras. Psiquiatr.*, *35*(4), 406-415.
- Lteif, G. N., & Mavissakalian, M. R. (1995). Life Events and Panic Disorder Agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, *36*(2), 118-122.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, *71*(3), 543-562.
- Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J., Heun, R., & Hallmayer, J. (1993). The Impact of Gender and Age at Onset on the Familial Aggregation of Schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *279*-285.
- Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, *34*, 307-315.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, *56*(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in Developing Systems: Progress and Promise as the Fourth Wave Rises. *Development and Psychopathology*, *19*, 921-930.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. *Development and Psychopathology*, *2*, 425-444.
- Mavissakalian, M., & Hamann, M. S. (1986). DSM-III personality disorders in agoraphobia. *Comp Psychiatry*, *27*, 471-479.
- Mavissakalian, M., & Hamann, M. S. (1987). DSM-III personality disorders in agoraphobia II: Changes with treatment. *Comp Psychiatry*, *28*, 356-361.

- Mavissakalian, M., Hamann, M. S., & Jones, B. (1990). A comparison of DSM-III personality disorders in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 31, 238-244.
- Milner, K. K., Florence, T., & Glick, R. L. (1999). Mood and anxiety syndromes in emergency psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(4), 755-777.
- Miriam, A., Mosing, M. S., & diğlerleri, v. (2009). Genetic and Environmental Influences on the co-Morbidity between Depression, Panic Disorder, Agoraphobia, and Social Phobia: a Twin Study. *Depression&Anxiety*.
- Moitra, K., Lou, H., & Dean, M. (2011). Multidrug Efflux Pumps and Cancer Stem Cells: Insights Into Multidrug Resistance and Therapeutic Development. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 89(4), 491-501.
- Moreno-Peral, P. (2014). Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: a systematic review of cohort studies. *J. Affect. Disord.*, 168, 337-348.
- Newman, D. J., & Cragg, G. M. (2016). Natural Products as Sources of New Drugs from 1981 to 2014. *J Nat Prod*, 79(3), 629-661.
- Onur, E., Monkul, S., Tükel, R., & Alkın, T. (2006). *PBF, Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Organization WH. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*.
- Örsel, S., Güriz, O., Akdemir, A., & Türkçapar, H. (2003). The Determination of Panic Disorder Subtypes According to Symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6(4), 204-212.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt I. Yenilenmiş (11. Baskı)*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. N. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 13. Baskı*. Ankara: Nobel Tıp Kitapları.

- Öğülmüş, S. (2001). Bir Kişilik Özelliği Olarak Yılmazlık. *I. Ulusal Çocuk ve Suç Sempozyumu: Nedenler ve Önleme Çalışmaları*. Ankara.
- Rapee, R., Mattick, R., & Murrell, E. (1986). Cognitive Mediation in The Affective Component of Spontaneous Panic Attacks. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 17(4), 245-253.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., & Rae, D. S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J. Psychiatr. Res.*, 24(2), 3-14.
- Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., & Russo, J. (1999). Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *J Clin Psychiatry*, 60, 492-499.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a Dynamic Concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry: Lippincott*. Williams & Wilkins.
- Saygılı, S., & Karamustafaloğlu, O. (2010). Panik Bozukluğu Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve Komorbidite. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 32-37.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.
- Shapiro, F. (2017). *EMDR Terapisi Teknikleri İle Acı Anıları Silmek (7. Baskı)*. İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.

- Sipahioğlu, Ö. (2012). Farklı Lise Gruplarındaki Ergenlerin Psikolojik Sağlamlılıklarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Skapinakis, P., Lewis, G., Davies, S., Brugha, T., Prince, M., & Singleton, N. (2011). Panic Disorder and Subthreshold Panic in the UK General Population: Epidemiology Comorbidity and Functional Limitation. *Eur. Psychiatry, 26*(6), 354-362.
- Smoller, J. W., & Tsung, M. T. (1999). Panic and Phobic Anxiety: Defining Phenotypes for Genetic Studies. *Amerikan Journal of Psychiatry, 155*, 1152-1162.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience Definitions, Theory, and Challenges: Interdisciplinary Perspectives. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(1), 1-15.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., Roelofs, K., Zitman, F. G., & Penninx, B. W. (2010). The Specificity of Childhood Adversities and Negative Life Events Across the Life Span to Anxiety and Depressive Disorders. *J Affect Disord, 126*(1-2), 103-112.
- Starcevic, V. U., & Kellner, R. (1993). Comorbidity in panic disorder: II. Chronology of appearance and pathogenic comorbidity. *Psychiatry Res, 46*, 285-293.
- Starcevic, V., & Uhlenhuth, E. H. (1996). Personality dimensions in panic disorder before and after effective treatment. *Depression&Anxiety, 2*, 87-104.
- Stein, M. B., & Uhde, T. W. (1989). Infrequent occurrence of EEG abnormalities in panic disorder. *Am J Psychiatry, 146*, 517-520.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal Of Clinical Psychology, 58*(1), 68-75.

- Strom, T. B., Roy-Chaudhury, P., Manfro, R., Zheng, X. X., Nickerson, P. W., Wood, K., & Bushell, A. (1996). The Th1/Th2 Paradigm and the Allograft Response. *Current Opinion in Immunology*, 8(5), 688-693.
- Tükel, R. (1992). Panik Bozukluğu ve Eşlik Eden Psikopatolojiler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29, 93–101.
- Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(Ek-3), 5-13.
- Terzi, Ş. (2006). Kendini Toparlama Gücü Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 77-86.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Kendini Toparlama Gücünün İçsel Koruyucu Faktörlerle İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35, 297-306.
- Torres, A. R., Dedomenico, A. M., Crepaldi, A. L., & Miguel, E. C. (2004). Obsessive–compulsive symptoms in patients with panic disorder. *Compr. Psychiatry*, 45, 219–224.
- Tunçer, N. (1995). Children's Literature in Turkey. *Türk Kütüphaneciliği*, 9(3), 268-269.
- Tural, Ü., Fidaner, H., Alkin, 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.
- Turan, M. T., & Eşel, E. (2002). Panik Bozukluğun Elektrofizyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12, 106-108.
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1988). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 5(3), 126-144.

- VandenBos, G. R. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2 b.). American Psychological Association.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: John Wiley & Sons.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery*. Cornell University Press.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A Methodological Review of Resilience Measurement Scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 1-18.
- Wittchen, H. U., & Essau, C. A. (1993). Epidemiology of Panic Disorder: Progress and Unresolved Issues. *J. Psychiatr. Res.*, 27(1), 47-68.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Sachs-Ericsson, N., Schmidt, N. B., Buckner, J. D., & Bonn-Miller, M. O. (2006). Lifetime associations between cannabis use, abuse, and dependence and panic attacks in a representative. *Journal of Psychiatric Research*, 40(6), 477-486.

EKLER

Ek-1. Anket Formu

Aydınlatılmış Onam Formu

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır. Bu çalışmanın panik atakta EMDR tedavisinin etkisini ve kendini toparlama gücüne etkisini incelemektir.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın herhangi bir anında araştırmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Anket tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır. Yardımınız için çok teşekkür ederim.

Unvan : Yüksek Lisans Öğrencisi
İsim-Soyadı : Serdar Avşar

Araştırmada araştırmacıyla aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim.

Yukarıdaki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve çalışmada yer almayı onaylıyorum.

- a) Kabul ediyorum b) Kabul etmiyorum

EK-2. KATILIMCI BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma panic atakta EMDR terapisinin etkisini ve kendini toparlama gücüne etkisini ele almaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması ve araştırma sonuçları için katılımınızı mümkün olduğunca sürdürmeniz ve tüm soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde yanıtlamanız oldukça önem taşımaktadır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla bu çalışmada kullanılacaktır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Serdar Avşar

Ek-3. Anket Formu

Bölüm I. Sosyodemografik Form

1. Yaşınız?

- 18-25 26-33 34-41 42-49 50-57 () 58 ve üzeri

2. Eğitim durumunuz?

- Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise () Üniversite

- Yüksek lisans-doktora

3. Medeni durumunuz?

- Evli Bekar

4. Gelir durumunuz?

- Düşük Orta Yüksek

5. Mesleğiniz?

- Memur Özel sektör Serbest meslek İş arıyor
 Emekli Ev hanımı

6. Ne zamandır panik bozukluk hastasıınız?

- 0-1 yıl 1-5 yıl 6-10 yıl 11 yıl ve üzeri

7. Ne sıklıkla panik atak yaşamaktasınız?

- Her gün Hemen her gün Haftada bir İki haftada bir
 Ayda bir Yılda bir Birkaç yılda bir

BÖLÜM II. PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınan kişiler için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayın. Panikatakları aşağıda belirtilerin eşlik ettiği bunaltı (sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

- Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması
- Terleme
- Titreme, sarsılma
- Ağız kuruluğu
- Nefes almada güçlük
- Boğulma duygusu
- Göğüste ağrı, sıkışma hissi
- Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi (örn; midenin alt üst olması)
- Baş dönmesi, düşecek gibi olma, baygınlık ya da başta sersemlik hissi
- Nesnelerin gerçek dışı olduğu (rüyadaymış gibi) veya benliğin yabancılaşması ya da “tam olarak burada değilim” duyguları
- Denetim kaybı, “delirme” ya da bayılma korkusu
- Ölüm korkusu
- Ateş basması ya da ürperme
- Uyuşma ya da karıncalanma duyguları

Panik atakları aniden başlar ve şiddeti 10 dakika içinde artar.

A1. Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

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

A2. Geçen hafta içindeki panik ataklarımız ne şiddetteydi?

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

A3. Panik ataklarımızın her biri genellikle ne kadar sürüyordu?

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

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

- (0) Çoğunlukla beklenmedik.
- (1) Beklenmedikler beklenenlerden çok.
- (2) Bazıları beklendik, bazıları beklenmedik.
- (3) Beklenenler beklenmediklerden çok.
- (4) Çoğunlukla beklendik.

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

- (0) Kaçınma yok (veya panik ataklarımızın nerede ortaya çıkacağı belli olmuyor).
- (1) Oldukça nadir kaçındım.
- (2) Bazen kaçındım.
- (3) Sık sık kaçındım.
- (4) Her zaman kaçındım.

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

- (1) Uçaklar
- (2) Metro (yer altında)
- (3) Otobüs, trenler
- (4) Gemiler
- (5) Tiyatrolar, sinemalar
- (6) Süper marketler
- (7) Kuyrukta beklemek
- (8) Konser salonları, stadyumlar
- (9) Parti ya da sosyal toplantılar
- (10) Kalabalıklar
- (11) Restoranlar
- (12) Müzeler
- (13) Asansörler
- (14) Kapalı yerler (tünel gibi)
- (15) Sınıflar, konferans salonları

- (16) Otomobile binmek veya sürmek (örn; trafik sıkışıkken)
- (17) Geniş salonlar
- (18) Sokakta yürümek
- (19) Tarlalar, geniş caddeler, avlular
- (20) Yüksek yerler
- (21) Köprülerden geçmek
- (22) Evden uzaklara gitmek
- (23) Evde tek başına kalmak
- Diğer durumlar
- (24)
- (25)
- (26)

B3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

- (0) Önemli değil (ya da kaçınma yok)
- (1) Çok az önemli
- (2) Orta derecede önemli
- (3) Epeyce önemli
- (4) Çok önemli

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

- (0) Hiçbir zaman korkum olmadı
- (1) Oldukça nadiren korktum
- (2) Bazen korktum
- (3) Sık sık korktum
- (4) Her zaman korktum

C2. Bu “korkudan korkmak” ne kadar şiddetliydi?

- (0) Yok
- (1) Çok az
- (2) Orta derecede
- (3) Epeyce
- (4) Çok şiddetli

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

- (0) Bozulma yok
- (1) Çok az bozulma oldu
- (2) Orta derecede bozulma oldu
- (3) Epeyce bozulma oldu
- (4) Çok şiddetli bozulma oldu

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

- (0) Bozulma yok
- (1) Çok az bozulma oldu
- (2) Orta derecede bozulma oldu
- (3) Epeyce bozulma oldu
- (4) Çok şiddetli bozulma oldu

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

- (0) Bozulma yok
- (1) Çok az bozulma oldu
- (2) Orta derecede bozulma oldu

- (3) Epeyce bozulma oldu
- (4) Çok şiddetli bozulma oldu

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

- (0) Yok
- (1) Çok az
- (2) Orta derecede
- (3) Epeyce
- (4) Çok şiddetli

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

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

Ek-4. Ölçek İzinleri

SayınSerdarAvşar,

Geçerlikgüvenirlilikçalışmasındakıdemliöğretimüyesiolarakyardığım panik bozukluğubelirtileriileagorafobininşiddetini belirleyen "Panik – AgorafobiÖlçeğini" yüksekisanstezinizdekullanmanızaçısındanetikya da bilimselbirengelyoktur.

Çalışmalarınızdabaşarılardilerim.



Prof.Dr. Tunç ALKIN

Merhabalar Hocam,

Ölçeğe ilişkin bilgileri ekte gönderiyorum. Yetişkin örneklemine ulaşacağınız tüm araştırmalarınızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Not: Bildiğiniz üzere Kendini Toparlama Gücü (Resilience) kavramından bahsetmek için en temel ön koşul çocukluk ya da ergenlik döneminde maruz kalınan bir risk faktörünün varlığıdır. Bu nedenle eğer bu ön koşulu sağlamayan bireylerle çalışacaksanız psikolojik dayanıklılık (hardiness) ölçeklerini kullanmanız daha doğru olacaktır. Eğer örnekleminiz risk faktörüne maruz kalmış bireylerden oluşuyor ise kullanabilmeniz için ekte aynı zamanda Terzi (2006) tarafından geliştirilen Risk Faktörlerini Belirleme listesini de gönderiyorum.

Sinop Üniversitesi
Eğitim Fakóltesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD
Araştırma Görevlisi

Dr. Mehmet Berkay Özünü

İNTİHAL RAPORU

PANİK ATAK HASTALARINDA EMDR KULLANIMI VE KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 10	% 5	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
2	www.eab.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.nef.balikesir.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
8	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1

ETİK KURUL İZİNİ

Sayın Serdar Avşar

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/778 proje numaralı ve **“Panik Atak Hastalarında EMDR Kullanımı ve Kendini Toparlama Gücüne Etkisi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

